



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

UM CAMINHO A SEGUIR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Cátia Patrícia Vale dos Santos

PORTO, abril de 2012



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

UM CAMINHO A SEGUIR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Cátia Patrícia Vale dos Santos

Sob orientação de Prof.^a Amélia Ferreira

PORTO, abril de 2012

Resumo

O presente relatório exprime a apreciação global sobre as experiências vividas e refletidas decorrentes da fase final do Curso de Mestrado em Enfermagem na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica que culminou na realização de dois estágios: Módulo I – Serviço de Urgência no Hospital Pedro Hispano e Módulo III – Opcional em contexto de Pré Hospitalar. Os objectivos do trabalho reportam-se a ilustrar os percursos efetuados no decorrer dos estágios, evidenciar a reflexão sistematizada das experiências vividas e da prática profissional, demonstrar o desenvolvimento de competências de especialista na área de EMC e satisfazer um parâmetro avaliativo. No sentido de enriquecer todo o percurso de aquisição de competências foi elaborado, numa fase inicial, um projeto de estágio onde foram delineados objectivos específicos individuais, focalizando as actividades/ estratégias a desenvolver perante cada um deles. No decorrer dos estágios, o portefólio foi o documento com informação devidamente organizada, contextualizada, comentada e reflectida, favorecendo a criatividade, autoavaliação e auto - conhecimento no sentido de desenvolver competências pessoais e profissionais. As experiências vivenciadas nos dois estágios permitiram operacionalizar saberes, adquirir novos conhecimentos e implementar estratégias para a resolução dos problemas identificados tendo em conta uma análise crítico-reflexiva. Em contexto de Serviço de Urgência foi evidenciada e refletida a relação de ajuda e a comunicação da equipa com a pessoa/ família a vivenciar uma situação de doença urgente/ emergente independentemente das condições de trabalho sentidas pelos profissionais. Após a identificação das necessidades formativas da equipa de enfermagem foram realizados dois momentos de formação sobre as Úlceras de Pressão e novas directrizes. A área de controlo de infecção associada aos cuidados de saúde também foi motivo de reflexão perante as práticas utilizadas e as estruturas físicas encontradas. Em contexto pré hospitalar, esta foi, também, uma das preocupações constantes que justificaram a sugestão de implementação de estratégias. A constatação da realidade de trauma associada a acidentes de viação com velocípedes suscitou em mim curiosidade e necessidade de resolução. Após intensa pesquisa bibliográfica foi organizada uma campanha de sensibilização para o uso correto de capacete em velocípedes através da elaboração e publicação de um artigo e de um panfleto de sensibilização. O estímulo à investigação, a incorporação e a compreensão das implicações desta na prática baseada na evidência foram a essência da aquisição de competências. O espírito crítico reflexivo foi uma constante durante este caminho longo, árduo e cansativo mas, simultaneamente enriquecedor, proveitoso e empreendedor, marcado pela aquisição e desenvolvimento de competências. Todo este percurso traduziu-se no início de uma nova fase da minha vida profissional agora como enfermeira especialista em EMC. Um novo caminho a seguir...

Abstrat

The present report expresses the overall appreciation about the lived and reflected experiences resulting from the final phase of the Master of Nursing on Specialization in Medical-Surgical Nursing, which culminated in the achievement of two internships: Module I – Emergency Service on the Pedro Hispano Hospital and Module III – Optional in the context of Pre Hospital. The objectives of the work are of illustrating the stages carried out during the internships; of evidencing the systematic reflection of the lived experiences and professional practice; of demonstrating the development of specialist skills in the area of Medical- Surgical Nursing and of satisfying an evaluative parameter. In order to enrich all the stages of skills acquisition it was elaborated, at an early stage, an internship project where it were outlined individual specific objectives, focusing the activities / strategies to develop before each one of them. During the internships, the portfolio was the document with duly organized information, contextualized, commented and reflected, favoring the creativity, self-assessment and self-knowledge in the way of developing personal and professional skills. The experiences lived in the two internships allowed to operate knowledge, acquire new knowledge and implement strategies for the resolution of identified problems taking into account a critical and reflective analysis. In the context of Emergency Service it was evidenced and reflected the helping relation and the team's communication with the person / family living a situation of urgent / emergent illness independently of the working conditions felt by the professionals. After the identification of the nursing team's formative necessities it were performed two training moments about the Pressure Ulcers and new directives. The infection control area associated to the healthcare was also motive of reflection before the used practices and the found physical structures. In pre hospital context this was also one of the ongoing concerns that justified the suggestion of strategies implementation. The finding of trauma reality associated to road accidents with velocipedes raised in me curiosity and necessity of resolution. After intense bibliographical research it was organized an awareness campaign for the correct use of helmet on velocipedes through the preparation and publication of an article and a raising awareness pamphlet. The stimulation to investigation, the incorporation and the comprehension of the implications of this in the practice based on the evidence were the essence of the skills acquisition. The critical reflective spirit was a constant during this long, arduous and tiring path but, simultaneously, enriching, profitable and enterprising, well-marked by the acquisition and development of skills. This entire path led to the beginning of a new phase of my professional life, now as a specialist nurse in Medical- Surgical Nursing. A new path to follow...

Aos meus **pilares fundamentais**:

O meu **marido** pelo amor, compreensão e apoio incondicionado e inquestionável;

A minha **família**, pais, irmã e avó, que durante estes meses de ausência sempre estiveram lá;

Aos meus **amigos** e **colegas** pela ajuda nas diversas circunstâncias.

Lista de Siglas

ACESM – Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos;
AVC – Acidente Vascular Cerebral;
CDC – Centers for Disease Control and Prevention;
CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes;
DAE – Desfibrilhador Automático Externo;
EEMC – Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica;
EMC – Especialidade Médico - Cirúrgica;
HCIS – Healthcare Informations Systems;
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;
OBS – Observações;
SBV – Suporte Básico de Vida;
SIV – Suporte Imediato de Vida;
SU – Serviço de Urgência;
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos;
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

Índice

1. Introdução	13
2. Contextualização do Estágio	17
2.1 – Módulo I – Serviço de Urgência	17
2.2 – Módulo II – Cuidados Intensivos/ Intermédios	17
2.3 – Módulo III – Opcional – Pré Hospitalar	18
3. Módulo I – Serviço de Urgência	19
3.1 – Unidade Local de Saúde de Matosinhos	19
3.2 – Especificidades do SU	21
3.2.1 – Triagem	21
3.2.2 – Área Cirúrgica	26
3.2.3 – OBS	26
3.3 – Comunicar no SU	31
4. Módulo III – Opcional – Pré Hospitalar	35
4.1 – CODU	37
4.2 – Ambulâncias SBV	39
4.3 – Ambulâncias SIV	40
4.4 – VMER	46
5. Competências Adquiridas	51
6. Conclusão	59
7. Referências Bibliográficas	61
8. Anexos	65
Anexo I – “Úlceras de Pressão: Uma Abordagem no SU”	
Anexo II – Campanha de Sensibilização para o uso de capacete em velocípedes	
1. Artigo de Sensibilização	
2. Panfleto de Sensibilização	
Anexo III – Poster/ Panfleto de Bolso “Algoritmo de Suporte Avançado de Vida 2010”	

1. Introdução

O presente trabalho surge inserido na etapa final da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

O plano de estudos permitiu seguir um caminho de aprendizagem, partilha de conhecimentos e experiências, solidificação de outros saberes que culminaram na realização de estágios, cujos resultados assumem presentemente a forma de relatório.

Na enfermagem, independentemente do nível de conhecimentos, o estágio é de extrema importância na aquisição de competências e, a área de EMC não é exceção. Alarcão *et tal* (2003), menciona que “ (...) o estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz (...) ”. Segundo Carvalho (2004), o estágio é “ (...) uma atividade fundamental no percurso de todos os alunos (...) porque pretende-se que desenvolva competências de carácter científico, técnico e humano, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, de forma a ser capaz de planejar, concretizar, gerir e avaliar atividades de enfermagem.”

O estágio da EEMC dividiu-se em três módulos, correspondentes a três áreas distintas da EMC: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos/ Intermédios, Módulo III – Opcional. O Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência da ULSM – Hospital Pedro Hispano entre 27 de abril e 25 de junho de 2011. Ao Módulo II foi-me atribuída creditação devido à minha experiência profissional em Cuidados Intensivos. O Módulo III – Opcional foi realizado em contexto de assistência pré-hospitalar, no INEM, entre 3 de outubro e 26 de novembro de 2011. Segundo o regulamento do curso, os módulos de estágio são constituídos por um total de 250 horas cada. Deste total, 180 são horas de contacto, distribuídas por turnos de acordo com o horário efetuado em cada local de estágio e supervisionado por um tutor enquanto as restantes correspondem a estudo individual. No meu caso em concreto, realizei um total de 500 horas, das quais 360 horas de contacto.

No documento de regulamento do curso são evidenciados cinco objetivos gerais que aferiram todo este caminho de “*experiências significativas e exemplificativas*” (Alarcão, 2003) e que funcionam como base crucial do desenvolvimento de competências na área de EMC:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada em EMC;
- Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- Possuir competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Para além destes objetivos gerais e, no sentido de enriquecer todo o percurso de aquisição de competências, foi elaborado numa fase inicial um projeto de estágio. No mesmo foram delineados objetivos específicos individuais, focando as atividades/ estratégias a desenvolver em cada um deles. A elaboração de objetivos e atividades/ estratégias coerentes foi uma das prioridades aquando da sua elaboração no sentido de serem ajustadas à realidade que iria encontrar nos campos de estágio. No decorrer dos estágios, os objetivos e as atividades/ estratégias eram adequados à realidade encontrada permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional. Sem margens de dúvida que *“o projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro «a fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato”* (Barbier, 1993). Verdadeiramente, o projeto de estágio foi uma “linha orientadora” do meu caminho a seguir.

No decorrer do estágio foi proposto a elaboração de um portefólio, *“ (...) conjunto coerente de documentação refletidamente selecionada, significativamente comentada e sistematicamente organizada e contextualizada no tempo, reveladora do percurso profissional”* (Alarcão e Tavares, 2003). A sua realização permitiu “organizar ideias”, favorecendo a criatividade, autoavaliação e auto-conhecimento, desenvolvendo competências pessoais e profissionais.

No seguimento de todas estas etapas e na finalização de todo este percurso surge a elaboração deste relatório. O conceito de relatório, segundo o Dicionário em Língua Portuguesa, *“enquanto derivado do verbo relatar, é a exposição, oral ou escrita, das características e circunstâncias de um sucesso ou assunto. (...) é o documento que se caracteriza por conter informação que reflete o resultado de uma investigação ou de um trabalho, adaptado ao contexto de uma determinada situação.”* Com os seus objetivos pretende-se:

- Ilustrar os percursos efetuados no decorrer dos estágios;
- Evidenciar a reflexão sistematizada das experiências vividas e da prática profissional;
- Demonstrar o desenvolvimento de competências do grau de especialista;
- Cumprir com um parâmetro avaliativo.

No sentido de dar potencialidade a estes objetivos, este trabalho foi estruturado em capítulos. Iniciei por um capítulo dedicado à contextualização da escolha dos campos de estágio. Segue-se a abordagem de cada local de estágio em específico, suas características principais, objetivos pessoais, atividades desenvolvidas e momentos de reflexão que evidenciam as atividades desenvolvidas durante os módulos de estágios e o seu relacionamento com os objetivos gerais e específicos traçados inicialmente para estes e a sua contextualização com a componente científica adquirida, durante a fase teórica do curso. Num

outro capítulo serão abordadas as competências adquiridas ao longo dos estágios, e de encontro à concretização dos objetivos previamente definidos.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório final é expositiva e reflexiva, baseada na reflexão sobre as atividades desenvolvidas, na mobilização de conhecimentos adquiridos e integrados, na consulta de bibliografia e na experiência pessoal e profissional.

Este relatório é o resultado final de um caminho longo mas muito produtivo, um impulso de atualização, de desenvolvimento pessoal e profissional manifestado num documento que reflete todo o meu percurso durante os últimos meses. A contribuição para a aprendizagem adquirida, os conhecimentos aplicados, as competências obtidas transmitidas de uma forma sistematizada, contextualizada e justificada permitem o desenvolvimento da profissão de Enfermagem, o desenvolvimento da profissional de enfermagem, o desenvolvimento da pessoa que é Enfermeira: EU.

2. Contextualização do Estágio

O plano de estudos do Curso de Mestrado e Especialização de Enfermagem Médico - Cirúrgica inclui, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico assegurado através de estágios. Esta componente prática tem como objetivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados em EMC.

Para Macedo (2003), “ *o estágio de um estudante (...) constitui um marco fundamental na sua formação e mesmo preparação para a sua entrada no mundo profissional.*”

Apesar de já possuir alguma experiência no meu percurso como profissional de enfermagem esta foi uma componente imprescindível que contribuiu em muito para o desenvolvimento de competências. Aliás, Gonçalves (2005), refere que “ *(...) o ato de aprender é um ato de descoberta e de criação realizada pelo próprio, que simultaneamente integra e reflete a sua história de vida e as suas experiências profissionais.*”

Tendo em conta o meu contexto profissional as minhas opções de estágio foram as seguintes:

2.1 Módulo I – Serviço de Urgência

Perante a disponibilidade dos locais de estágios para a realização deste módulo decidi escolher aquele que me parecia ser um dos mais semelhantes ao meu local de trabalho – Centro Hospitalar do Porto.

A experiência da prestação de cuidados de enfermagem em contexto de SU era apenas a da realização de ensino clínico durante o curso de licenciatura o que limitava o meu conhecimento da realidade. Atualmente, a minha experiência em SU resume-se a percorrer os corredores do SU do Centro Hospitalar do Porto quando me dirijo para a Sala de Emergência, sem contactar diretamente com ninguém que lá está. Conhecer a orgânica e percurso do doente em contexto urgente e emergente num Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico assim como prestar cuidados de EMC eram alguns dos meus objetivos delineados para o estágio que decorreu na ULSM – Hospital Pedro Hispano entre 27 de abril e 25 de junho de 2011.

A maturidade e a experiência adquirida ao longo dos anos de trabalho com certeza proporcionaram-me visões diferentes de uma realidade muito pouco conhecida para mim e que permitiram a aquisição de competências específicas e a vivência de novas experiências.

2.2 Módulo II – Cuidados Intensivos/ Intermédios

Em fevereiro de 2004 iniciei funções como enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar do Porto onde, ao longo dos anos, desenvolvi competências na área de prestação de cuidados ao doente crítico. O serviço em questão

também é o responsável pela operacionalização da Equipa de Emergência Interna e Externa (responsável pela Sala de Emergência) onde assumo um papel ativo e participativo.

Segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, artigo 45º, alínea c), *“tendo em vista o prosseguimento de estudos (...) reconhecem, através da atribuição de créditos, a experiência profissional e a formação pós – secundária.”* Desta forma, a experiência profissional e a formação adquirida ao longo do tempo permitiram que fosse reconhecida a minha creditação para o respetivo módulo de Cuidados Intensivos.

2.3 – Módulo III – Opcional

Desde que iniciei as minhas funções em contexto de Cuidados Intensivos começou a crescer em mim uma grande curiosidade relativamente à abordagem prestada ao doente crítico no pré-hospitalar, assim como conhecer e colaborar com todos os meios de socorro disponíveis. A minha prestação de cuidados na Sala de Emergência foi a génese desta curiosidade mas eu queria um pouco mais. O “nervoso miudinho” sentido, a incerteza do que se vai encontrar, as condições de trabalho proporcionadas, o que se pode fazer na “rua” sempre foram uma incógnita para mim e que gostava muito de conhecer e vivenciar. A compreensão do percurso do doente desde o início dos sintomas/ da ocorrência até chegar ao hospital, os seus sentimentos e medos, as reacções da sua família face a processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica eram de extrema importância para eu compreender o papel do enfermeiro especialista em EMC neste contexto assim como a aplicabilidade das suas competências em vários âmbitos. Decididamente, esta era a minha opção de estágio.

Assim, entre 3 de outubro e 26 de novembro de 2011 realizei o Módulo III – Opção em contexto de pré - hospitalar (INEM), com a distribuição de horas de estágio pelos diferentes locais e meios disponíveis.

3. Módulo I – Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência e o seu funcionamento tem sido, ao longo dos anos, uma constante preocupação do Sistema Nacional de Saúde. Por múltiplos motivos, o SU transformou-se, progressivamente, na porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros. Nos últimos 20 anos foram efetuadas intervenções diversas na tentativa de colmatar as disfunções existentes.¹

Com novos meios disponíveis a nível do pré-hospitalar e um Sistema Integrado de Emergência Médica cada vez mais estruturado e organizado foi possível estabelecer níveis de hierarquização (Serviços de Urgência Básica, Médico – Cirúrgica e Polivalente) correspondentes a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas, evitando encaminhamentos sucessivos do doente urgente/ emergente².

O aparecimento da enfermagem de urgência direciona-se para a época de Florence Nightingale mas com uma grande evolução ao longo dos últimos 25 anos. Sheehy (2001) definiu enfermagem de urgência como “(...) a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.”

Segundo o Regulamento Geral da Universidade Católica Portuguesa, EMC é definida como a especialidade que “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.” Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “ (...) cuidados altamente classificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...)”, como referido no Regulamento n.º124/ 2011, de 18 de fevereiro.

Perante estes conceitos surge a realização de estágio no contexto de SU, adequado aos cuidados do Enfermeiro Especialista com os objetivos previamente definidos no projeto de estágio e que orientaram todo o percurso. Para tal, ao longo deste capítulo abordarei o conceito de ULSM e suas vantagens, posteriormente, abordarei as áreas distintas do SU onde estabeleço uma correspondência entre os objetivos traçados e as atividades/ estratégias realizadas e desenvolvidas para a sua concretização.

3.1 Unidade Local de Saúde de Matosinhos

O conceito de sistema de saúde assume uma capacidade para fornecer o número apropriado de serviços e programas através de um *continuum* de cuidados (diferenciação) assim como, maximiza o valor dos serviços fornecidos (integração). Como a diferenciação é a essência e a fonte de toda a força do sistema, deve ser fortalecido o grau de integração.

¹ Direção Geral da Saúde. “Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência”. 2001, pp 6.

² Despacho n.º 18459/ 2006, de 30 de julho

Perante esta necessidade de aumentar a coordenação da prestação entre níveis de cuidados, surge, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as Unidades Locais de Saúde³.

A ULSM foi a primeira Unidade Local de Saúde do país e surgiu em 1999. Perante este desafio a sua missão passa por satisfazer todas as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos auto-cuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referência para outros níveis da rede hospitalar.⁴

O Hospital Pedro Hispano, como uma das unidades constituintes da ULSM, exerce funções nos domínios da prestação de cuidados assistenciais diferenciados (em regime de ambulatório ou internamento), da formação pré e pós-graduada e da investigação. Vários são os Departamentos que constituem o Hospital Pedro Hispano estando o SU integrado no Departamento de Emergência e Medicina Intensiva.⁴ Presta cuidados de saúde a todos os habitantes da área de Matosinhos e, é o hospital de referência do Hospital de Vila do Conde e Póvoa do Varzim.

O conceito de ULSM é muito alargado e desde sempre suscitou-me curiosidade de o compreender melhor. Esta foi, sem dúvida, a oportunidade para isso. Perante uma área de intervenção como Matosinhos com acesso a cuidados primários, continuados e diferenciados pela mesma instituição, a qualidade dos cuidados de saúde melhora, decididamente, privilegiando a sua continuidade.

A realidade da ULSM ganha dimensão aquando o acesso dos utentes ao SU. Durante o estágio apercebi-me das suas potencialidades e limitações. Efetivamente, a existência de uma Via Verde do ACESM é uma mais-valia, permitindo ao doente um encaminhamento adequado e com prévia comunicação do Médico de Família ao médico da especialidade em questão. Em 2011, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra realizou um questionário aos doentes que recorreram ao SU entre 25 de novembro de 2010 e 25 de janeiro de 2011. Da totalidade dos inquiridos, 45,6% consultou alguém dos Serviços de Saúde e destes, 59,6% foram ao Centro de Saúde antes de se dirigirem ao SU. Analisando estes dados constata-se que uma grande percentagem dos utentes vai ao SU por aconselhamento do médico de família, funcionando a Via Verde ACESM.

Todos os dados dos utentes dos Centros de Saúde são registados num sistema de informação que todas as Unidades e profissionais têm acesso. Estes instrumentos de “partilha” são excelentes instrumentos de trabalho no contexto de continuidade e de partilha de informação mas, será que funcionam efetivamente? Esta continua a ser uma das limitações do sistema no sentido em que se verificam muitas vezes “falhas no sistema”. Mas, quando existe e funciona na plenitude é, um benefício para a continuidade de cuidados. Também quando o utente/ doente tem alta, se houver necessidade de continuidade de cuidados, os enfermeiros do SU podem partilhar esta informação com os colegas do Centro de Saúde favorecendo a comunicação e atualizando a informação sobre os cuidados prestados.

³ Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde: “Unidades Locais de Saúde – Modalidades de pagamento”. 2009

⁴ www.ulsm.pt [consultado em 14/ 06/ 2011]

Os instrumentos de partilha de informação podem ser muito benéficos na evolução da continuidade dos cuidados se utilizados de forma correcta e frequente. Comparando esta com outras realidades, este é um conceito que contribuiu para a melhoria dos cuidados e, para a satisfação quer dos utentes, quer dos profissionais. Porque não aplicar este conceito a todo o Sistema Nacional de Saúde? A base da melhoria da qualidade dos cuidados passa por uma atualização e partilha de dados a todos os profissionais e, em qualquer local do Sistema Nacional de Saúde.

3.2 Especificidades do SU

O SU do Hospital Pedro Hispano é um espaço amplo dotado de múltiplos meios de diagnóstico e terapêuticos destinados a auxiliar os diversos profissionais de saúde a aliviar o sofrimento agudo de todos os doentes que aí acorrem. A média de atendimento é de aproximadamente 300 doentes por dia.

Perante a descrição de um Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico, no Despacho n.º 18459/ 2006, de 30 de julho, o Hospital Pedro Hispano localiza-se estrategicamente dentro das áreas de influência/ atração respetivas e deve dispor de recursos humanos e técnicos, de forma a dar resposta às necessidades da população-alvo. Efetivamente isto acontece pela presença adequada de especialidades (Cirurgia, Clínica Geral, Medicina Interna, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia – das 8 às 20 horas, Oftalmologia e Otorrinolaringologia - em horário das consultas externas), assim como pela existência de Vias Verdes (nomeadamente Via Verde AVC, Coronária, Sépsis, ACESM).

Para que um SU funcione na plenitude é imprescindível uma correcta organização do serviço e de toda uma equipa multidisciplinar. Por isso, o SU do Hospital Pedro Hispano é dividido fisicamente em três áreas distintas: **Triagem** (Triagem de Manchester, Sala de Emergência e áreas de tratamentos), **Área Cirúrgica** (Cirurgia Geral, Pequena Cirurgia e Ortopedia) e **OBS** (Unidade de Dor Torácica). A presença de uma equipa de enfermagem muito alargada é essencial para assegurar todas áreas em questão 24 horas/ dia.

O conhecimento da estrutura física e da dinâmica do SU, seus protocolos, procedimentos e normas administrativas era um dos objetivos a alcançar, o que foi conseguido com a ajuda de todos. A compreensão do circuito do doente assim como a integração na equipa multidisciplinar foi conseguido através de estratégias pré-definidas como a interação com a equipa, realização de entrevistas informais, estabelecimento de comunicação eficaz com todos os elementos. A partir de uma determinada fase do estágio já me sentia como membro da equipa, colaborando ativamente em todas as ações.

3.2.1 Triagem

No Hospital Pedro Hispano, a receção ao SU faz-se através do espaço destinado à Triagem de Manchester. Dois pequenos espaços individualizados que juntam enfermeiro e doente pela primeira vez. O primeiro contacto, a primeira impressão é marcante... Aliás, pelo primeiro contacto é evidenciada a importância da enfermagem no SU. Cabral *et tal* (1999),

afirma “ (...) os enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem uma vez que usam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos, e conseguem estabelecer uma boa relação com o utente.”

À primeira observação conclui que esta era uma das minhas prioridades ao longo do estágio tendo em conta a minha inexperiência e desconhecimento sobre o assunto. Desde logo efetuei pesquisa bibliográfica, acompanhei o enfermeiro na triagem e com supervisão efetuei triagem, de forma a compreender a sua dinâmica, vantagens e limitações.

O sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997, permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do Serviço de Urgência quer em situações de catástrofe.

O sistema de Triagem de Prioridades de Manchester recorre a “ *fluxograma que contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada que constituem os chamados "discriminadores". Estes podem ser específicos para a situação em causa ou gerais. (...) A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo até o início da observação médica inicial.*”⁵ Tem a aprovação do Ministério da saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros.

Apesar do reconhecimento das vantagens desta metodologia de triagem (informatização e organização da triagem, realização num espaço físico reservado), também são apontadas algumas dificuldades e lacunas. Os fluxogramas não dão, nem nunca darão resposta a todo o tipo de sintomas descritos pelo doente. Face a esta dificuldade, o enfermeiro emprega a sua perspicácia e sensibilidade para contornar a situação. Por exemplo, no “discriminador dor” a subjetividade na avaliação e descrição do parâmetro pode alterar a objetividade pretendida. O enfermeiro tem que perceber efetivamente o “valor da dor”, através do recurso da escala de dor, sem correr o risco de subjetividade.

Efetivamente, o enfermeiro triador, para além da formação específica na Triagem de Prioridades de Manchester, também terá que possuir algumas características apropriadas para o atendimento de triagem. Segundo Cordeiro *et tal* (2002), o enfermeiro que realiza triagem deve “(...) ser eficiente sob tensão e stress, ter qualidade de liderança, conhecer o funcionamento do SU, ser capaz de estabelecer uma boa comunicação (...) e de dar apoio emocional ao utente e família, ter destreza, (...) ser competente a fazer uma observação rápida, ser capaz de tomar decisões rápidas, recolher informação pertinente da história da doença.” A recetividade para escutar, a transmissão de confiança e calma são imprescindíveis na luta contra os tempos de espera. O utente tem que se sentir à vontade para transmitir o motivo da ida ao SU. O enfermeiro tem que ter a capacidade de avaliar a veracidade da informação, selecionar o “discriminador” e “atribuir” uma pulseira com uma cor porque o sistema assim o diz. Percecionei que usualmente os utentes sentiam-se incorretamente

⁵ Ministério da Saúde, Hospitais SA. 2004. O Serviço de Urgência: Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes, pág. 15

avaliados e por vezes a sua doença desvalorizada mas, também estes momentos eram de desconforto para o enfermeiro que não podia contornar a situação perante o fluxograma. Perante tal situação tentei, por inúmeras vezes, conversar com as pessoas e explicar como funcionava o sistema de forma a compreenderem o porquê da atribuição daquela “cor”. Apesar de toda a informação a população ainda não compreende o significado de triagem e pensa que ir ao SU é significado de ser rapidamente atendido. A sua doença, os seus sinais e sintomas são prioritários aos das outras pessoas achando que têm que ser atendidos o quanto antes independentemente da gravidade da situação. Analisando esta problemática foi pensado e proposto, em conjunto com a minha colega de estágio, a realização de um projecto que envolve-se a divulgação da necessidade de acesso ao SU através do ACESM. Contudo, segundo a chefia de enfermagem, o tempo de estágio era curto para tal realização não sendo possível avançar.

Para os enfermeiros este é um local desgastante e muito exigente ao nível de concentração e de técnicas de relacionamento perante todo o tipo de utentes. Contudo, Forsgren (2009) afirma “(...) os enfermeiros estão contentes com o método de triagem (...) é considerado estimulante (...). Existe quem afirme que a satisfação no trabalho depende da competência, do apoio entre colegas, da natureza do trabalho e da organização estrutural.” Segundo o mesmo estudo, os enfermeiros afirmam “ (...) a necessidade de mais oportunidades para analisar e discutir a triagem com colegas.”⁶ Pelo que consegui apurar, no Hospital Pedro Hispano já se realizaram este tipo de “mesas redondas” que foram muito produtivas para a equipa de enfermagem e que contribuíram para avaliarem o seu desempenho na Triagem de Manchester. Algo a repetir tendo em conta o conceito de motivação para o trabalho.

Mas, e o doente? Como se sentirá o doente? O primeiro contacto com o utente que vem ao SU é quase sempre complicado. Esta é uma relação limitada e marcada pelo tempo: tempo de ser atendido, tempo de espera depois da observação médica, tempo de espera para a realização de exames complementares de diagnóstico, tempo de espera para ter alta....

Ao longo dos dias apercebi-me do incorreto recurso da população ao SU provocando uma sobrelotação e conseqüentemente aumento dos tempos de espera, diminuição da qualidade dos cuidados prestados e insatisfação dos utentes. Contudo, também surgiam situações em que as pessoas não se apercebiam da gravidade da situação e, através da triagem era-lhes atribuída uma das Vias Verdes (Sépsis, AVC, Coronária), quando elas desvalorizavam a situação e só se dirigiram ao SU por insistência de familiares ou colegas.

Via verde é definida como “*uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado e planeado nas fases pré, intra e inter-hospitalares de situações clínicas mais frequentes e/ ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.*” (in Parecer nº

⁶ Forsgren, S. et al. *Working with Manchester Triage – Job satisfaction in nursing* (2009) (“the nurses were generally content with the triage work (...) it was considered stimulating.(...) is there who claim that job satisfaction depend on the competence, the support from colleagues, the nature of the work, and the organizational structure. (...) Despite being regularly offered training, they request more exercises utilizing patient cases. They wanted more opportunities to discuss and analyze triage with colleagues.”). pp 230

AM 05/2005 de 05.10.2005- Secretaria de Estado Adjunto da Saúde). As Vias Verdes são essenciais não só para melhorar as acessibilidades como para permitir os tratamentos mais eficazes, dado que o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/ tratamento é fundamental para a redução de mortalidade (Ministério da Saúde, 2007). Uma eficaz triagem é um dos elos fundamentais na cadeia das Vias Verdes. A sua correcta identificação é essencial para um rápido início do tratamento. Tendo em conta a importância desta estratégia foi de meu interesse aprofundar conhecimentos sobre os algoritmos das vias verdes através de pesquisa bibliográfica e respetiva operacionalização. A rapidez de acionamento de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica é imprescindível permitindo um eficaz diagnóstico e tratamento, preservando a vida do doente. Perante este conceito de Via Verde pude colaborar na triagem de diversas Vias Verdes AVC, Coronária, Sépsis e ACESM permitindo compreender os seus algoritmos e respetiva aplicação.

A Sala de Emergência, segundo o Ministério da Saúde (2007), *“é uma área de observação de doentes inicialmente classificados de emergentes ou, se necessário, qualquer doente no SU que apresente descompensação das funções/ parâmetros vitais que coloque a vida em risco.”*

Perante a minha realidade profissional esta é uma área já minha conhecida contudo, sendo este um Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico as emergências são ligeiramente diferentes das minhas vivências. Na verdade, a falta de especialidades médicas e a eficaz assistência pré-hospitalar limita bastante os casos emergentes que aqui se reportam. Ou seja, perante uma abordagem primária no local da ocorrência, todos os casos com necessidade de especialidades são encaminhados para os Serviços de Urgência Polivalente, recorrendo ao Hospital Pedro Hispano situações em que os próprios doentes até aqui se deslocam. Contudo, vivenciei situações que no meu local de origem nunca vivi como por exemplo uma criança de 8 meses com crises convulsivas não febris. Toda a situação de gravidade transforma a calma dos profissionais em stress perante a vulnerabilidade da situação. Perante o número de profissionais, o desespero da mãe passou despercebido para quase todos. Mas, no meu desconhecimento na área de pediatria aproximei-me da mãe e expliquei-lhe tudo o que estava a acontecer de forma a tranquilizá-la. Sem dúvida que a assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica é uma das competências adquiridas.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Artigo 9º, alínea 3 *“ consideram-se interdependentes as ações realizadas (...) em conjunto com outros técnicos, (...) decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares (...) e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”*. Foi a primeira impressão do trabalho da equipa de enfermagem na Sala de Tratamentos 1: apenas ações interdependentes. É um local de passagem para os doentes onde, inicialmente senti, que os enfermeiros desempenhavam um papel técnico. A colheita de espécimes para análise e a administração de medicação eram a maioria das ações realizadas pelo enfermeiro. A minha questão imediata foi: qual o papel do enfermeiro no SU? Não existe autonomia da profissão? Na realidade, o excesso de trabalho proporcionava à despersonalização da relação doente/

enfermeiro. Ao longo dos turnos, sempre acompanhada pelo meu tutor, apercebi-me da autonomia do enfermeiro e do seu papel na aplicação do processo de enfermagem. Na realidade este papel é muito limitado em contexto de urgência mas, uma correcta observação e identificação do problema pode permitir uma adequada continuidade de cuidados por parte de outras equipas de enfermagem. Uma situação específica debateu-se quando numa doente proveniente de um Lar foram identificadas inúmeras Úlceras de Pressão. Após consulta no sistema de informação verificou-se que não existia nenhum registo relativamente à pessoa em questão. Apesar de toda a azáfama vivida no SU, em conjunto com o meu enfermeiro tutor, identificámos e registámos todas as Úlceras de Pressão no sistema informático (de forma a que a doente fosse referenciada pelo seu Centro de Saúde) e procedemos à realização do respectivo tratamento.

A progressiva implementação da informatização nas unidades prestadoras de cuidados tem em vista a melhoria da supervisão, do planeamento e da aplicabilidade dos cuidados às pessoas, e visa dotar os serviços e os seus profissionais de mecanismos que lhes permitam, no seu exercício profissional diário e ao nível dos cuidados que prestam, analisá-los, avaliá-los e validá-los com maior rapidez e eficiência, assim como responsabilizar e responsabilizarem-se pelos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2008). No SU do Hospital Pedro Hispano, o registo de informação de forma informatizada é uma prática no HCIS. Através do programa a equipa multidisciplinar acede a todas as informações do doente. Aliás, como referido no Estatuto da Ordem do Enfermeiros, artigo 83º, alínea d), o enfermeiro é responsável por “*assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*”. Também, como aluna, colaborava ativamente com o meu tutor nos registos de enfermagem, compreendendo todo o sistema informático, sua dinâmica e suas limitações. Perante as dificuldades encontradas, a equipa sentia necessidade de contorná-las de forma a salientar e valorizar a continuidade de cuidados.

A Sala de Tratamentos 2 (antigamente denominada por Unidade de Rápido Diagnóstico) é um espaço do SU inicialmente concebido com o objetivo principal de vigiar doentes portadores de pulseira laranja – muito urgente. No entanto, com a afluência de doentes acabou por se tornar num espaço onde são internados doentes que necessitam de estudo e vigilância, ou que aguardam vaga em serviço de internamento. Esta sala tem capacidade para 10 doentes, no entanto é extensível para uma antecâmara com capacidade para 6 doentes. A equipa que constitui este serviço mantém-se independentemente do número de pacientes e da sua gravidade. A sala principal tem um balcão onde se encontram os enfermeiros e os médicos que têm visibilidade direta para os 10 doentes. Apesar de ser uma das principais áreas do SU, durante a minha permanência no serviço foram poucos os turnos que aqui realizei. Contudo, um dos aspetos que salta logo à vista é o espaço existente para as camas que não é o adequado. Perante tal realidade tive necessidade de pesquisar um pouco mais sobre as *Guidelines de Prevenção de Isolamento*. Efetivamente, as restrições arquitetónicas do espaço impossibilitam a existência da distância recomendada para diminuir o

potencial infeccioso, numa área de múltiplos doentes: 1 metro.⁷ A existência de cortinas tem por objetivo individualizar a unidade, mas apenas são a barreira física (e psicológica) possível para conter um doente. Perante tal fato confrontei a equipa de enfermagem com a situação e com os riscos de IACS. Todos estão cientes da realidade. Mas, esta é uma questão que ultrapassa a sua ação, recorrendo a outras alternativas. Observei que a higienização das mãos é a prática mais utilizada para reduzir a transmissão de agentes infecciosos e é um dos elementos essenciais nas precauções padrão.⁸ Apesar de vários posters de informação e de soluções alcoólicas espalhados pelo SU continuava-se a verificar, por vezes, a inexistência do ato de proceder à higiene das mãos. A continuidade de solicitações e de cuidados a prestar não o permite. Obviamente que a razão apontada não é justificação. Perante a constatação ponderei a realização de formação em serviço sobre o tema mas a Comissão de Controle de Infecção da Instituição assume um papel formativo muito activo sobre o assunto não possibilitando a realização de mais.

3.2.2 Área Cirúrgica

A área cirúrgica é uma das áreas que constitui o SU porém, o meu tutor não presta cuidados nesta área. As oportunidades nesta área foram mínimas. Apesar de ser do conhecimento do meu tutor e das pessoas responsáveis pelo plano diário, não pude prestar cuidados de EMC nesta área impossibilitando a elaboração de uma reflexão sobre esta área de prestação de cuidados.

3.2.3 OBS

A área de OBS integra-se funcionalmente no SU e é constituída por 16 camas (4 destinadas à Unidade de Dor Torácica).

Apesar da sala de trabalho de enfermagem e médica estar situada na parte central do corredor, devido à estrutura arquitetónica, o ângulo de visão para os doentes é muito reduzido. Este desajuste na vigilância contínua, aconselhada num serviço de OBS, é colmatado pela presença de monitores na sala de trabalho, com os dados vitais de todos os doentes e pela constante movimentação de profissionais e doentes, nas 24 horas. Cada profissional de enfermagem fica responsável pelos utentes de 4 unidades.

Em OBS são admitidos doentes com diversas patologias e que possam necessitar de vigilância de sinais vitais, enquanto realizam exames complementares de diagnóstico ou aguardam vaga num serviço de internamento. Os doentes podem se manter por mais de 24 horas e podem, inclusive, ter alta para o domicílio.

⁷ *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. CDC (2007) (“in multi-patient rooms, >3 feet (= 1 metro) spatial separation between beds is advised to reduce the opportunities for inadvertent sharing of items between the infected/colonized patient and other patients”), pp. 70.

⁸ *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. CDC (2007) (“Hand hygiene has been cited frequently as the single most important practice to reduce the transmission of infectious agents in healthcare settings and is an essential element of Standard Precautions.”), pp 49.

Durante a minha permanência nesta área de cuidados deparei-me com situações diversas que me fizeram refletir. Com frequência são internados em OBS doentes em fases terminais de doença oncológica com necessidade de controlo de sintomas que não era conseguida no domicílio. O conceito de fim de vida concretamente dito, não é novo para mim mas perante estas circunstâncias assume uma dimensão desconhecida já abordada durante a parte teórica do curso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos são cuidados ativos e totais, prestados a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo. O objetivo é a obtenção da melhor qualidade de vida para os doentes e para as suas famílias que enfrentam a doença com risco de vida, proporcionando alívio da dor e dos sintomas, apoio espiritual e psicossocial a partir do diagnóstico até o fim da vida e luto. Perante tal realidade, pude prestar cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida, realçando a importância da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, assim como apoiar a família nas perturbações emocionais decorrentes da doença. Após o controlo desta agudização de sintomas, o doente era novamente reencaminhado para a Equipa de Cuidados Paliativos podendo ser acompanhado no seu lar, juntamente com os seus entes mais queridos. Este trabalho entre equipas hospitalares e equipas de “campo” (Equipas de Cuidados Paliativos) melhora em muito a qualidade de vida e o apoio aos doentes, favorecendo a sua recuperação e salientando a importância do trabalho da ULSM que já foi referenciado anteriormente.

A importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados. A CIPE[®] foi concebida pelo Conselho Internacional de Enfermagem para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. É um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. A CIPE[®] facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2009). O SU do Hospital Pedro Hispano não é exceção relativamente aos registos onde, 24 horas após o internamento de um doente em OBS, os seus registos são transcritos do sistema informático da Urgência para o Sistema Apoio à Prática de Enfermagem 10G. Este aplicativo informático tem como base fundamental a CIPE[®] e a sua aplicação. A utilização desta versão do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem não me permite comparar as realidades do Hospital Pedro Hispano com o Centro Hospitalar do Porto uma vez que esta é mais recente. Mas, posso referir que na realidade do SU poucos são os doentes que permanecem 24 horas no serviço e, quando isso acontece, é por pouco tempo fomentando a confusão aquando da realização dos registos pelos enfermeiros. Afinal, existem doentes que já estão no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e outros que ainda se encontram no HCIS, o que causa um aumento de trabalho e uma maior probabilidade de erro aquando da realização dos registos. Estas foram as dificuldades sentidas por mim aquando da realização de registos. Contudo, já está em implementação por parte do grupo de trabalho da CIPE[®], a efetuação do registo de todos os

doentes com internamento superior a 4 horas, desde que estejam em OBS ou na Sala de Tratamentos 2. Esta ação realça a importância dos registos e da sua continuidade no decorrer do internamento dos doentes mas também a importância das funções autónomas do enfermeiro.

Em OBS surgiu-me novamente a questão de espaço físico e do risco de IACS. Perante uma situação de precaução dependente da via de transmissão, as opções são poucas, dependendo inclusive do tipo de precaução. Em caso de precauções por via aérea têm que colocar o doente num quarto que tem duas camas, inutilizando a outra.⁹ Em caso de precauções por gotícula, colocam o doente num quarto com duas camas, inutilizando, preferencialmente, a outra.¹⁰ Em caso de precauções por contacto, o mais frequente, OBS não reúne as condições físicas adequadas¹¹, havendo a necessidade de colocar junto de outros doentes sem suspeita de colonização ou infeção. Perante as barreiras físicas do serviço, o doente é isolado através do uso das cortinas que individualizam os doentes, uso de carrinho individual com o material necessário para a prestação de cuidados, uso de material de precaução universal (máscara, óculos, bata e luvas) e higienização das mãos com antisséptico junto do doente ou com a lavagem higiénica das mãos no único lavatório da enfermaria¹². São os recursos possíveis tendo em conta as condições físicas. Mesmo com estas condições a equipa de enfermagem dá o seu melhor no combate às IACS e, supervisiona a equipa de assistentes operacionais, evidenciando a importância do tema. Perante tal realidade, colaborei ativamente na prestação de cuidados a doentes em isolamento maximizando as intervenções na prevenção e controlo da infeção.

Em 1998, perante a necessidade de prestar assistência a doentes com provável Enfarte Agudo do Miocárdio que dão entrada naquele hospital ou transferidos de outras unidades de saúde, surge a Unidade de Dor Torácica, integrada no serviço de OBS. Por não fazer parte dos seus recursos um serviço de cardiologia nem um laboratório de hemodinâmica o Hospital Pedro Hispano é indicado para a realização de fibrinólise tanto em fase aguda de Enfarte Agudo do Miocárdio como em fibrinólise pré-hospitalar.

Com o intuito de desenvolver competências e conhecimentos técnico-científicos na área de cardiologia, fármacos utilizados e intervenções inerentes, senti necessidade de saber mais sobre esta temática da qual saliento a pesquisa bibliográfica.

⁹ Ministério da Saúde. "Recomendações para as precauções de isolamento – Precauções Básicas e Dependentes das Vias de Transmissão" (2007), pp 32.

¹⁰ Ministério da Saúde. "Recomendações para as precauções de isolamento – Precauções Básicas e Dependentes das Vias de Transmissão" (2007), pp 38.

¹¹ *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. CDC (2007) ("A single patient room is preferred for patients who require Contact Precautions. When a single-patient room is not available, consultation with infection control personnel is recommended to assess the various risks associated with other patient placement options (e.g., cohorting, keeping the patient with an existing roommate), pp 70.

¹² *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. CDC (2007) ("Healthcare personnel caring for patients on Contact Precautions wear a gown and gloves for all interactions that may involve contact with the patient or potentially contaminated areas in the patient's environment. Donning PPE upon room entry and discarding before exiting the patient room is done to contain pathogens, especially those that have been implicated in transmission through environmental contamination"), pp 70.

A esta área específica de OBS está destinado 24 horas/ dia um enfermeiro ao qual são atribuídos 4 doentes com monitorização específica EASI: uma monitorização eletrocardiográfica com recurso a apenas 5 eléctrodos mas que permite a vigilância equivalente a um electrocardiograma de 12 derivações, visualizando áreas de isquemia miocárdica. Estes doentes exigem dos profissionais que os acompanham uma vigilância contínua no reconhecimento e tratamento das situações potencialmente mortais. Contudo, quando o doente apresenta critérios de Intervenção Coronária Percutânea é rapidamente providenciado transporte para o hospital de referência com recurso a angioplastia direta 24/ 24 horas. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), *“o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.”* A equipa de transporte formada pelo enfermeiro e médico com formação específica, tem como função manter ou até elevar a qualidade dos cuidados durante o transporte, assegurando as condições mínimas exigidas para o transporte inter-hospitalar (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Para que o transporte possa ser realizado tem que haver o acompanhamento do enfermeiro. Ou seja, os restantes doentes da Unidade de Dor Torácica ficam sob vigilância dos outros enfermeiros que já têm a seu cargo 4 doentes. Perante esta dificuldade foi questionada a qualidade dos cuidados e da vigilância dos doentes tendo em conta o aumento do rácio enfermeiros/ doentes. *“As dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). O conceito de Dotações Seguras manifesta-se numa realidade que todos nós conhecemos muito bem e salienta a importância do tema na realidade de todas as instituições de saúde.

Quando o doente necessita realizar um exame complementar de diagnóstico como um ecocardiograma, o enfermeiro necessita novamente de se ausentar da unidade, acompanhando o doente, pois os técnicos não se podem deslocar ao serviço. Questiona-se porque se transporta um doente instável, com monitorização e perfusões quando este é um exame possível de realizar na unidade do doente. Esta foi uma problemática levantada mas que, segundo informação da equipa, já é uma luta antiga e não se conseguiram encontrar estratégias de resolução.

Outra questão que suscitou em mim algumas questões foi relativamente à monitorização EASI. Perante a tecnologia foi meu objetivo saber um pouco mais mas apenas me conseguiram providenciar bibliografia pouco esclarecedora sobre a mesma. Perante tal dificuldade, tentei que me explicassem o funcionamento e a interpretação da monitorização mas o sentimento foi de necessidade de também saberem mais. Pelo que consegui apurar há já algum tempo não é dada formação sobre a EASI pelo que os enfermeiros sentem essa necessidade. Segundo a Lei n.º 7/ 2009, de 12 de fevereiro, artigo 131º, alínea a) *“o empregador deve promover o desenvolvimento e a adequação da qualidade do trabalhador, tendo em vista melhorar a sua empregabilidade e aumentar a sua produtividade”*. Desta forma, é do interesse do hospital providenciar formação aos enfermeiros nas áreas que poderão

melhorar a qualidade dos cuidados. Perante esta obrigação do empregador, os enfermeiros no seu Código Deontológico, artigo 88º, alínea c) “*assumem o dever de manterem a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.*”

Durante a minha permanência na Unidade de Dor Torácica, não tive oportunidade de observar a administração de terapêutica de reperfusão mas tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente com Enfarte Agudo do Miocárdio e Síndrome Coronário Agudo, nomeadamente durante o acompanhamento no transporte ao Hospital S. João para realização de cateterismo cardíaco e acompanhamentos a exames complementares de diagnóstico.

Um dos objetivos do estágio era formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem e comunicar os resultados a audiências especializadas. Desta forma, após debate com a enfermeira responsável pela formação em serviço e com o enfermeiro chefe, concluímos que a abordagem às úlceras de pressão era um tema atual, pertinente e crítico. Nesse sentido foram preparados dois momentos de formação no serviço e cuja informação encontra-se no Anexo I – Úlceras de Pressão: Uma Abordagem no SU. Com recurso a esta ação de formação foi possível contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do SU do Hospital Pedro Hispano.

No decorrer da prática de enfermagem é usual surgirem situações – problema sobre as quais temos que atuar. Durante a minha permanência no SU pude observar algumas destas situações e para as quais tentei encontrar resolução. Uma das situações identificadas foi relativamente à Triagem de Resíduos. Esta é uma problemática atual e, já muito debatida pela Comissão de Controlo de Infeção com a afixação de cartazes em todos os locais. Contudo, na realidade no SU não se realiza. É frequente encontrarem-se resíduos do Grupo I e II em recipientes de cor branca, com o indicativo de risco biológico. Isto acarreta custos elevados de incineração ou outro pré-tratamento sem necessidade. Em conversa com a equipa apercebi-me que tinham noção desse facto mas, na realidade, não o faziam. Perante esta situação achei pertinente uma formação de atualização de conhecimentos. O tempo de estágio reduzido não permitiu realizar a mesma mas, sugeri à enfermeira responsável pela formação em serviço a inclusão do tema no Plano Anual de Formação, o que ela achou bastante pertinente.

Outra situação – problema identificada foi relativamente à Prática de Injeção Segura. Todos os anos os custos associados a infeção proveniente dos cateteres ascendem a valores muito elevados. Com o objetivo de melhorar estes cuidados aos doentes e, simultaneamente diminuir os custos de saúde associados a estas infeções, o CDC elaborou em 2011 as *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter- Related Infections*. Estas *guidelines* recomendam cuidados aplicáveis ao uso de agulhas, dispositivos de administração sem agulha e sistemas de administração endovenosa.¹³ Analisando estas *guidelines* e observando a

¹³ *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. CDC (2011) (“*These guidelines are intended to provide evidence-based recommendations for preventing intravascular catheter-*

prática dos cuidados de enfermagem relativamente à preparação e administração de medicação endovenosa no SU, pude constatar que existiam algumas situações de não conformidade. Perante esta situação – problema achei pertinente dar conhecimento das respetivas *guidelines* à equipa. Contudo, tive conhecimento de um trabalho sobre o assunto de uma colega minha, em estágio na Comissão de Controlo de Infecção. Nesse trabalho ela realizaria uma auditoria baseada na observação no SU, Serviço de Imagiologia e Serviço de Medicina Intensiva. Após a observação e tratamento de dados de cada serviço, a colega realizou uma apresentação aos responsáveis do serviço, no sentido de dar conhecimento dos dados relativos ao seu serviço. O enfermeiro chefe perante a pertinência do tema achou importante a divulgação dos resultados e a formação sobre o tema.

Outra das atividades previstas era a observação e colaboração com o enfermeiro chefe nas suas funções de gestão. A nível do Hospital Pedro Hispano e do SU existiram remodelações a nível de organigrama, estando o enfermeiro chefe a assumir as suas funções à relativamente pouco tempo. Perante esta dificuldade, mais sentida por ele do que por mim, pude observar e colaborar com o enfermeiro chefe na gestão de cuidados de enfermagem e sua supervisão, na gestão de recursos humanos (colaborando na atualização do horário), na gestão de recursos materiais (observando e colaborando nos pedidos de material e na resolução de outras situações relacionadas com estes) e no recurso de informação (preocupação com os registos de enfermagem no HCIS e no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Durante o estágio também me foi proporcionado a assistência a Ações de Formações decorrentes no hospital, nomeadamente as Comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro e as “Quintas de Enfermagem” com o tema “Segurança da Informação em Saúde – Perspetiva Ética e Legal”. No decorrer do meu estágio o Hospital Pedro Hispano, e inclusive o SU, foi alvo de uma auditoria externa cuja apresentação do relatório também pude assistir, possibilitando-me uma melhor compreensão da dinâmica das auditorias. Relativamente à gestão de cuidados também achei muito interessante a forma de comunicação utilizada pelo enfermeiro chefe. A internet atualmente é uma das formas de comunicação e, perante este instrumento o enfermeiro chefe utiliza-a de uma forma eficaz permitindo chegar a toda a equipa de enfermagem as informações que ele acha pertinentes para o bom funcionamento do serviço.

3.3 Comunicar no SU

Ao longo do presente trabalho efetuei diversas análises e reflexões críticas sobre variados temas que eu achei pertinente abordar. Contudo, houve um assunto que suscitou em mim maior interesse e que originou uma reflexão mais aprofundada: a comunicação no SU.

Comunicar é um dos conceitos mais importantes na Enfermagem e, Virgínia Henderson, defendia-o quando considerou a satisfação da comunicação como uma das

related infections. (...) also emphasize performance improvement by implementing bundled strategies, and documenting and reporting rates of compliance with all components of the bundle as benchmarks for quality assurance and performance improvement.”), pp 7 - 8.

necessidades básicas essenciais para a contribuição ou recuperação da saúde do doente (Alligood, 2002).

Comunicar é a forma como as pessoas se relacionam entre si, dividindo e trocando experiências, ideias, sentimentos, informações, modificando mutuamente a sociedade onde estão inseridas. Sem a comunicação, cada um de nós seria um mundo isolado.

Em contexto de saúde/ doença, esta também é uma problemática já muito debatida ao longo dos anos. Em contexto de urgência/ emergência é uma das necessidades mais difíceis de satisfazer face à gravidade das situações e à necessidade de agir rapidamente. *“Numa sociedade em que cada vez mais o papel das altas tecnologias possui maior preponderância, muitos profissionais de saúde centram o seu modo de agir, na qualidade técnica dos seus serviços, esquecendo notoriamente, toda a parte humana dos cuidados de saúde”* (Pereira, 2008). Segundo a mesma autora, *“a comunicação é (...) um fenómeno social complexo”* (2008).

Quando cheguei ao SU senti que a comunicação enfermeiro/ doente era um pouco “descurada”, “desvalorizada”. Seria verdade? Mas, será que existem enfermeiros que não valorizam a comunicação? Ao longo dos dias fui-me apercebendo da realidade. Pereira (2008) afirma que *“sendo a comunicação um processo relacional que se traduz na interação entre duas ou mais pessoas, podemos considerar que, sem comunicação, dificilmente haverá relação de ajuda. (...) Comunicação e relação de ajuda surgem muitas vezes integradas no mesmo momento de cuidados. (...) A relação de ajuda é a essência do cuidado de enfermagem, em que o ser humano, cada pessoa é único, necessitando de uma atenção individualizada na resolução dos seus problemas.”* Efetivamente pude observar que a relação de ajuda estava presente em todos os momentos de interação com os utentes mas, devido a motivos estruturais nem sempre era possível este contacto ser um momento individual. Por vezes, a presença de outros utentes, na sala de espera ou na sala de tratamentos, acabava por não proporcionar a partilha de informação, o “desabafo” que a pessoa tanto precisa sem que a sua privacidade seja ofendida.

Contudo, existem fatores que contribuem para um aproximação na relação informal entre enfermeiro e utente. O enfermeiro de Urgência deve possuir “juventude”, humor, capacidade de concentração, de diálogo, de audição, assim como um nível de conhecimentos técnico-científicos alargado. A sua disponibilidade e simpatia contribuem para a aproximação (Bernardino, 2003). Relativamente a estas características posso direccionar o assunto para o artigo de Bernardino (2003) que se questiona quanto à existência de duas tipologias de enfermeiros no SU: o enfermeiro **na** urgência e enfermeiro **da** urgência. Segundo a autora, o enfermeiro **na** urgência assume a sua passagem como provisória, de relação instável, necessitando mudar de serviço. Por outro lado, o enfermeiro **da** urgência assume uma relação de posse, de dependência, acomodando-se ao serviço. *“Adora o instável, o barulho e a gente, ... muita gente; pertence a tudo e a todos mas não se envolveu diretamente com nada (...)*. Analisando estas afirmações e tendo em conta o perfil do enfermeiro de urgência posso afirmar

que existem enfermeiros cujo perfil não se adequa ao de urgência notando-se na sua prestação de cuidados.

O SU é particularmente despersonalizante mas, este não é motivo para despersonalizar os cuidados de enfermagem. Todos os momentos de interação com o utente/família devem ser momentos de comunicação e de relação de ajuda, por muito poucos que sejam. O excesso de trabalho, o elevado número de utentes, o seu curto tempo de internamento, o pouco tempo disponível com o doente constitui fatores negativos no cuidar em enfermagem. Efetivamente, as relações interpessoais com qualidade no SU, tornam-se muitas vezes desgastantes para o enfermeiro (Catita, 2000). Para combater esta realidade a mesma autora (2000) assume que *“cuidar no serviço de urgência é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente. (...) O enfermeiro da urgência alia a sofisticação técnica de um ambiente suis generis a uma abordagem pessoal e individualizada destinada a conseguir o máximo para o seu doente.”*

A realidade do SU não é a realidade a que eu estou habituada e daí a minha necessidade de refletir sobre ela. Efetivamente todos os momentos com os utentes são essenciais e imprescindíveis contribuindo de alguma forma para a melhoria do utente. Afinal, para o enfermeiro o ser humano é em toda a sua dimensão e vulnerabilidade o objeto que constitui a sua ciência (Catita, 2000).

4. Módulo III – Opcional – Pré Hospitalar

O conceito de emergência hospitalar está desde sempre relacionado com a medicina militar. O pioneirismo em reconhecer a importância da rapidez e do estabelecimento de prioridades no atendimento aos soldados feridos permitiu o aumento do número de sobreviventes. Baseando-se nesta experiência, assiste-se gradualmente em alguns países, ao emergir de um novo conceito na área da saúde – a emergência médica – cujo conceito foi rapidamente adotado pela Medicina Civil.

Em Portugal, a preocupação da existência de um serviço de prestação de primeiros socorros e transporte de feridos já existia e, em 1965 foi finalmente criado. Contudo, a sua existência só cobria a área de Lisboa. Ao longo dos anos a importância da assistência pré-hospitalar emergia decisões e, em 1980 é criado o Gabinete de Emergência Médica, cuja função era a elaboração de um projeto que viesse a desenvolver e coordenar um Sistema Integrado de Emergência Médica. A 3 de agosto de 1981 é publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 234/81, pelo Ministério dos Assuntos Sociais, a criação do INEM como um instituto público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio. Atualmente é tutelado pelo Ministério da Saúde, tem a sua sede em Lisboa e exerce a sua atividade ao longo de todo o território continental.

Segundo o Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de julho, artigo 3º, alínea 1) do Anexo dos Estatutos do Instituto Nacional de Emergência Médica, *“(...) ao INEM incumbe a definição, organização, coordenação e avaliação das atividades do Sistema Integrado de Emergência Médica (...)”*. No sentido de compreender melhor o SIEM em Portugal foi importante para mim refletir sobre o assunto.

A Emergência Médica é definida, pelo INEM (2011), como *“a atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento médico de saúde adequado, o tratamento definitivo que aquela situação exige.”* De forma a implementar este conceito surgiu em Portugal, em 1981, *“um conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica”* denominado Sistema Integrado de Emergência Médica (INEM, 2011). O sistema combina entidades, meios humanos e materiais, atividades e procedimentos que, coordenados entre si, competem, de forma organizada, para prestarem o socorro às suas vítimas de forma rápida e eficaz (Baptista, 2008). O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal Continental.

A estrela da vida nasceu em 1973 e o seu símbolo foi reconhecido e adotado como parte da Emergência Médica. A sua forma em estrela com seis faixas e o bastão com uma serpente enrolada valorizam o significado de um ciclo que só está completo após todas as ações estarem completas. A cada uma das faixas corresponde uma fase do Sistema (deteção, alerta, pré socorro, socorro, transporte e tratamento hospitalar) e, só depois de uma fase estar

concluída é que se pode avançar para a seguinte. Assim ocorre o sucesso na Emergência Médica.

Para que seja cumprido criteriosamente é necessário que todos os seus intervenientes (população, operacionais do CODU, autoridade, Bombeiros, Técnicos de Ambulância de Emergência, Enfermeiros, Médicos, pessoal técnico hospitalar) cumpram o seu “papel” na abordagem à vítima. Infelizmente ainda há muito a melhorar em todas as fases, a solidificar conhecimentos e estratégias no sentido de aperfeiçoar um Sistema Integrado de Emergência Médico rápido, eficaz e oportuno em Portugal em toda a sua dimensão. O objetivo inicial mantém-se: prestar socorro a vítimas de doença súbita ou acidente de forma e eficaz.

De forma a operacionalizar um sistema prático e eficaz o INEM dispõe de vários serviços (CODU, CODU Mar, Recém-Nascidos, Centro de Intoxicações Anti-Venenos, Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise e Centro de Intervenção para Situações de Exceção) e meios (motas, ambulâncias SBV, SIV, VMER, helicóptero, Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência e situações de exceção) com o objetivo final de responder o mais rapidamente possível às situações de emergência. Para me manter informada sobre estes serviços e meios, e compreender a sua atuação tive necessidade de efetuar pesquisa sobre os mesmos.

A Direção Geral da Saúde (2001) definiu emergência como “ (...) *todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.*” A Enfermagem é definida pelo Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, como “ (...) *a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (...)*”. Assumindo que a pessoa em situação crítica tem a sua vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica tem todo o sentido afirmar que estes são cuidados em situações de emergência com a necessidade de especialização por parte da enfermagem. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “(...) *cuidados altamente classificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...)*”¹⁴, sendo a área do pré-hospitalar adequada aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Doença Crítica.

O meu contexto de trabalho e a proximidade de doentes provenientes do pré-hospitalar através da prestação de cuidados na Sala de Emergência no Centro Hospitalar do Porto, proporcionou o despertar da curiosidade e interesse por esta área. Não é só a questão da adrenalina sentida aquando das ativações e do rápido acesso aos locais mas também a necessidade de compreender o que se passa na rua, as dificuldades sentidas pelas equipas, e, compreender o circuito do doente desde a ativação até aos cuidados hospitalares. Afinal, quase todos os meus doentes foram atendidos por equipas de emergência através dos meios

¹⁴ Regulamento n.º124/ 2011, de 18 de fevereiro

do INEM. A compreensão e principalmente, a experimentação deste circuito são essenciais para o meu crescimento como pessoa, enfermeira e especialista em EMC.

Perante estes conceitos surge a realização de estágio no contexto de pré hospitalar, adequado aos cuidados do Enfermeiro Especialista com os objetivos previamente definidos no projeto de estágio e que orientaram todo o percurso. Para tal, ao longo deste capítulo abordarei os meios onde foram realizados turnos onde estabeleço uma correspondência entre os objetivos traçados e as atividades/ estratégias realizadas e desenvolvidas para a sua concretização.

A operacionalização dos elos da estrela da vida é imprescindível e, a passagem por vários meios do INEM permitiu-me assimilar de forma prática e informal esta cadeia que pode facilmente ser quebrada pela sua fragilidade. Para perceber a estrutura e funcionamento do INEM foram realizados turnos no CODU, ambulâncias SBV, ambulâncias SIV e VMER.

4.1 CODU

Após a deteção da presença de uma doença súbita ou acidente, o alarme é um dos elos mais importante da cadeia da estrela da vida. Pedir ajuda é essencial e, na Europa, o alerta é realizado através do 112 – Número Europeu de Emergência. Em Portugal, após o contacto com o número 112 e atendimento por parte da Polícia de Segurança Pública, as situações médicas são encaminhadas para o CODU.

Tendo em conta que o atendimento de chamadas 112 nos CODU apresentava diferenças inerentes a cada região, surge no ano de 2011, o Sistema Nacional de Gestão de Chamadas. A criação de um CODU nacional permite uma distribuição equitativa das chamadas por operador, independentemente do local de atendimento; uma redução do número de chamadas em espera; uma redução do número de chamadas desligadas na origem; uma diluição dos picos de chamadas a nível regional; uma diminuição do tempo de espera do contactante; uma valorização do conhecimento da região para o adequado envio de meios; uma rentabilização de recursos humanos com aumento de eficiência (INEM, 2011).

Esta operacionalização implicou mudanças no percurso da chamada uma vez que qualquer chamada, independentemente da sua origem, é atendida e triada pelo operador que está “disponível” há mais tempo em qualquer CODU do país.

No turno realizado no CODU Porto observei que este funcionava com técnicos operadores de telecomunicações de emergência, dois médicos e um responsável de turno. Todos os intervenientes possuem um conjunto de telecomunicações que facilitam a receção e triagem das chamadas recebidas através de prioridades consoante a gravidade, o acionamento dos meios e a receção dos dados passados pelos meios no local relativamente à vítima. Também existe uma pessoa responsável por voltar a contactar as chamadas perdidas. Os técnicos passam por todos os postos facilitando e melhorando o seu desempenho profissional, à exceção do médico que para além de ser o regulador do CODU, valida ou não as prioridades consoante a informação rececionada.

Durante o turno pude escutar algumas chamadas e aperceber-me que, apesar de todos os esforços e de todas as campanhas de sensibilização, a nossa população ainda não sabe transmitir as informações completas para se proporcionar um rápido e eficaz acionamento do meio. Aliás, o conceito de emergência ainda não é muito conhecido pela nossa população que utiliza este número para situações que não justificam. Quando a situação justifica o acionamento, as pessoas simplesmente não conseguem transmitir todas as informações nomeadamente a localização exata que tanto facilita os meios no terreno. Esta continua e continuará a ser uma das preocupações do INEM no sentido de esclarecer todos sobre a importância da transmissão correta de informação.

No decorrer do turno, por indisponibilidade da parte médica não foi possível observar o papel do médico regulador. Ao médico cabe a validação de prioridades e a validação dos algoritmos pelos enfermeiros nas SIV's. Até 2010, o CODU era privilegiado com a presença de enfermeiros nas suas instalações. A combinação de competências de médico e enfermeiro acrescentava valor ao juízo clínico determinante para o sucesso do socorro no pré hospitalar. A formação altamente diferenciada dos enfermeiros permitia-lhes um conhecimento global da pessoa, possibilitando uma valorização assertiva de dados que nenhum protocolo enaltece. A interpretação de dados baseada na evidência e em conhecimentos científicos potenciam a eficácia de respostas, qualificando o serviço e auferindo confiança e segurança aos cidadãos. Porém, com o afastamento dos enfermeiros no CODU, as maiores vítimas são os cidadãos cuja qualidade e segurança nos cuidados prestados em ambiente pré hospitalar pode ser afectada. Com a sua ausência, o atendimento de chamadas é efetuado por técnicos de operações de telecomunicações de emergência, sem qualquer competência para a realização de juízo clínico relativamente aos dados transmitidos, dada a impossibilidade de apenas dois médicos responderem a todas as chamadas. Aliás, o tempo de resposta aos recursos criados, como por exemplo as Vias Verdes, pode ser ameaçado devido à incapacidade de identificação das situações. Esta ainda é uma luta com que a Ordem dos Enfermeiros (2010) se debate e que ainda não obteve respostas.

Relativamente ao CODU nacional, sem dúvida que para a população torna-se numa mais-valia pelos motivos já referidos anteriormente. Mas, por parte dos técnicos as dificuldades refletem-se pelo desconhecimento das áreas geográficas (apesar do acionamento de meios se realizar na região de origem da chamada) e pela informação transmitida (quando a informação é transmitida para os meios no terreno). Outra dificuldade prende-se com a localização de chamadas falsas que se torna mais difícil.

A transmissão de dados para o terreno e a sua atualização, os registos clínicos e de enfermagem do incidente e o envio de toda a informação recolhida para o Hospital e para o CODU (evitando o recurso ao papel) é da responsabilidade do registo clínico eletrónico – “Mobile Clinic” facilitando a comunicação entre meios e unidade hospitalar (INEM, 2011).

A minha passagem pelo CODU Porto permitiu-me compreender todo o caminho desde a chamada, o alerta e relacioná-la com a receção da informação nos meios (ambulância ou carro médico). Após este turno percebi as dificuldades sentidas quer pelo operador, quer

pela pessoa que está do outro lado do telefone. A presença de uma voz tranquila e calma num momento de tanta ansiedade e nervosismo revela-se como fonte de pacificidade e de segurança. A rapidez e eficácia de atendimento e de acionamento dos meios são a chave para manter a cadeia. Aliás, com o CODU nacional o tempo de atendimento das chamadas de emergência foi reduzido de 13 segundos (média) em 2010 para 7 segundos (média), em setembro de 2011 (INEM, 2011), o que demonstra a rapidez do alerta tão importante na cadeia da estrela da vida.

4.2 Ambulâncias SBV

As ambulâncias de SBV destinam-se à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte. A tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de SBV. As ambulâncias operacionalizadas diretamente pelo INEM estão equipadas com DAE (inserido no Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa aprovado no Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de agosto). Estas ambulâncias devem ser constituídas por dois tripulantes com formação obrigatória em Técnicos de Ambulância de Emergência.

Os turnos realizados em ambulâncias SBV têm como único objetivo a compreensão do funcionamento de um dos meios do INEM. Sendo eu a pessoa mais diferenciada no meio surgiu-me logo a questão qual seria a minha posição perante as ativações. A resposta pela coordenação da formação foi: apenas podia assumir uma posição de observação e colaboração com os Técnicos de Ambulância de Emergência, elementos devidamente qualificados para as situações a que estavam destinados (estabilização e transporte de doentes). Aliás, os próprios equipamentos a isso proporcionavam no sentido que não permitiam o avanço de técnicas invasivas e passíveis da minha prestação de cuidados.

Este era o meu primeiro turno em pré-hospitalar e a curiosidade era muita. A excelente receção pela equipa facilitou em muito a observação e a compreensão da dinâmica do seu trabalho. A ambulância exteriormente é muito semelhante às de SIV mas, interiormente a sua organização é um tanto ou quanto diferente. Os seus materiais e equipamentos permitem apenas a abordagem inicial a vítimas de doença súbita e trauma uma vez que o material disponível se resume a oxigénio, aspirador de secreções, DAE, mala de abordagem inicial da vítima, mala de trauma, talas de imobilização de fraturas, maca, cadeira de transporte, entre outros. Contudo, o seu trabalho não pode nem deve ser desvalorizado. Durante o dia tive várias ativações, a maior parte delas de doença súbita, onde a abordagem do Técnico de Ambulância de Emergência foi essencial para acalmar e tranquilizar a vítima. Aliás, muitas das ativações eram situações passíveis de resolução no Centro de Saúde e cujo aconselhamento foi mesmo esse. Também tive oportunidade de observar a sua atuação em vítimas com trauma e colaboração com o transporte de uma vítima assistida pela mota de emergência.

As ambulâncias SBV pelo seu número e localização conseguem chegar muito mais rapidamente aos locais de ocorrência o que permite uma avaliação inicial antecipada. O seu

papel de identificação inicial de problemas e de estabilização da vítima é de extrema importância enquanto se aguarda a chegada de meios mais especializados.

4.3 Ambulâncias SIV

Segundo o INEM (2008), “*as ambulâncias SIV constituem-se como um meio operacional do INEM que visa melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população (...) visam sobretudo uma intervenção em situações em que o tempo é um fator crucial e a distância a que se encontram os meios diferenciados de emergência médica dificulta o seu envio em tempo útil.*”

A sua equipa é constituída por um enfermeiro, a quem compete a chefia da equipa e por um Técnico de Ambulância de Emergência. A sua missão é a “*prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e as orientações da direção médica do serviço*” (INEM, 2008).

Estas ambulâncias encontram-se equipadas com material mais diferenciado (equipamento de telecomunicações – *Mobile Clinic* e telemóvel, mala médica – fármacos e fluidos de emergência e todo o material de preparação e administração, Monitor/ Desfibrilhador *Life Pack 12*[®], saco de doença súbita – material necessário para assegurar via aérea avançada, ventilador, aspirador, oxigénio, frigorífico e aquecedor de soros, saco de trauma, material de imobilização e transporte, Kit de partos, material de reserva) assim como a equipa e os cuidados prestados. O material disponível existe para adulto e criança. Os protocolos constituem a base de atuação do enfermeiro no ambiente pré-hospitalar. Estão definidos um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos e outros procedimentos específicos, objetivamente discriminados no protocolo, que exigem validação prévia pelo médico regulador no CODU. De forma a me integrar na equipa tive necessidade de conhecer, de forma ligeira, os protocolos existentes no contexto SIV assim como inteirar-me de todo o material existente na ambulância, nas malas de apoio e conhecer o funcionamento dos equipamentos (Monitor/ Desfibrilhador *Life Pack 12*[®] com alternativa para realização de eletrocardiograma de 12 derivações e posterior envio de informações por email via *Mobile Clinic*). Apercebi-me que, perante variado número de protocolos, algumas das ações não eram totalmente desconhecidas da minha prática o que se veio a manifestar como uma mais-valia durante o estágio permitindo uma postura de atividade e colaboração com o colega em questão. Protocolos como abordagem inicial da vítima, do traumatizado, alteração do estado de consciência, convulsões, dispneia, dor torácica, hemorragia, intoxicações, obstrução da via aérea, paragem cardio-respiratória no adulto, sedação e analgesia, vários traumatismos são muito semelhantes à abordagem utilizada por mim na minha prática profissional em contexto de Sala de Emergência. Mas, sem dúvida que a curiosidade da abordagem destas situações na rua era muita e ansiava muito observar a aplicação destes protocolos. Contudo, isto não era motivo para “baixar os braços” e a necessidade de aumentar conhecimentos era muita. Afinal, estava perante um contexto não controlado ao contrário do que eu frequentemente estou habituada.

No sentido de distinguir realidades diferentes e desta forma engrandecer o meu conhecimento decidi dividir o número total de horas (96 horas) em duas SIV: Vila do Conde e Ponte de Lima. A SIV de Ponte de Lima é considerada tipo A, com ativações menos diferenciadas mas em maior número, uma vez que serve uma população do interior, com instituições de saúde mais dispersas e com piores redes de comunicação. O socorro pré-hospitalar ambiciona ser o mais diferenciado possível uma vez que situações simples rapidamente descompensam e se tornar graves. Por outro lado, a SIV de Vila do Conde é tipo B, com ativações mais diferenciadas, para situações mais graves. Este é um meio que serve uma população do litoral, com mais instituições de saúde disponíveis e melhores redes de comunicação. As situações por si são mais graves e com incidentes muitos específicos devido à sua proximidade com o mar.

Ambas as situações, de doença súbita e de trauma, foram facilitadoras de aprendizagem e aquisição de conhecimentos como enfermeira especialista. Pessoalmente, as situações de trauma sempre me cativaram mais. A abordagem inicial à vítima de trauma, a sua imobilização, estabilização e transporte até à unidade de saúde são essenciais para o sucesso da ocorrência. Durante os meus turnos surgiram algumas situações que motivaram momentos de reflexão. Uma das situações foi perante um jovem, vítima de queda de bicicleta sem capacete, com projeção do hemitórax contra uma pedra que suscitou em mim curiosidade e vontade de solucionar um problema de cidadania. Algo difícil de conseguir sozinha! Mas, “pequenos gestos, grandes conquistas” e daí uma tentativa de resolução que efetuei durante o estágio.

Na minha área profissional e no meu local de trabalho são imensas as situações de trauma. Ao analisar estas situações confronto-me com acidentes de trabalho, vítimas de violência e acidentes de viação. Quando se fala em acidentes de viação relacionam-se estes com acidentes entre veículos ligeiros, de duas rodas motorizados ou atropelamentos. Contudo, também se verificam vítimas de acidentes de viação com velocípedes. Nos últimos anos tive algumas experiências no meu local de trabalho que me despertaram para este tipo de acidente, para as suas consequências e que me fizeram pensar sobre o assunto. No decorrer do estágio perante a situação já descrita anteriormente, suscitou em mim novamente a curiosidade e a vontade na tentativa de resolução.

A prática de desporto em Portugal é cada vez mais uma realidade. O ciclismo não é exceção sendo esta uma prática de todas as idades. Segundo a European Road Safety Observatory, em 2005, as fatalidades de bicicleta perfizeram um total de 4,7% de acidentes fatais na Europa dos 14. Portugal está entre estes números com um total de 48 pessoas vítimas de acidentes de viação com velocípedes, com idades entre os 0 e mais de 60 anos.

“*Tornar a vida mais segura para as crianças*” é o lema da European Child Safety Alliance que estabeleceu nove áreas de segurança relevantes para as crianças e adolescentes: passageiros, ciclomotores, peões, ciclismo, prevenção de afogamento/ segurança na água, prevenção de quedas, de queimaduras, de envenenamentos, de estrangulamentos. Perante estas áreas saliento a importância dada ao ciclismo em crianças e adolescentes sendo

Portugal examinado com pobre performance relativamente aos resultados obtidos. Uma das estratégias aconselhada pela mesma Aliança é a adoção do uso de capacete com o objetivo de reduzir o risco de lesões cranianas e cerebrais em 88%.

Um estudo realizado na área da Grande Lisboa em 2005 conclui que apenas 37% das crianças, com idades compreendidas entre os cinco e os catorze anos, usavam capacete (Cordeiro, 2009). Contudo, apenas 22% das que usavam o tinham bem colocado enquanto as restantes apresentavam irregularidades. Analisando estes dados os investigadores concluíram que é emergente incentivar a compra e o uso incondicional do capacete, alertando para a importância da sua correcta colocação e condições de segurança. Concluíram *“(...) que os pais têm um papel fundamental na educação das crianças, nomeadamente no incentivo para o uso do capacete.”*

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiros, artigo 80º, alínea b), *“o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados.”* Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011), o especialista, *“(...) baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (...) responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade.”*

Desta forma, no decorrer do estágio decidi organizar uma Campanha de Sensibilização para o uso correto de capacete em velocípedes. Esta campanha consistia na elaboração e respetiva publicação de um artigo de sensibilização em jornais das áreas de intervenção da SIV (Ponte de Lima e Vila do Conde) e área de domicílio (Barcelos), assim como a elaboração de um panfleto de sensibilização para posterior divulgação pelo INEM, através do seu site, jornal ou campanhas de sensibilização desenvolvidas pela Instituição. A publicação do artigo foi conseguida com sucesso no Jornal Alto Minho (área de intervenção da SIV de Ponte de Lima) no dia 17 de novembro e no Jornal Barcelos Popular (a minha área de residência) no dia 24 de novembro (Anexo II – 1. Artigo de sensibilização). Não foi obtida nenhuma resposta por parte do jornal da área de intervenção de Vila do Conde. Também foi elaborado e entregue no INEM um panfleto de sensibilização que seria reencaminhado para o Departamento de Comunicação e Imagem (Anexo II – 2. Panfleto de sensibilização).

Outra situação que me marcou foi a de uma vítima de acidente de viação de veículo de duas rodas com outro de quatro rodas e que durante a sua abordagem foi possível compreender toda a dinâmica da avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, a tentativa de estabilização e o transporte emergente para a unidade de saúde diferenciada. Posteriormente, através dos meios de comunicação social tive conhecimento que a vítima acidentada viria a falecer pouco tempo depois de ter chegado ao hospital, evidenciando em mim uma sensação de insucesso. Obviamente que nem sempre o sucesso é alcançado e não é a primeira vez que acontecem situações como esta no meu caminho profissional. Mas,

apesar de termos feito tudo o que estava ao nosso alcance a sensação permanece... E, mais uma vez, a vida de um jovem perdeu-se...

Mas, não são só situações de trauma que as SIV's vivenciam. A doença súbita abrange um leque variado de situações e durante o estágio presenciei algumas. Situações como dispneia, alteração do estado de consciência, crises convulsivas, síncope, lipotímias, hipoglicemias foram algumas das ativações com as quais pude colaborar. As Vias Verdes são muito importantes em contexto do pré-hospitalar e, as equipas estão muito sensibilizadas para isso. Contudo, a população desconhece esta importância e adia o pedido de ajuda. Frequentemente por não se conhecer a hora de início dos sintomas ou já se terem passado mais de 3 horas já não é possível ativar a Via Verde. Durante o estágio só tive contacto com a Via Verde AVC.

Uma das questões que desde logo coloquei foi relativamente à intervenção autónoma ou interdependente do enfermeiro neste meio. No Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, artigo 4º, refere que *“cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”* E, analisando os conceitos de autónoma e interdependente no mesmo documento posso afirmar que, a nível do pré-hospitalar, as intervenções são dos dois tipos. À primeira instância parece-nos que autonomia por parte do enfermeiro existe pouco, uma vez que segue protocolos previamente definidos por uma equipa multidisciplinar. Aliás, no Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, artigo 9º, alínea 3 *“consideram-se interdependentes as ações realizadas (...) em conjunto com outros técnicos, (...) decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares (...) e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”*, o que vem a comprovar isso. Mas, efetivamente, no terreno a enfermagem ganha terreno e confiança na equipa multidisciplinar através da aplicação do processo de enfermagem, demonstrando a sua autonomia. Segundo Garcia e Nóbrega (2009), *“o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. (...) costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem(...).”* O Processo de Enfermagem é aplicável em uma ampla variedade de ambientes (Garcia e Nóbrega, 2009) nomeadamente em ambiente pré-hospitalar através do diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação em todos os momentos de prestação de cuidados. Esta é a enfermagem autónoma que depende dos seus enfermeiros para assim o ser. A sua postura na identificação dos problemas é essencial e, no pré-hospitalar esse papel é bem desempenhado pelos nossos enfermeiros, evidenciando a enfermagem à pessoa em situação crítica.

Quando se inicia um estágio no pré-hospitalar tem-se a noção que os conceitos de controlo de infeção não são nem podem ser aplicados como num meio controlado que são as unidades hospitalares ou de cuidados de saúde primários. Mas, o pré-hospitalar não se resume

apenas à prestação direta de cuidados mas também a toda a organização prévia dos mesmos cuidados. Perante estes factos foi importante para mim compreender o funcionamento quer das SIV's, quer das VMER's relativamente a este assunto. As SIV's têm localização perto de serviços de urgência básicos, mas fisicamente em espaços físicos de Centros de Saúde. Ao contrário do que acontece nas VMER's, a limpeza e desinfeção dos equipamentos, o tratamento dos lixos e material infetado não pode ser realizado nos respetivos Centros de Saúde pois não existe nenhum protocolo por parte do INEM. Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção, maximizando a sua intervenção.¹⁵

Efetivamente nas bases das SIV's não estão definidas áreas semi- críticas e não críticas. Isto traduz-se na inexistência de uma área de sujos onde possa ser definido um circuito de lixos e onde possam efetuar a respetiva descontaminação e acondicionamento de material. Apesar de este meio do INEM estar localizado em Centros de Saúde, as equipas não têm acesso às respetivas instalações 24 horas por dia o que dificulta a definição destas áreas. Perante esta situação, os procedimentos de higienização do material semi-crítico (nomeadamente lâminas e cabos de laringoscópico, ressuscitadores manuais) têm que ser efetuado nas instalações sanitárias de uso do pessoal, colocando em risco a segurança dos doentes e dos próprios profissionais.

Outra situação que suscitou interesse foi relativamente à triagem de lixos. Efetivamente a logística disponibiliza sacos de cor branca para se efetuar o respetivo acondicionamento de resíduos sólidos (de risco biológico) para autoclavar (Grupo III). Contudo, estes sacos são muito pequenos para o tamanho do caixote do lixo o que propicia a que o lixo contaminado seja colocado fora do saco, aumentando o risco para os profissionais de saúde. Também o saco de cor preto para resíduos equiparados a lixos urbanos, para o aterro (Grupo I e II) simplesmente não existe sendo substituído por sacos de utilização doméstica comum disponibilizados pelos elementos da equipa.

Durante o estágio ainda surgiu outra situação que teve a ver com os cateteres venosos periféricos. Os cateteres utilizados não possuem proteção de “picadas” o que se torna num risco elevado para os profissionais tendo em conta o contexto de pré-hospitalar e as situações de emergência.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2008), as IACS caracterizam-se pelo *“conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários).”*

¹⁵ Regulamento nº 124/ 2011, 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Sendo o INEM o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, pode-se estabelecer uma ponte entre a prestação de cuidados de saúde pelo INEM e as IACS.

O Plano Nacional de Controlo de Infeção em 2008 preconiza “... a criação de Grupos Coordenadores Regionais de Controlo de Infeção (...) que têm por objetivo, promover de forma descentralizada as atividades de prevenção e controlo da IACS, facilitando a sua promoção e implementação aos vários níveis de cuidados: Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados.” Mas, onde surge aqui o pré-hospitalar sendo este um organismo de prestação de cuidados de saúde? Não justificaria a sua integração no Plano Nacional de Controlo de Infeção?

O conceito “life saving” não pode ser desvalorizado e “the golden hour” é imprescindível na prestação de cuidados no pré-hospitalar. Contudo, no pós- abordagem de um doente e pré abordagem de outro doente o conceito de infeção é importante mesmo no pré-hospitalar. Nesse sentido surge a importância da existência de um Manual de Boas Práticas em Prevenção e Controlo de Infeção (como definido no Plano Nacional de Controlo de Infeção em 2008) que deve incluir diversos conceitos nomeadamente os que se enquadram no pré-hospitalar (por exemplo descontaminação de equipamentos e materiais, higiene do ambiente, triagem, transporte e acondicionamento de resíduos, transporte de doentes, circuito de articulação funcional e comunicação entre as unidades de saúde).

Segundo os critérios de avaliação do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção, as estruturas (instalações e equipamentos) podem e devem ter um papel muito importante na prevenção e controlo da IACS e relacionam-se com a conceção de novas instalações, ou remodelações das já existentes, à adequação e disponibilidade de equipamentos de controlo de infeção e de proteção já existentes ou a adquirir. Também no pré-hospitalar (e respetivas bases das equipas) devem existir estruturas básicas implicadas no controlo de infeção nomeadamente adequação de sistemas de ventilação e renovação de ar, adequação de estruturas para higienização das mãos, definição de circuitos de limpos e sujos, adequação de áreas de descontaminação e acondicionamento de material e de alimentos, adequação de áreas de armazenagem de resíduos.

Aliás, a implementação de um Plano Nacional de Controlo de Infeção iria resolver algumas das questões referidas anteriormente, melhorando a qualidade da prestação de cuidados ao doente no pré-hospitalar.

No sentido de melhorar esta área foi proposto:

- Implementação, a nível organizacional, de uma Comissão de Controlo de Infeção que defina um Manual de Boas Práticas e que proporcione a aplicação de um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção;
- Implementação das “Guidelines for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008” do CDC no tratamento do material semi-crítico e não crítico;

- Aquisição de sacos de cor branca e preto de tamanho adequado aos caixotes disponíveis nas ambulâncias;
- Aquisição de material seguro e prático para os profissionais de saúde;
- Estabelecimento de um acordo com os Centros de Saúde onde estão sediadas as SIV de forma a assegurarem o tratamento do material semi-crítico e a triagem dos lixos 24 horas por dia;

Segundo indicação da enfermeira orientadora, o INEM está a tentar criar equipas no sentido de implementar grupos de trabalho sendo um dos grupos o Grupo de Controlo de Infecção.

A localização das SIV's muitas vezes não permite um seguimento dos doentes pois frequentemente são efetuados transportes para outros hospitais mais especializados não se conseguindo obter o feedback da situação clínica dos doentes. Perante esta dificuldade os profissionais sentem uma grande lacuna ainda de difícil resolução.

No decorrer dos turnos vários foram os momentos informais que surgiam e que permitiram-me compreender as necessidades formativas das equipas. A SIV de Vila do Conde possui uma equipa disponível sendo exequível a planificação de formação ministrada pelos próprios e sempre que se justifique. Contudo, na SIV de Ponte de Lima, por excesso de turnos acumulados não existe nenhuma planificação. Nesse sentido foi proposto à enfermeira responsável, a realização de uma ação de formação sobre as "Alterações do Algoritmo de Suporte Avançado de Vida 2010". Mas, o problema mantinha-se, ou seja, não iria conseguir comunicar os resultados da minha prática a uma audiência especializada. A forma de solucionar o problema foi através da realização de um poster e de um panfleto de bolso relativo ao tema que posteriormente será entregue pela Instituição a toda a equipa (Anexo III).

4.4 VMER

A VMER integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de suporte avançado de vida.¹⁶

A sua base hospitalar permite a racionalização e reposição dos stocks à responsabilidade do hospital em questão, a limpeza e desinfeção de equipamento de acordo com as normas hospitalares, tratamento dos lixos e materiais infetados tendo em conta o controlo de infeção, permite o seguimento dos doentes após o transporte ao SU e respetivo feedback da situação. A sua localização é sem dúvida uma mais-valia comparativamente à localização das SIV's.

Estas viaturas, tal como as ambulâncias SIV, encontram-se equipadas com material diferenciado disponível para adulto e criança. De forma a assumir uma postura ativa tive

¹⁶ Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro de 2011. *Diário da República N.º 211- 2.ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

necessidade de conhecer todo o material e equipamentos o que foi possível com a ajuda dos colegas e dos médicos com quem realizei turnos. Estes não eram de todo desconhecidos pois são iguais aos materiais e equipamentos das SIV's facilitando a sua utilização.

A minha escolha inicial para a realização das 60 horas orientou-se para as VMER's da minha área de residência (Barcelos, Braga e Vila Nova de Famalicão) no sentido de compreender a realidade da população que me é mais próxima. Posteriormente, decidi realizar os restantes turnos na VMER do meu hospital (Centro Hospitalar do Porto) tendo em conta que é um hospital que serve uma população mais numerosa, com características diferentes. Ao longo do estágio tive várias ativações, algumas delas de bastante interesse. Uma das situações que causa mais expectativa por quem realiza estágio no pré-hospitalar é a paragem cardio-respiratória. Durante a minha permanência em estágio também eu tive oportunidade de colaborar com a equipa médica numa destas situações. O início das manobras de SBV e posteriormente de Suporte Avançado de Vida com necessidade de entubação orotraqueal em condições não controladas e em muito pouco espaço físico é sem dúvida muito difícil de realizar. Após a estabilização do doente, surge a questão: como vamos conseguir retirar o doente daqui? Efetivamente as habitações não estão preparadas para estas situações e, as pessoas só se lembram disso perante situações de gravidade como esta. Mas, as equipas estão muito habituadas a improvisar em segurança e mais uma vez o fizeram. Mesmo com um doente inconsciente e ventilado, conseguiu-se transportar o doente de um 6º piso, pelo elevador até à ambulância em condições de segurança.

Trauma é definido pelo Dicionário em Língua Portuguesa como *“qualquer lesão ou perturbação produzida no organismo por um agente exterior acionado por uma força”* e que resulta num traumatismo. Os agentes exteriores podem ser de ordem física, mecânica e química.

Em Portugal, apesar de todas as campanhas de sensibilização, esta mantém-se como uma das causas mais importantes na origem da morbilidade e da mortalidade em Portugal, com maior incidência na população mais jovem.

Perante um estágio de pré-hospitalar, um dos objetivos a alcançar é a prestação de cuidados a vítimas de trauma. A abordagem primária e secundária à vítima de trauma, a abordagem à via aérea, a compreensão da cinemática do trauma são conceitos que se aguardam ansiosamente por aplicar. Mas, quando surge a ativação, um “nervoso miudinho” começa a surgir e a incerteza do que se pode encontrar é enorme. Acionamento para um acidente de viação em plena Via de Cintura Interna num dia de muito mau tempo. Vítima encarcerada no local.

Nestas situações é que se apercebe da importância da coordenação dos vários meios: autoridade (controlo de trânsito e assegurar segurança), bombeiros sapadores (devidamente equipados com material de encarceramento) e meios de assistência pré-hospitalar (Mota de Emergência Médica, Ambulâncias SBV, Ambulância SIV, VMER e Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência) foi rapidamente assegurado. Apesar da rápida mobilização de meios, poucos foram efetivamente necessários uma vez que existiam

apenas uma vítima encarcerada e duas vítimas ligeiras. Contudo, é de salientar a sua rápida mobilização.

À chegada ao local a confusão é muita, mas, depois de asseguradas condições de segurança o objetivo é alcançar a vítima o mais rapidamente possível. Mas, o mais rápido não foi suficiente e, à avaliação inicial verificou-se que não estavam presentes sinais vitais. Foi verificado o óbito pelo médico da VMER. Mais uma vítima mortal para a tragédia das estradas portuguesas. Mais uma família atingida pela fatalidade, pela vida perdida num segundo... Mas, e as vítimas ligeiras com estariam psicologicamente?

Através do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe), é acionada a Unidade Móvel aquando da necessidade de intervenção a vítimas deslocando-se ao local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros. A presença da psicóloga permitiu a prestação de apoio psicológico quer ao condutor do veículo pesado quer ao outro condutor.

Esta situação pela sua dimensão marcou o dia e fez-me perceber uma das realidades do pré-hospitalar: a incapacidade de nada fazer perante uma vida que foge. Apesar de toda a rápida mobilização dos meios e pessoas perdeu-se uma vida e duas ficarão marcadas para todo o sempre por uma imagem de morte. Pelo menos que o apoio psicológico contribua para a recuperação do trauma não físico e que as ajude a voltar a viver.

No decurso do meu estágio também tive oportunidade de observar a utilização de um sistema de videolaringoscopia direta denominado por *Glidescope*[®] e que foi desenvolvido para a abordagem da via aérea em condições extremas de doentes com traumatismo severo. O sistema permite uma vista clara da laringe e das cordas vocais num monitor portátil, permitindo o controlo visual do tubo orotraqueal na sua trajetória para a via aérea. Permite a abordagem da via aérea no trauma com imobilização cervical, via aérea difícil, ensino da via aérea e outros.

Apesar de se relacionar a presença de uma VMER com uma situação emergente nem sempre esta é a realidade. A origem da informação via CODU muitas vezes não é correcta e são acionados meios que realmente não são necessários, mobilizando para o local e ocupando um meio especializado sem necessidade quando uma outra situação pode efetivamente precisar. Também verifiquei que a deficiência de dados específicos da localização da ocorrência dificulta em muito a chegada rápida ao local, acarretando a perda dos meios pelas localidades.

Também neste meio a presença do enfermeiro é imprescindível. A equipa funciona em perfeita sintonia nas situações de mais stress e alcançando o principal objetivo que é a prestação de socorros a vítimas de doença súbita e trauma. A sua intervenção, autónoma e interdependente é evidenciada pelo espírito de equipa e pela qualidade dos cuidados.

Como já foi referido anteriormente, os registos de enfermagem são indispensáveis para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes do processo de cuidados. Independentemente do local de trabalho, os registos devem ocupar um lugar de importância no quotidiano do enfermeiro. Contudo, e apesar da sua importância, neste meio a enfermagem não tem qualquer papel uma vez que o médico é que efetua todos os registos. Pelo que consegui observar esta também não era propriamente uma preocupação das equipas que acabavam por desvalorizar o facto.

5. Competências Adquiridas

Silva (2001) salienta que *“a competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho.”* Efetivamente a aquisição de competências é uma operação resultante da soma de vários fatores contributivos. Um fator muito importante na aquisição de competências passa pela reflexão. A reflexão como forma especializada de pensar é citada por Alarcão (1996). Segundo a autora, *“ (...) implica uma perscrutação ativa, voluntária, persistente e rigorosa daquilo que se julga acreditar ou daquilo que habitualmente se pratica, evidencia os motivos que justificam as nossas ações ou convicções e ilumina as consequências a que elas conduzem.”* Ou seja, a reflexão é um dos elementos fundamentais no desenvolvimento de competências e, na enfermagem não é exceção.

Salientando a importância da aquisição de competências é de salientar as atividades e as estratégias implementadas ao longo deste caminho e que estiveram na base da aquisição de competências preconizadas para um enfermeiro EEMC.

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da sua formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica veio suscitar a minha curiosidade de pesquisa, aquisição e atualização de conhecimentos numa área já conhecida mas em constante atualização. A necessidade de mobilização de conhecimentos da teoria para a prática profissional e para a prática da vida foram constantes e, sem margens de dúvida, muito benéficas para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestado ao doente crítico e sua família.

O contacto com outras realidades diferentes mas muito relacionadas com a minha veio fortalecer a importância da compreensão do circuito do doente desde o início dos sintomas, no seu domicílio, passando pela assistência pré-hospitalar, até chegar à chegar ao SU. A continuidade da prestação de cuidados com qualidade é imprescindível para a recuperação eficaz dos nossos doentes e das suas famílias.

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a profissionais de saúde como ao público em geral;

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EEMC;

- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, seguindo uma perspectiva acadêmica avançada;**
- **Produzir um discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;**

Na minha opinião estes itens estão intimamente ligados e foram essenciais ao longo de todo o estágio. A EMC é uma área em constante atualização de conhecimentos, sendo frequente o recurso à pesquisa bibliográfica para a incorporação de resultados de investigação válidos. Aliás, a presença de alunos de EMC propicia “nova vida” aos serviços e novas ideias. Sem dúvida que o dia-a-dia agitado de um SU ou de uma ambulância SIV/ VMER não permite, muitas vezes, a reflexão sobre as nossas práticas e não permite o avanço de novos procedimentos baseados na evidência científica.

Porém, como definido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro EEMC *“suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área”* salientando a importância da interpretação de problemas e a sua atuação como dinamizador na resolução dos mesmos. Esta foi a minha postura perante as denominadas situações - problema encontradas quer no SU quer no pré-hospitalar que, após a devida pesquisa, foram apresentadas soluções às pessoas responsáveis recorrendo a um discurso pessoal e fundamentado sobre os problemas identificados.

Diante a observação e identificação de situações complexas foi importante aplicar o processo da tomada de decisão e que consistiu em: definir clara e sucintamente o problema; determinar estratégias alternativas; escolha da solução mais adequada; implementação da solução determinada; avaliação dos resultados. Perante estas etapas na tomada de decisão foi importante para mim proceder à identificação de problemas através do recurso a fichas pessoais que permitissem a estruturação do meu pensamento e a minha organização.

No SU a identificação de problemas manteve-se na área de controlo de infeção, salientando a importância da formação em serviço sobre a triagem de lixo assim como a importância da Prática de Injeção Segura e novas *guidelines* relativamente à prevenção de infeções associada aos cateteres intravasculares. Perante a necessidade de atualização de conhecimentos sobre o novo sistema de classificação das Úlceras de Pressão e, trabalhando em sintonia com o respetivo Grupo de Trabalho da ULSM, realizei uma formação uma formação sobre as Úlceras de Pressão no SU.

No pré-hospitalar também foram encontradas algumas situações-problema que se relacionaram com a área de controlo de infeção, nomeadamente condições de material disponibilizado e que pode colocar em risco a segurança dos profissionais. Também foi levantado um problema de cidadania perante o qual elaborei uma campanha de sensibilização para o uso de capacete em velocípedes. Todas as sugestões foram muito bem rececionadas

pela instituição. Contudo, pela própria estrutura e organização da mesma as soluções aos problemas encontrados podem ser um pouco mais demoradas.

Efetivamente todas estas atuações têm um objetivo comum: a melhoria da prestação de cuidados à pessoa doente, como uma totalidade única, inserida numa família, atendendo aos princípios éticos da tomada de decisão (beneficência, justiça, não maleficência e autonomia).

Perante estes procedimentos posso afirmar que foram adquiridas competências de desenvolvimento de uma prática profissional e ética, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais na área de EMC. A praxis clínica especializada é baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento permitindo o desenvolvimento de competências a nível do domínio das aprendizagens profissionais.

- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas;

- Formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

- Identificar as necessidades formativas na área de EEMC;

- Promover a formação em serviço na área de EEMC.

O enfermeiro especialista *“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”*¹⁷. Nesse sentido e após a análise das necessidades formativas nos dois contextos de estágio foi possível colaborar no desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros. Os momentos informais são cruciais para o despertar de questões e de dúvidas mas, a formação em serviço é um momento formal que propicia quer ao formador quer aos formandos a transmissão e atualização de conhecimentos numa área específica, neste caso a área de EMC.

Durante o estágio no SU, após conhecimento do plano de formação juntamente com o enfermeiro chefe e a enfermeira responsável pela formação, foi possível concluir que as Úlceras de Pressão eram um tema atual, pertinente e ajustada à realidade do SU. Desta forma, em parceria com a minha colega de estágio, foi possível preparar dois momentos de formação cuja informação encontra-se disponível no Anexo I – Úlceras de Pressão: Uma abordagem no SU. Para além de toda a abordagem teórica sobre o tema, foi avaliada a eficácia da formação através do preenchimento de uma ficha diagnóstica e de aquisição de conhecimentos que foi aplicada em dois momentos: antes e após a formação, e uma ficha de avaliação referente à pertinência da formação. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente, apresentados e

¹⁷ Regulamento nº 124/ 2011, 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Anexo IV D 2.1

discutidos no mesmo trabalho. No final da formação foi elaborado um panfleto informativo sobre as Úlceras de Pressão que foi distribuído pelos colegas.

No pré-hospitalar, a análise de necessidades formativas é uma missão muito difícil. A realização de estágio em VMER e SIV propicia ao conhecimento de várias bases e de várias equipas. Assim, como o maior número de horas de estágio era desenvolvido em ambulâncias SIV decidi incidir a minha análise de necessidades neste meio. Em Vila do Conde, perante uma equipa mais disponível existe a planificação da formação que é efetuada pelos próprios e sempre que necessário. Contudo, na SIV de Ponte de Lima, por excesso de turnos acumulados não existe nenhuma planificação. Nesse sentido foi proposto à enfermeira responsável, a realização de uma ação de formação sobre as “Alterações do Algoritmo de Suporte Avançado de Vida 2010”. Mas, o problema mantinha-se, ou seja, não iria conseguir comunicar os resultados da minha prática a uma audiência especializada. A forma de solucionar o problema foi através da realização de um poster e de um panfleto de bolso relativo ao tema que posteriormente será entregue pela Instituição a toda a equipa (Anexo III).

- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família especialmente na área de EEMC;**
- **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionado com o cliente e família, especialmente na área de EEMC;**
- **Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e sua cultura;**

Perante o Código Deontológico, o enfermeiro especialista tem o dever de conhecer a comunidade em que está inserido, as suas necessidades, participando ativamente na orientação de soluções para os problemas de saúde detetados. Através da aplicação eficaz do processo de enfermagem, o enfermeiro percebe os meios disponíveis na instituição e na área, adotando uma relação terapêutica com o doente/ família, mediante o recurso a técnicas comunicacionais.

No caso do SU do Hospital Pedro Hispano, perante a área geográfica de Matosinhos mas também a área de Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, este é um SU que assiste uma população muito característica, muito próxima do mar mas, ao mesmo tempo, muito citadina. A existência de Estabelecimentos de Serviços Prisionais no concelho implica a presença frequente de reclusos e guardas prisionais.

Especificamente no pré-hospitalar, as VMER's pela sua localização em hospitais e pelo seu conceito de abordagem de emergência evidenciam situações muito específicas. As SIV's, consoante a área geográfica apresentam situações mais ou menos diferenciadas. Aliás, a própria classificação da SIV em A ou B permite fazer esta distinção. A população de Ponte de Lima é uma população mais envelhecida, rural, com necessidades específicas. Por outro lado, a população de Vila de Conde é uma população mais jovem, de zona urbana e onde o trauma surge com mais frequência.

Diante destas realidades é imprescindível ao enfermeiro especialista adequar a sua postura e a sua prestação de cuidados ao cliente e à família. A comunicação foi uma das minhas preocupações em contexto de urgência pela importância que assume nas necessidades básicas do doente (Alligood, 2002) justificando a minha reflexão sobre o assunto. Em contexto pré-hospitalar pela proximidade com a vítima e com a família já não senti tanto esta dificuldade. Contudo, pela importância que assume é indispensável a potencialização do relacionamento com o doente/ família, de forma terapêutica respeitando as suas crenças e cultura.

Desta forma foram alcançadas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assim como competências do âmbito comunicacional numa relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar.

O trabalho de equipa é referenciado como uma modalidade de trabalho coletivo que se evidencia pela relação recíproca entre várias intervenções técnicas e a interacção de pessoas de diferentes áreas profissionais (Peduzzi, 2001).

O enfermeiro, como profissional de saúde dotado de qualificações, realiza ações em conjunto com outros técnicos, de forma a atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pela equipa (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1998). Para alcançar os objetivos comuns é essencial a capacidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar independentemente dos conflitos que possam surgir no decorrer das ações.

A equipa de enfermagem do SU do Hospital Pedro Hispano é muito alargada e a sua divisão em subequipas favoreceu a minha integração numa delas permitindo a minha participação ativa na prestação de cuidados ao doente em situação urgente e fomentando o trabalho de equipa. Após algum tempo já era reconhecida pelos restantes elementos (equipa médica e de assistentes operacionais) como membro da equipa, ficando patente a minha integração na equipa e na dinâmica do serviço.

Em contexto pré hospitalar, tive oportunidade de contactar com várias equipas multidisciplinares. Contudo, neste âmbito as equipas resumem-se a dois elementos: médico e enfermeiro ou enfermeiro e Técnico de Ambulância de Emergência. Perante o número tão limitado de elementos é essencial a existência de um bom ambiente propiciando uma adequada prestação de cuidados. A integração nas equipas e boa receptividade por todos foi essencial para um bom desempenho e uma adequada capacidade de trabalho nas demais situações.

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente à pessoa, segundo uma perspectiva profissional avançada;

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC.

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

A pessoa em situação crítica que caracteriza a EMC, é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.¹⁸ Logo, perante um estágio na área de EEMC é usual surgirem situações complexas e imprevistas que justificam a aplicação adequada do processo de tomada de decisão.

A identificação rápida de situações imprevistas e complexas na abordagem ao doente crítico, a sua análise, identificação, escolha e implementação da melhor estratégia e a avaliação de resultados é essencial no desenvolvimento de uma metodologia eficaz na prestação de cuidados. Em situações de stress, o tempo urge e é fundamental manter a calma e organizar o pensamento de forma a conseguirmos alcançar os nossos objetivos.

As duas áreas de estágio adequam-se perfeitamente a estes passos a nível da tomada de decisão em ambiente urgente e emergente. A importância da gestão de prioridades relativamente aos cuidados prestados é imprescindível e pode mesmo significar o preservar de uma vida em risco.

O contexto de trabalho em Cuidados Intensivos já permite que eu desenvolva algumas destas competências. Contudo, são situações em ambiente controlado e com acesso a toda a tecnologia e meios complementares de diagnóstico, um local de segurança. No SU senti esta “proteção”, esta segurança embora não se descure a importância do assunto. Contudo, no pré hospitalar é de extrema importância o aperfeiçoamento destas competências de forma a assegurar a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, sem nunca esquecer o desenvolvimento de uma prática profissional e ética na sua área de intervenção.

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

- Refletir na e sobre a prática de forma crítica;

- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de EEMC.

“Parar” nunca foi palavra com que me identificasse. E esta é a minha motivação desde sempre. A necessidade de saber mais é uma das características que se salienta em mim. Por isso, percorrer este caminho de prática clínica já é por si só uma forma de manter, contínua e autonomamente, o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

A observação é outra das minhas características que, ao longo do estágio foi muito importante. Através dela consegui definir as temáticas que me suscitavam mais interesse e dessa forma efetuar pesquisa bibliográfica no sentido de responder às minhas dúvidas. Para ilustrar isso foram elaboradas fichas de leitura em cada um dos portefólios onde, se

¹⁸ Regulamento nº 124/ 2011, 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

mencionava as últimas atualizações em termos de avanços e investigações. De realçar a importância de desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade e a apreensão da elevada consciência de si como pessoa e profissional.

Todas as oportunidades de novas aprendizagens foram garantidas não só em termos de prestação de cuidados mas também em todas as ações de formação disponibilizadas pelas instituições.

O desenvolvimento de conhecimentos na área de EMC, nomeadamente nos processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica, assim como controlo de infeção e outros, foi essencial e revelou-se através da eficaz prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica. A elaboração de reflexões sobre as práticas quotidianas foram contínuas e são a tradução escrita de todo um caminho. O resultado traduz-se no desenvolvimento de uma atitude crítica e reflexiva sobre a prática, suportando esta na investigação e no conhecimento na área de EMC

- Zelar pelos cuidados prestados na área da EEMC;

O exercício autónomo do enfermeiro é orientado pela tomada de decisão abordada de uma forma sistemática. Assim foi a minha postura perante as decisões que subsidiaram a minha prática durante todo o estágio.

O recurso à pesquisa bibliográfica recente e a contínua atitude crítica e reflexiva privilegiou o processo de tomada de decisão constituindo uma base estrutural importante para a melhoria assídua da qualidade do exercício profissional. O respeito pelos princípios humanos, pelos valores, costumes, religiões e por todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de enfermagem, mais concretamente a EEMC.

Adotando uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos, e em complementaridade funcional com os demais profissionais de saúde foi possível realçar o exercício profissional dos enfermeiros EEMC. A aquisição de competências do âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais evidenciaram a aquisição de competências mais específicas no âmbito da enfermagem à pessoa em situação crítica e que caracteriza a EMC.

- Realizar a gestão de cuidados na área de EEMC.

Esta era uma das áreas que suscitava em mim curiosidade na perspetiva de organização, de gestão não só de materiais mas também de recursos humanos e recursos de informação. No SU do Hospital Pedro Hispano existiram remodelações a nível de organigrama recentemente, estando o enfermeiro chefe a assumir as suas funções à relativamente pouco tempo. Perante esta dificuldade, mais sentida por ele do que por mim, pude observar e colaborar com o enfermeiro chefe na gestão de cuidados de enfermagem e sua supervisão, na gestão de recursos humanos (colaborando na atualização do horário), na gestão de recursos materiais (observando e colaborando nos pedidos de material e na resolução de outras

situações relacionadas com estes) e no recurso de informação (preocupação com os registos de enfermagem no HCIS e no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

A gestão no pré-hospitalar torna-se um pouco mais complicado porque os serviços estão centralizados na delegação no Porto. Contudo, cada base de VMER e SIV tem um responsável pela equipa que coordena os recursos humanos. Como já foi referido anteriormente, os recursos materiais na VMER são da responsabilidade do hospital em está alocada, ao passo que nas SIV's é necessário efetuar o pedido de material através do *Mobile Clinic*. Contudo, o sistema ainda possui bastantes limitações o que provoca a rutura de stocks e a aplicação de muito tempo nos registos.

De uma forma geral foi possível a aquisição de competências no domínio da gestão de cuidados e da melhoria da qualidade dos mesmos a nível institucional, através da observação dos responsáveis pelas equipas em questão.

- **Colaborar na integração de novos profissionais;**
- **Liderar equipas de prestação de cuidados na área de EEMC;**
- **Exercer supervisão o exercício profissional na área de EEMC;**
- **Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC;**

Não foram possíveis de realizar por falta de oportunidade nos locais de estágio.

6. Conclusão

A conclusão de algo é o culminar de um conjunto de experiências e de momentos marcantes, mais ou menos positivos, que proporcionam aprendizagens. A conclusão deste curso não é exceção e, a realização deste relatório assim o demonstra. Corresponde ao culminar de um período de novas aprendizagens repleto de experiências pessoais e profissionais que foram marcantes nesta fase da minha vida e que permitiram a aquisição de novas competências e atitudes.

Desde o início foi meu propósito que este relatório fosse o espelho de todas as minhas vivências, reflexões e conclusões de um caminho a seguido durante os dois estágios realizados. Contudo, tenho plena noção que, por vezes, não é possível ser-se suficientemente objetiva para transmitir com clareza tudo o que senti, vivi e refleti. Mesmo assim, penso ter demonstrado o desenvolvimento de competências, devidamente refletidas e sistematizadas.

A minha postura na vida é de aproveitar todas as oportunidades pois todas nos trazem vivências essenciais para o nosso crescimento como pessoa. Na minha vida profissional esta é a postura que eu adequo sempre. Sem dúvida que o contacto com outras realidades diferentes me traria novos conhecimentos e novas aprendizagens que me podiam ajudar a crescer como profissional. A frequência neste curso foi mais uma prova disso e o seu auge foi atingido com a realização de dois estágios em contextos desconhecidos por mim.

A minha experiência em SU era parca e as expectativas existiam. A localização e características específicas do serviço obrigaram-me a uma maior pesquisa bibliográfica e a um maior investimento para cumprir os objetivos inicialmente delineados. A comunicação ou, a falta de comunicação foi algo que despertou em mim muita curiosidade e foi alvo de reflexão no sentido de encontrar respostas. Efetivamente, a azáfama de um SU não proporciona à comunicação que eu estou familiarizada mas, todos os momentos são de relação de ajuda desde que haja interação com o utente. Apesar de ser um serviço despersonalizante, os cuidados de enfermagem, por muito curtos que sejam, podem e devem ser momentos de comunicação e de relação de ajuda.

O estágio no pré hospitalar era algo que eu há muito ansiava e veio de encontro às minhas expectativas iniciais. O vivenciar de experiências *in situ*, o agir em contexto de emergência em condições inadequadas, o cuidar, em tempo útil e de forma holística, da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica são, sem margens de dúvidas, momentos ímpares que se traduziram na aquisição de competências. A distribuição das horas pelos meios disponíveis foi adequada e permitiu o vivenciar de experiências e a análise reflexiva das mesmas em vários momentos.

As dificuldades sentidas foram várias mas ajudaram-me a crescer e a ganhar forças para continuar. A gestão de horários do meu local de trabalho com as horas a realizar no local de estágio, a gestão da minha vida pessoal, a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica e de atualizar conhecimentos foram difíceis. Contudo, olhando para trás posso afirmar que “um caminho sem pedras é muito fácil de percorrer mas difícil de apreender”. Todas as dificuldades

sentidas revelaram-se fonte de forças para o caminho que ainda me faltava percorrer. E, apesar de todas as dificuldades consegui chegar ao fim.

A procura pelo saber mais, o desenvolver do conhecimento que subsidia a minha prática, o discutir e partilhar ideias/ conhecimentos com outros renasceu em mim e manifestou-se muito produtivo. O desenvolvimento de um espírito crítico reflexivo revelou-se imprescindível e proporcionou o meu crescimento como enfermeira e como pessoa. O contacto com a pessoa/família no seu dia-a-dia que por algum motivo é interrompido, a vivência com a pessoa/família que enfrenta a doença crítica são momentos marcantes. Cada um com a sua vivência, a sua mágoa, a sua dor. Acompanhar a pessoa/família desde o pré hospitalar até ao SU numa perspectiva diferente, nomeadamente antes de acontecimentos que motivam o internamento numa unidade de cuidados intensivos, contribuiu para a minha prática profissional, na medida em que agora estou mais consciente para os seus sentimentos vividos. Perante este conhecimento poderei melhorar a relação de ajuda e a comunicação com estas pessoas, realçando o meu contributo como enfermeira EMC e o meu crescimento como pessoa.

Todas as situações, todos os momentos vividos foram fonte de conhecimento e de crescimento. Todos os que cruzaram o meu caminho, de certa forma, foram marcantes e partilharam as suas experiências, conhecimentos, dificuldades. Todos foram contributo para o alcance dos meus objetivos, mas, apesar de tudo, *“a sabedoria não se transmite, é preciso que nós a descubramos fazendo uma caminhada que ninguém pode fazer em nosso lugar e que ninguém nos pode evitar, porque a sabedoria é uma maneira de ver as coisas.”*

Marcel Proust (1871 – 1922)

7. Bibliografia

- ✓ ALARCÃO, I. (org.) (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- ✓ ALARCÃO, I. e TAVARES, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Edição, Edições Almedina. Coimbra.
- ✓ ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*, 5ªed. Lusociência: Loures.
- ✓ BAPTISTA, I. M. S. (2008). *112- A estrela da vida como se planeia a intervenção da emergência médica pré-hospitalar em Portugal?* Tese de Mestrado em Sociologia e Planeamento. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- ✓ BARBIER, J. (1993). *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto Editora. Porto, pp. 52-57.
- ✓ BERNARDINO, D. (2003). O Enfermeiro da urgência: perfil... *Enfermagem*. **31/ 32**: 5 – 9.
- ✓ CABRAL, A., GALVÃO, P. (1999) O enfermeiro e a triagem telefónica. *Sinais Vitais*. **26**: 48- 50.
- ✓ CARVALHO, A. L. (2004). *Avaliação da aprendizagem no curso de Licenciatura em Enfermagem*. Instituto Piaget. Lisboa, pp. 21.
- ✓ CATITA, P., VAZ, C. (2000). Cuidar no serviço de urgência. *Nursing*.**148**: 14- 17.
- ✓ Centro de Estudos e Investigação em Saúde. (2011). *A sua opinião sobre o Serviço de Urgência – Hospital Pedro Hispano – A Voz dos Doentes*. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. (2006). *Dotações Seguras, Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Ação*. ICN: Genebra.
- ✓ CORDEIRO, A. C., RAPOSO, A. S. e SILVEIRA, A. M. (2002) Triagem nos Serviços de Urgência Geral. *Nursing Investigação*. **163**: 12- 16.
- ✓ CORDEIRO, M.; LOPES, F.; MARTINS, R.; PARREIRA, L.; RAMIRO, S.; VALADARES, J. (2009). O uso do capacete em crianças que andam de bicicleta da Área da Grande Lisboa. *Acta Pediátrica Portuguesa*. **40**: 105 – 110.
- ✓ Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril com alterações introduzidas pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;
- ✓ Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de agosto. *Diário da República nº 155 - 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ Decreto-Lei nº 167/2003, de 29 de julho. *Diário da República Nº 173 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

- ✓ Decreto-Lei nº 234/81, de 3 de agosto. *Diário da República Nº 176 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março. *Diário da República nº 60 – 1ª Série A*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- ✓ Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro. *Diário da República N.º 211- 2.ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ Despacho nº 18459/ 2006, de 30 de julho. *Diário da República nº 176 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ FORSGREN, S., CARLSTROM, E. D. e FORSMAN, B. (2009) Working with Manchester Triage – Job satisfaction in nursing. *International Emergency Nursing*. **17**: 226 – 232.
- ✓ GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery. Revista Enfermagem*. **13**: 188-193.
- ✓ GONÇALVES, I. e SERRANO, T. (2005). “Desenvolvimento de Competências na Formação de enfermeiros – O uso do “portfolio” na formação complementar em contexto de prática”. Em: I. Sá- Chaves (eds.), *Os “portfolios” reflexivos (também) trazem gente dentro – Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos*. Porto Editora. Porto.
- ✓ Lei n.º 7/ 2009, de 12 de fevereiro. *Diário da República n.º30 – 1ª Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- ✓ Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde (2009). *Unidades Locais de Saúde – Modalidades de pagamento*. Lisboa.
- ✓ Ministério da Saúde. (2008). *INEM – Manual de Ambulâncias SIV*.
- ✓ Ministério da Saúde. (2011). *INEM – Manual de Suporte Avançado de Vida*.
- ✓ Ministério da Saúde. (2011). *INEM - Relatório de 1 Ano de Gestão*.
- ✓ Ministério da Saúde. (2007). *Recomendações para as precauções de isolamento – Precauções Básicas e Dependentes das Vias de Transmissão*.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®*.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer “Plano Estratégico de Recursos Humanos de Emergência Pré-hospitalar*.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer Conselho Jurisdicional 2/ 2008: Mobilidade Interna e Sistema de Registos Informatizados e sua Validação*.
- ✓ Parecer AM 05/2005, de 05 de Outubro. Secretaria de Estado Adjunto da Saúde. Lisboa.
- ✓ PEDUZZI, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. **35**: 103 – 109.
- ✓ PEREIRA, N. D. G. G. (2008). *Comunicação de Enfermeiro/ Utente num Serviço de Urgência*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.

- ✓ Regulamento nº 124/2011, 18 de fevereiro. *Diário da República nº 35 - 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ SHEEHY, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. 4ª Edição, Lusociência. Loures.
- ✓ SILVA, D. M., SILVA, E. M. V. B.. O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 Anos*.
- ✓ Universidade Católica Portuguesa – *Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral*.

Bibliografia eletrónica

- ✓ Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2011). *Sinistralidade Rodoviária Ano 2010*. Observatório de Segurança Rodoviária. [online] [consultado a 27/10/2011]. Disponível em: <http://www.ansr.pt/LinkClick.aspx?fileticket=NjkEYZKYDto%3d&tabid=315&mid=981&language=pt-PT>.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2001). Direção de Serviços de Planeamento. *Rede de Referenciação Hospitalar de urgência/ emergência*. Direção Geral da Saúde. Lisboa. [online]. [consultado a 7/06/2011]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2001). Direção de Serviços de Planeamento. *Rede de Referenciação Hospitalar de urgência/ emergência*. Direção Geral da Saúde. Lisboa. [online]. [consultado a 7/06/2011]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização*. Direção Geral da Saúde. Lisboa. [online]. [consultado a 5/11/2011]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>.
- ✓ European Child Safety Alliance (2007). *Traffic safety basics facts 2007 – bicycles*. European Road Safety Observatory. [online] [consultado a 28/10/2011]. Disponível em: <http://www.childsafetyeurope.org>.
- ✓ <http://www.deco.proteste.pt/desporto/pedalar-semre-com-capacete-s488441.htm> [consultado a 27/10/2011];
- ✓ <http://www.infopedia.pt/pesquisa>. [consultado a 01/02/2012].
- ✓ MACEDO, A. (2003). **Os Estágios dos Estudantes de Enfermagem enquanto atividade formativa em contexto hospitalar**. Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação. [online]. [consultado a 28/03/2011]. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf.

- ✓ Ministério da Saúde. (2007). *O Serviço de Urgência: recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Hospitais SA. Lisboa. [online] [consultado a 10/05/2011]. Disponível em: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf
- ✓ Ministério da Saúde. (2007). *Documento orientador sobre vias verdes do enfarte agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral*. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Lisboa. [online]. [consultado a 27/05/2011]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-2.pdf>;
- ✓ O'GRADY [et al]. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. CDC. [online] [consultado a 20/06/2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- ✓ RUTALA, W. A. [et al]. (2008). *Guidelines for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. CDC. [online] [consultado a 5/11/2011]. Disponível em: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf;
- ✓ SIEGEL [et al]. (2007). *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. CDC. [online] [consultado a 20/06/2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- ✓ SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. (2008). *Guia para o transporte de doentes críticos* [online]. [acedido a: 25/06/2011]. Disponível em: www.spci.pt
- ✓ World Health Organization. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> [data da visita: 14/02/2012]
- ✓ www.inem.pt [consultado a 15/10/2011 e 25/11/2011].
- ✓ www.ulsm.pt consultado a 12/05/2011 e 14/06/2011.

8. ANEXOS

Anexo I

Úlceras de Pressão: Uma Abordagem no SU



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ÚLCERAS DE PRESSÃO UMA ABORDAGEM NO SU



Alunas:

Ana Vera Alves

Cátia Santos

Sob orientação de: Prof. Amélia Ferreira

Porto, Junho de 2011

SIGLAS

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

HPH- Hospital Pedro Hispano

NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

SNG – Sonda nasogástrica

SU- Serviço de Urgência

UP- Úlceras de Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1- CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO	7
1.1 - Classificação segundo a NPUAP/ EPUAP	7
1.2- Categorias adicionais para os EUA.....	9
1.3- Graus Inversos.....	9
1.4- Avaliação da pele.....	10
1.5- Localização	11
2- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	12
2.1 - Causas	12
2.2 – Localização	13
2.3 – Forma	13
2.4 – Profundidade	13
2.5 – Necrose.....	14
2.6 – Bordos.....	14
2.7 – Coloração.....	14
2.8 - Características do doente.....	14
3- RESULTADOS.....	16
4- CONCLUSÃO	18
5- BIBLIOGRAFIA	19
ANEXOS.....	20
Anexo A – Ficha Diagnóstica e de Aquisição de Conhecimentos	
Anexo B – Ficha de Avaliação	
Anexo C – Planificação da Sessão	
Anexo D – Apresentação em Powerpoint	
Anexo E – Panfleto Informativo	

ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1 – UP Categoria I

Figura 2 – UP Categoria II

Figura 3 - UP Categoria III

Figura 4 – UP Categoria IV

Figura 5 - Eritema Branqueável

Figura 6 - Localização das proeminências ósseas

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-Comparação dos resultados dos testes de avaliação de conhecimentos

Gráfico 2 – Resultados da Avaliação da Acção de Formação

0- INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no desenvolvimento do Módulo de Estágio I – SU, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, a ser desenvolvido no SU do HPH entre 27/04/2011 e 25/06/2011.

A temática desta formação é “Úlceras de Pressão: Uma Abordagem no SU”, sua classificação e diagnóstico diferencial.

Úlcera de pressão, segundo a NPUAP/ EPUAP (2009), é definida como “uma lesão localizada da pele e/ ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão de uma combinação entre esta e forças de torção.”

Segundo Paranhos (2003), as UP têm sido “... um problema para os serviços de saúde, especialmente para as equipas de enfermagem e multidisciplinares, como um todo, pela incidência, prevalência e particularidades de tratamento, prolongando o internamento e a morbilidade dos pacientes”, sendo este um dos motivos para a escolha da temática.

Actualmente e apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras de pressão mantém-se elevada, especialmente nos doentes hospitalizados. Segundo Rocha (2006), “... estas úlceras são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, afectando a qualidade de vida de um doente e de seus cuidadores, e constituindo uma insustentável sobrecarga económica para os serviços de saúde”.

Perante a importância do tema, a NPUAP e EPUAP desenvolveram uma definição e um sistema internacional comum para as úlceras de pressão. Ao longo dos últimos anos, os membros das duas organizações sempre tiveram muitas dúvidas acerca das muitas semelhanças existentes entre a classificação das UP por graus ou estadios. As classificações por graus ou estadios implicam uma progressão de I ao III ou IV, quando não é isso que sempre se verifica. “Categoria” foi sugerido como termo neutro para substituir “estadio” ou “grau”.

Outro dos factos que teve peso na escolha desta temática foi o facto de as UP trazerem quase sempre, segundo Mota (2010), “... associados preconceitos como o dos “Maus cuidados” quer por parte dos profissionais de enfermagem, quer por parte dos prestadores de cuidados. Sendo a prevenção das UP uma área altamente sensível aos cuidados de enfermagem, esta deve, por isso, investir as suas capacidades, conhecimento e empenho nesta vertente”.

Mota (2010) refere que os “... cuidados à pessoa em risco de desenvolver UP, ou que já tenham instalado este quadro, deve ter em consideração que a avaliação da pessoa deve ser global ou seja, deve ser vista como um todo.”

A prevenção das UP exige a intervenção de uma equipa multiprofissional que faz uma avaliação de todas as dimensões da pessoa que foi diagnosticada como estando em risco moderado ou elevado de desenvolver UP. A ULSM reconhece esta necessidade de intervenção de tal forma que existe um grupo de trabalho destinado exclusivamente às UP. Perante a importância do tema foi efectuado contacto com os elementos deste grupo no sentido de orientar o trabalho segundo as normas recomendadas pela instituição.

No seguimento da escolha da temática em causa, esta formação tem como objectivo geral actualizar conhecimentos sobre as úlceras de pressão, definindo-se como objectivos específicos:

- Conhecer a classificação das UP pelas novas guidelines da EPUAP;
- Identificar a necessidade de uma correcta classificação das úlceras de pressão;
- Efectuar um correcto diagnóstico diferencial na avaliação das úlceras de pressão.

De forma global, o trabalho foi elaborado recorrendo ao método descritivo. Optou-se por fazer uma nota introdutória relativamente à justificação da escolha do tema e seus objectivos, seguindo-se uma abordagem teórica aos conteúdos pretendidos e que serão abordados na formação.

Para avaliação da eficácia desta formação nos enfermeiros do SU do HPH, foi elaborada uma ficha diagnóstica e de aquisição de conhecimentos (Anexo A), que irá ser aplicada em dois momentos diferentes: antes da formação e após a formação. Estes dados irão ser posteriormente tratados estatisticamente e apresentados e discutidos no capítulo “Resultados”, deste trabalho. Também irá ser elaborada uma ficha de avaliação referente à pertinência desta formação (Anexo B).

Esta formação irá ser apresentada após as passagens de turno, de forma informal, aos colegas e terá a duração máxima de 20 minutos (Anexo C – Planeamento da Sessão). Para esta apresentação foi construída uma apresentação em PowerPoint (Anexo D), bem como um panfleto informativo sobre UP (Anexo E) que irá ser distribuído aos colegas.

Para a elaboração deste trabalho foi feita pesquisa bibliográfica e recorreu-se também ao uso de browsers de pesquisa na internet fidedignos.

I- CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

No sentido de uniformizar um sistema de classificação das UP, a NPUAP e EPUAP acordaram 4 níveis de lesão, reconhecendo que os termos *inclassificável* e *lesão no tecido profundo* são geralmente classificadas por IV na Europa, a NPUAP concordou separá-la no texto das *guidelines* propostas em 2009. Esta diferença deverá ser tida em conta quando se cruzarem dados entre países.

I.1 - Classificação segundo a NPUAP/ EPUAP

✓ **Categoria I: Eritema não branqueável**

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.



Figura 1 – UP Categoria I

✓ **Categoria II: Perda parcial da espessura da pele**

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se com flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou serohemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.



Figura 2 – UP Categoria II

✓ **Categoria III: Perda total da espessura da pele**

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma UP varia com a localização anatômica. Por exemplo, uma UP III na asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos pode ser superficial pois estas zonas não têm tecido subcutâneo (adiposo). Em contrapartida, em zonas com tecidos adiposo abundante podem desenvolver-se UP III extremamente profundas, no entanto o osso/ tendão não são visíveis ou directamente palpáveis.



Figura 3 - UP Categoria III

✓ **Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos**

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma UP IV varia com a localização anatômica. Por exemplo, uma UP IV na asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos podem ser superficiais pois estas zonas não têm tecido subcutâneo (adiposo). No entanto, existem osso/ músculo exposto visível ou directamente palpável.



Figura 4 - UP Categoria IV

1.2- Categorias adicionais para os EUA

✓ Inclassificáveis/ não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos – profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade actual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico e/ ou escara no leito da ferida. Até que seja removido o tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; é no entanto uma úlcera de categoria III ou IV. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.

✓ Suspeita de lesão nos tecidos profundos

Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, húmido, quente ou frio comparativamente ao tecido subjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado.

1.3- Graus Inversos

A classificação das úlceras de pressão por graus é útil somente para definir a máxima profundidade de tecido envolvido. No entanto, as definições de úlceras de pressão por graus parecem ser utilizadas erradamente no sentido inverso, por exemplo para descrever os progressos numa úlcera.

Ao utilizar os sistemas de graus de úlceras de pressão para descrever a cicatrização implica assumir que as úlceras de pressão com destruição total da pele cicatrizam por reposição das mesmas camadas estruturais de tecido corporal perdido. Os estudos clínicos indicam que à medida que as úlceras de pressão de grau 4 cicatrizam para profundidades progressivamente mais superficiais, estas não repõe o músculo, a gordura subcutânea e a derme antes de repitelizarem. Uma úlcera de pressão de grau 4 não pode progredir para um grau 3, grau 2 e conseqüentemente para uma úlcera de grau 1. A classificação inversa por graus nunca deve ser utilizada para descrever a cicatrização de uma úlcera de pressão.

Os sistemas de classificação de úlceras de pressão por graus devem apenas ser utilizados para registar a profundidade máxima anatómica de tecido envolvido na úlcera, após ter sido removido o tecido necrosado. A cicatrização das úlceras de pressão deve ser documentada com parâmetros objectivos tais como: tamanho, profundidade, quantidade de tecido necrosado, quantidade de exsudado, presença de tecido de granulação, etc..

1.4- Avaliação da pele

As guidelines da EPUAP em 2009 recomendam que, em cada instituição de saúde deverá vigorar uma política que inclua as recomendações para uma abordagem estruturada à avaliação da pele assim como, deverá também possuir recomendações claras para a documentação da avaliação da pele e sua comunicação a toda a equipa de saúde.

A pele deve ser vigiada quanto a danos causados por pressão (por dispositivos médicos ou pelo próprio corpo sobre áreas vulneráveis) ou torção e/ ou combinação destes.

Uma correcta avaliação da pele permitirá classificar adequadamente o tipo de lesão. Um eritema (rubor) indica que o organismo ainda não recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas. Assim, é importante distinguir entre dois tipos de eritemas:

- ✓ **Eritema branqueável:** Área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicada pressão com a extremidade do dedo. O eritema branqueável num local sobre pressão é habitualmente devida a uma resposta hiperémica reactiva normal;



Figura 5 - Eritema Branqueável

- ✓ **Eritema não-branqueável (categoria I):** Uma úlcera de pressão de categoria I é uma alteração relacionada com a pressão observável em pele intacta, cujos indicadores são comparados com a área adjacente ou oposta no corpo. Pode incluir alterações em um ou mais dos seguintes parâmetros:
 - Temperatura da pele (aumento do calor ou arrefecimento);
 - Consistência do tecido (rijo ou mole);

- Sensibilidade (dor, prurido).

A úlcera aparece como uma área definida de vermelhidão persistente em pele ligeiramente pigmentada. Em peles com tonalidades escuras, a úlcera pode apresentar-se com variações de coloração vermelha, azul ou púrpura.

Para se verificar se é um eritema branqueável ou não branqueável existem dois métodos muito simples e económicos que são, o **“Método de pressão do dedo”**, ou o **“Método do Disco Transparente”**. Tanto um método como o outro, consistem na aplicação de pressão ligeira com o dedo ou o disco sobre a área avermelhada. Se após a pressão branquear, então a circulação manteve-se intacta, logo não existe sinal de dano tecidual.

Pode ser difícil distinguir o eritema branqueável do não branqueável, particularmente se o tempo de enchimento vascular é curto. Se a pressão aplicada é muito leve então não irá ocorrer nenhum branqueamento. Contudo, se é aplicada demasiada pressão existe a possibilidade de causar dano acrescido.

1.5- Localização

As úlceras de pressão localizam-se sobre proeminências ósseas.

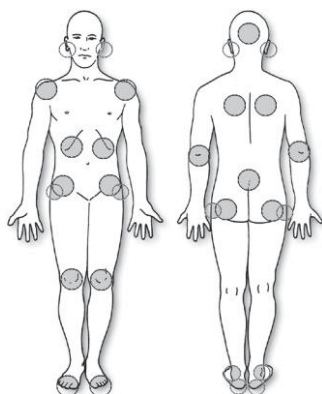


Figura 6 - Localização das proeminências ósseas

2- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As lesões por humidade são frequentemente confundidas com úlceras de pressão. As lesões por humidade são lesões cutâneas e não são causadas por pressão e/ou forças de deslizamento. É importante distinguir uma úlcera de pressão de uma lesão por incontinência.

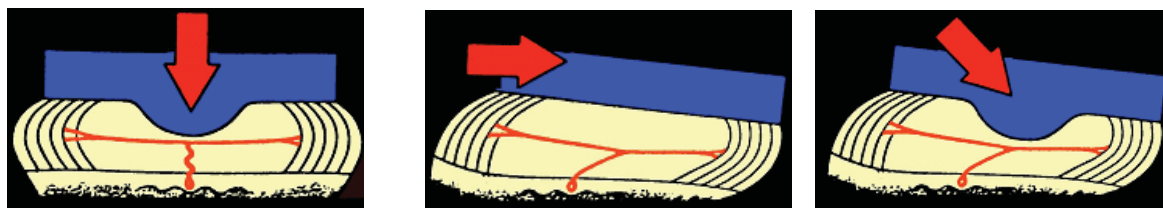
Para se realizar o diagnóstico diferencial deve-se considerar os seguintes pontos de observação:

- ✓ Causas;
- ✓ Localização;
- ✓ Forma;
- ✓ Profundidade;
- ✓ Necrose;
- ✓ Bordos;
- ✓ Coloração;
- ✓ Características dos doentes;

Cada ponto de observação, especificamente deve ser comparado quanto às UP e quanto às lesões por humidade.

2.1 - Causas

Relativamente às UP a causa da sua origem devem-se à presença de pressão e/ou forças de deslizamento.



Por outro lado, nas lesões por humidade tem que estar presente humidade, apresentando-se com pele húmida e brilhante.

Se a humidade e a pressão/ forças de deslizamento estão presentes em simultâneo, a lesão tanto pode ser uma úlcera de pressão como lesão por humidade denominando-se por lesão combinada.

2.2 – Localização

Uma ferida livre de **proeminência óssea** é improvável que seja uma úlcera de pressão.

Uma lesão por humidade pode ocorrer sobre uma proeminência óssea. Contudo devem ser excluídas a pressão e forças de deslizamento como causas e a humidade tem que estar presente.

A presença de humidade e fricção em conjunto pode causar lesões por humidade nas pregas cutânea.

Uma lesão limitada apenas ao sulco anal e que tenha uma forma linear não é uma úlcera de pressão e é provável que seja uma lesão por humidade.

O rubor peri-anal/ irritação cutânea é provável que seja uma lesão por humidade devido a incontinência.

Existem localizações muito prováveis de desenvolver uma UP mesmo quando não se encontram em contacto com proeminências ósseas, como por exemplo, quando o tecido é mole e é comprimido pela presença de objectos estranhos ao organismo (SNG, tubo nasal de oxigénio, cateter urinário).

Os ossos podem ficar mais proeminentes onde existe perda significativa de tecido (perda de peso).

2.3 – Forma

Quando as lesões estão limitadas a um ponto, é provável que seja uma UP. Podem ser feridas circulares ou com forma regular.

As lesões por humidade, por outro lado, apresentam-se com a forma de vários pontos superficiais, difusos.

Quando existem duas lesões iguais (úlceras geminadas) pelo menos uma das úlceras é causada provavelmente por humidade (urina, fezes, sudação ou exsudado da ferida).

Também podem surgir formas irregulares que habitualmente estão presentes nas lesões combinadas (úlceras de pressão e lesões por humidade).

As lesões por fricção devem ser distintas das UP tendo por base a história e observação do doente.

2.4 – Profundidade

Quanto à profundidade, as UP são classificadas em categorias que podem atingir até várias camadas da pele e inclusive, tecidos mais profundos.

As lesões por humidade são superficiais (destruição parcial das camadas da pele). No caso das lesões por humidade infectarem, a profundidade e extensão da lesão podem aumentar/aprofundar extensamente.

2.5 – Necrose

A necrose pode estar presente nas UP assim como nas lesões por humidade.

2.6 – Bordos

Se os bordos dão distintos, a lesão provavelmente é uma UP.

As lesões por humidade têm habitualmente bordos difusos e irregulares.

Feridas com bordos enrolados e espessos são feridas antigas.

Quando surgem feridas com bordos rasgados, normalmente associam-se a lesões por humidade expostas à fricção.

2.7 – Coloração

Consoante as características da ferida podemos estar perante tecido de epitelação, granulação, necrose (amarela, preta).

Numa UP, se a pele apresenta uma vermelhidão não branqueável estamos perante uma UP categoria I.

Numa lesão por humidade se a pele está vermelha mas se a vermelhidão não está uniformemente distribuída, confirma-se o tipo de lesão. Se existir coloração rosa ou branca na pele adjacente estamos perante uma maceração por humidade.

Se existir coloração verde no leito da ferida estamos perante uma suspeita de ferida infectada. Quando as lesões apresentam outro tipo de coloração tem que se desconfiar do uso de pomadas ou outras substâncias.

2.8 - Características do doente

1- **Verificar a história da ferida através da consulta dos registos do doente, ou seja:**

- ✓ Se a lesão começou como uma lesão grande e profunda, é pouco provável que seja uma lesão por humidade;
- ✓ Se a lesão se desenvolveu após um longo período de pressão e/ou forças de deslizamento, é provável que a lesão seja uma úlcera de pressão.

2- **Verificar as medidas tomadas/quais os cuidados prestados ao doente:**

- ✓ Lesões lineares superficiais são habitualmente provocadas por remoção dos adesivos;

- ✓ Se a úlcera de pressão não melhorar, num período entre 7-10 dias, apesar das medidas de alívio de pressão e da aplicação de material de penso adequado e a humidade está presente → lesão por humidade;
- ✓ Se a lesão por humidade não melhorar, apesar da aplicação de produtos barreira e do controlo da incontinência/humidade durante mais de 2 dias, e a pressão/forças de deslizamento estão presentes → úlcera de pressão.

3- Verificar a condição da pele em diferentes pontos de pressão:

- ✓ Se a úlcera de pressão está presente noutra ponto de pressão, é provável que esta lesão seja também uma úlcera de pressão.

4- Verificar se os movimentos, transferências e posicionamentos do doente, possam ter causado a lesão.

- ✓ Se a área afectada é um ponto de pressão → úlcera de pressão.
- ✓ Se for exercida fricção numa lesão por humidade, irá resultar na destruição superficial da pele na qual fragmentos de pele são arrancados e rasgados. A fricção contínua causa abrasões.
- ✓ Se a lesão ocorrer no calcanhar, verificar se a lesão foi causada por pressão e/ou forças de deslizamento → úlcera de pressão.

5- Verificar a existência de dor.

- ✓ A dor é descrita em 37% a 87% dos doentes com úlceras de pressão, porém esta não é uma característica discriminatória nas úlceras de pressão.

3- RESULTADOS

Para avaliação da eficácia desta formação nos enfermeiros do SU do HPH, foi elaborada uma ficha diagnóstica e de aquisição de conhecimentos, que foi aplicada em dois momentos diferentes: antes da formação e após a formação. Perante a avaliação dos dados obtidos pudemos elaborar o seguinte gráfico:

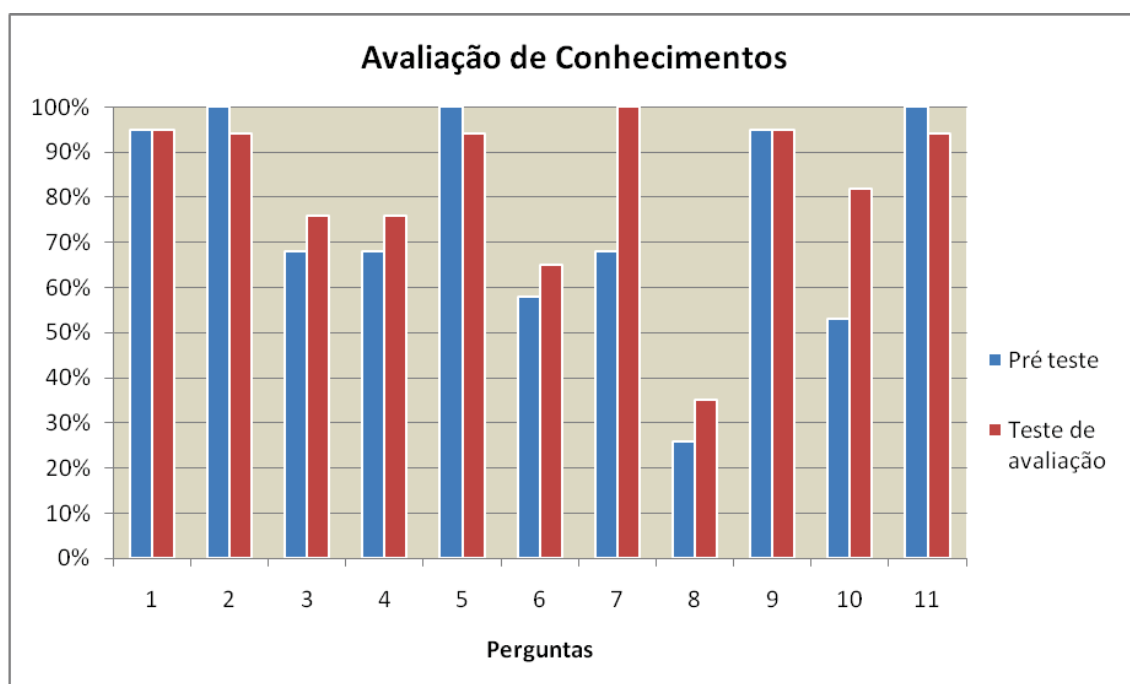


Gráfico I-Comparação dos resultados dos testes de avaliação de conhecimentos

A apresentação informal da formação realizou-se em dois momentos diferentes: dia 21 de Junho na passagem de turno da noite para a manhã e dia 22 na passagem de turno da manhã para a tarde. Nestes dois momentos estiveram presentes 19 elementos da equipa de enfermagem. Destes, a totalidade respondeu ao pré-teste e somente 17 responderam à ficha de avaliação no final.

Analisando a comparação dos resultados de ambos os testes podemos referir que de uma forma geral a formação foi eficaz relativamente à aquisição de conhecimentos.

Houve, no entanto, algumas questões nas quais os resultados do pré-teste foram melhores que os da ficha de avaliação. Estes dados podem-se justificar por vários motivos: horário da formação (alguns elementos a sair do turno da noite, onde o cansaço era grande), o tempo disponibilizado para esta e as amostras não serem iguais (19 preencheram o pré-teste e só 17 a ficha de avaliação).

Também foi aplicada uma ficha de avaliação da acção de formação, onde se obtiveram os seguintes resultados:

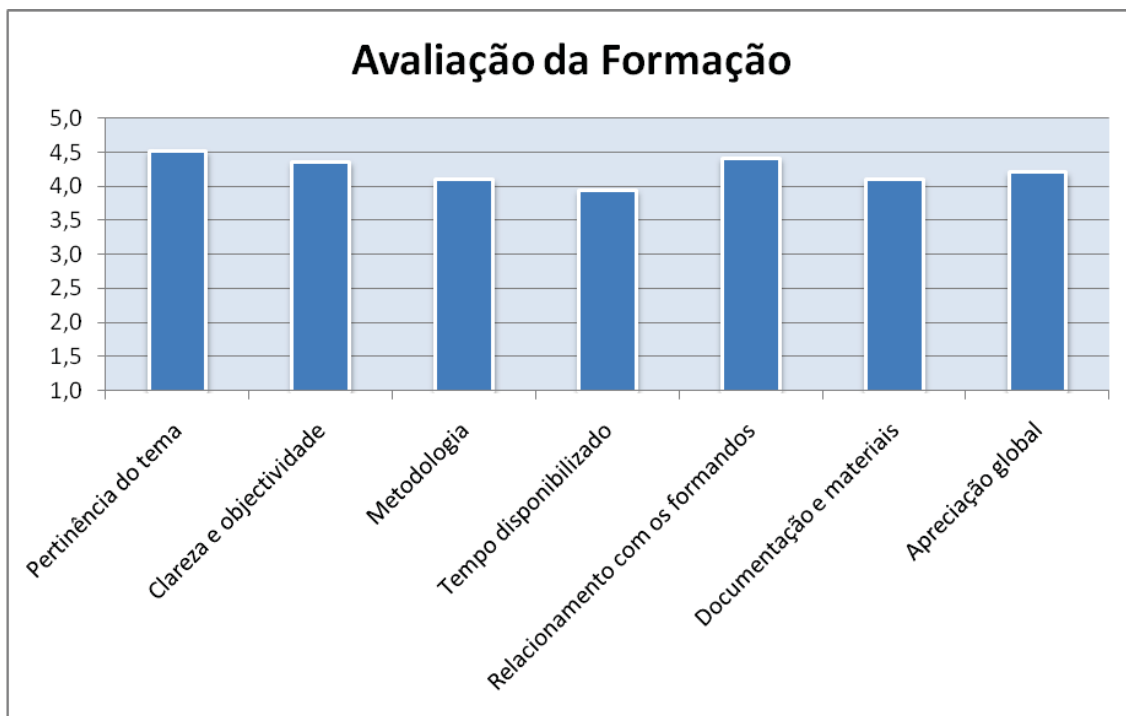


Gráfico 2 – Resultados da Avaliação da Acção de Formação

Analisando estes dados podemos referir que relativamente à pertinência do tema, os participantes acharam a formação pertinente, clara e objectiva.

No item “Tempo Disponibilizado” para a acção de formação, os participantes atribuíram a classificação de 3,9 (de 1 a 5) sendo este o menor valor obtido entre todos os itens.

De uma forma global os participantes gostaram da formação tendo atribuído a este item uma classificação de “Bom”.

4- CONCLUSÃO

As UP apesar da modernização e actualização dos cuidados de saúde, continuam a ser uma problemática para as equipas de enfermagem.

Após a realização desta acção de formação podemos concluir que os objectivos inicialmente propostos foram alcançados. A aplicação de fichas de avaliação de conhecimentos foi fundamental para chegarmos a esta conclusão. O tema foi considerado pertinente e de uma forma global os participantes apreciaram a formação, atribuindo uma boa classificação.

Sendo este um tema muito abrangente e pouco o tempo cedido para a sua apresentação, sentimos alguma dificuldade na síntese dos conteúdos, assim como na sua adequação às necessidades do SU.

O Serviço de Urgência tem como missão, segundo Ponce e Teixeira (2006), o tratamento das situações urgentes, isto é, das ocorrências de instalação súbita com risco de falência de funções vitais e das situações emergentes, ou seja, das ocorrências de instalação súbita em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais dessas funções. Porém, apesar de toda esta agitação e adrenalina que envolve os cuidados prestados num SU, nunca nos devemos esquecer que a prevenção das UP também é uma área altamente sensível aos cuidados de enfermagem e, por isso, os enfermeiros devem investir as suas capacidades, conhecimento e empenho nesta vertente.

5- BIBLIOGRAFIA

- ✓ EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel. Acessível em http://www.epuap.org/guidelines/ORG_Prevention_in_Portuguese.pdf;
- ✓ MOTA, F. - As transições na prevenção das úlceras de pressão – Suplemento Feridas. Nursing. Depósito Legal 21 227/ 88. n.º 263 (Nov. 2010), p. 8- 10;
- ✓ NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel. Acessível em <http://www.npuap.org/>
- ✓ PARANHOS, Wana Yeda et al - Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. 1ª Edição. São Paulo. Editora Atheneu, 2003;
- ✓ PONCE, P.; TEIXEIRA, J. - *Manual de urgências e emergências*. Lisboa: Lidel, 2006.
- ✓ PUCLAS - Pressure Ulcer Classification. Acessível em <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/>;
- ✓ ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. - « Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência: acta Med Port ». 2006.
- ✓ ULSM, E.P.E. - “Uniformização de registos relativos a Úlceras de Pressão no HPH”. Revisão n.º 524.I. 2010;

ANEXOS

ANEXO A

(Ficha Diagnóstica e de Aquisição de Conhecimentos)

Pré- teste



Úlceras de Pressão: Uma Abordagem no SU

Esta ficha de avaliação é confidencial e tem como objectivo avaliar os conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a acção de formação.

Leia atentamente as seguintes questões e responda Verdadeiro (V) ou Falso (F) em cada alínea:

1. As úlceras de pressão são definidas como lesões provocadas por forças de pressão. _____
2. As úlceras de pressão estão associadas a grandes gastos nos serviços de saúde. _____
3. A classificação das úlceras de pressão por categorias, segundo a NPUAP/ EPUAP tem em vista classificar quanto à profundidade. _____
4. O eritema não branqueável caracteriza-se por uma área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicada pressão com o dedo. _____
5. A categoria II de uma úlcera de pressão corresponde a perda parcial da espessura da pele e pode-se apresentar sobre a forma de flictena. _____
6. À perda total da espessura da pele corresponde uma úlcera de pressão categoria IV. _____
7. Uma UP de Cat. IV pode em alguma altura da sua cicatrização tornar-se uma UP Cat. III ou IV. _____
8. De acordo com os critérios de avaliação do diagnóstico diferencial, o prurido é um critério a ter em conta para a correcta diferenciação entre UP e lesão por humidade. _____
9. As lesões por humidade nunca ocorrem sobre proeminências ósseas. _____
10. Os bordos das UP são habitualmente distintos e bem definidos. _____
11. As lesões combinadas caracterizam-se por presença de humidade e pressão/ forças de deslizamento em simultâneo. _____

Obrigado pela disponibilidade.

ANEXO B

(Ficha de Avaliação da Formação)



Ficha de Avaliação

Úlceras de Pressão: Uma Abordagem no SU

Esta ficha de avaliação é confidencial e tem como objectivo avaliar os conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a acção de formação.

Leia atentamente as seguintes questões e responda Verdadeiro (V) ou Falso (F) em cada alínea:

1. As úlceras de pressão são definidas como lesões provocadas por forças de pressão. _____
2. As úlceras de pressão estão associadas a grandes gastos nos serviços de saúde. _____
3. A classificação das úlceras de pressão por categorias, segundo a NPUAP/ EPUAP tem em vista classificar quanto à profundidade. _____
4. O eritema não branqueável caracteriza-se por uma área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicada pressão com o dedo. _____
5. A categoria II de uma úlcera de pressão corresponde a perda parcial da espessura da pele e pode-se apresentar sobre a forma de flictena. _____
6. À perda total da espessura da pele corresponde uma úlcera de pressão categoria IV. _____
7. Uma UP de Cat. IV pode em alguma altura da sua cicatrização tornar-se uma UP Cat. III ou IV. _____
8. De acordo com os critérios de avaliação do diagnóstico diferencial, o prurido é um critério a ter em conta para a correcta diferenciação entre UP e lesão por humidade. _____
9. As lesões por humidade nunca ocorrem sobre proeminências ósseas. _____
10. Os bordos das UP são habitualmente distintos e bem definidos. _____
11. As lesões combinadas caracterizam-se por presença de humidade e pressão/ forças de deslizamento em simultâneo. _____

Obrigado pela disponibilidade.

ANEXO C
(Planificação da Sessão)



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



Planificação da Acção de Formação

Porto, Junho de 2011

Tema:

Úlceras de Pressão: uma abordagem no SU

Enquadramento:

A formação “Úlceras de Pressão: uma abordagem no SU” será realizada durante o Estágio referente ao Módulo I – Serviço de Urgência, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa – Porto.

Justificação do tema:

As UP sempre foram um problema para os serviços de saúde, especialmente para as equipas de enfermagem e multidisciplinares, como um todo, pela incidência, prevalência e particularidades de tratamento, prolongando o internamento e a morbilidade dos pacientes.

Sendo o SU a “porta de entrada” de uma instituição hospitalar de saúde, torna-se pertinente a abordagem frequente do tema no sentido de actualizar conhecimentos e relembrar conceitos imprescindíveis no diagnóstico diferencial, tendo em conta as novas *Guidelines de Prevenção de Úlceras de pressão 2009*, estabelecidas pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

Dados de Identificação					
Local:	Unidade Local de Saúde de Matosinhos				
Serviço:	Serviço de Urgência	Destinatários:	Enfermeiros do Serviço de Urgência		
Tema:	Úlceras de Pressão: Uma abordagem no SU	Formadores	Cátia Santos Vera Maltez		
Carga Horária:	20 Minutos	Data: 21 e 22 de Junho de 2011	Orientadora:	Enf.ª Amélia Ferreira	
Objectivos Gerais: Actualizar conhecimentos sobre as úlceras de pressão;					
Objectivos Específicos:	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a classificação das úlceras de pressão pelas novas <i>guidelines</i> da EPUAP; - Identificar a necessidade de uma correcta classificação das úlceras de pressão; - Efectuar um correcto diagnóstico diferencial na avaliação das úlceras de pressão. 				
Desenvolvimento:					
Conteúdos	Actividades	Métodos e Técnicas	Recursos	Avaliação	Duração
<ul style="list-style-type: none"> - Introdução: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação dos objectivos; - Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> - Definição de UP; - Classificação das UP; - Graus inversos; - Avaliação da pele; - Diagnóstico diferencial; - Conclusão; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação dos objectivos e pertinência do tema no SU; - Aplicação de ficha diagnóstica; - Aplicação prática do diagnóstico diferencial das UP; - Aplicação de ficha de aquisição de conhecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo; - Exposição; - Interrogativo; - Interrogação 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Apresentação Power Point; - Descobrável de apoio cedido aos formandos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e interpretação das perguntas e respostas dos formandos; - Avaliação de conhecimentos pré e pós formação através do recurso a uma ficha diagnóstica e ficha de aquisição de conhecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - 2,5 Minutos; - 15 Minutos; - 2,5 Minutos.

ANEXO D
(Apresentação em Powerpoint)

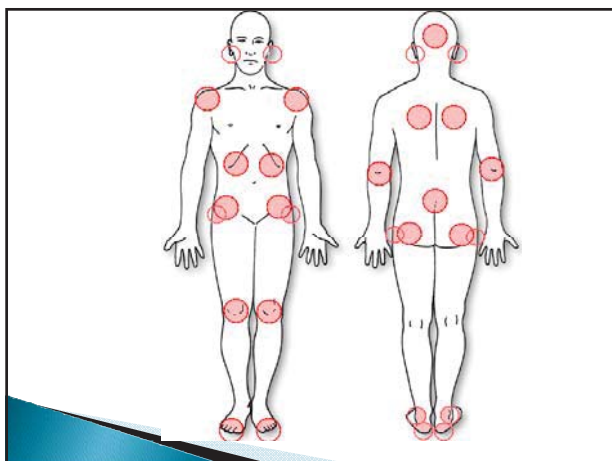
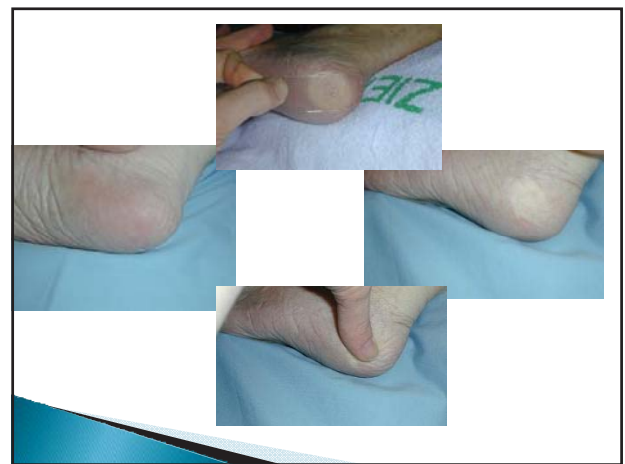


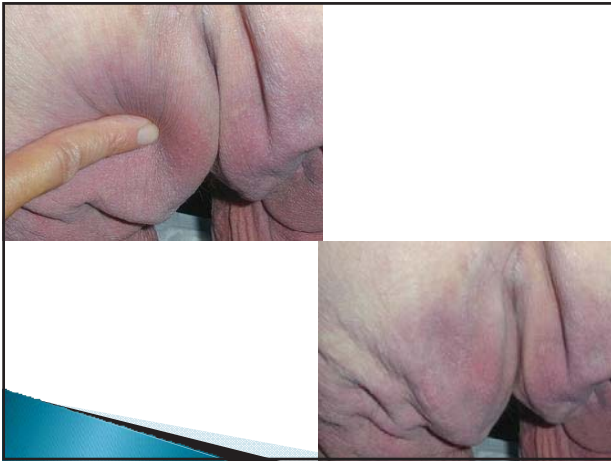

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
 Enfermagem Médico-Cirúrgica

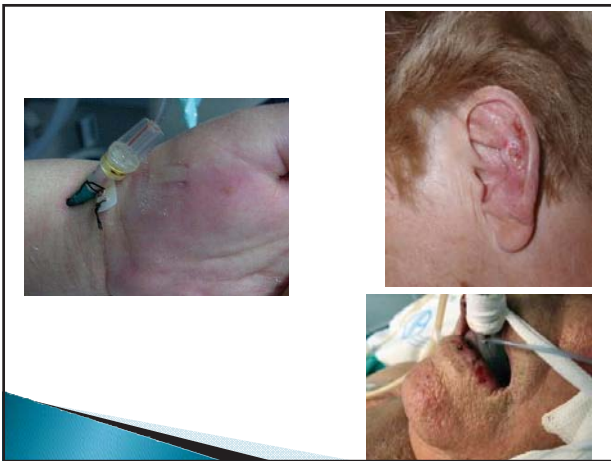
Úlceras de Pressão: uma abordagem no SU

Cátia Santos
 Vera Maltez

Serviço de Urgência
 Hospital Pedro Hispano









Obrigada pela atenção!

DEFINIÇÃO:

“Lesão localizada da pele e/ ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão de uma combinação entre esta e forças de torção.”

NPUAP/ EPUAP (2009)

CLASSIFICAÇÃO:

- ✓ **Categoria I: Eritema não branqueável**
Eritema não branqueável em pele intacta. Descoloração da pele, calor, edema; induração ou rigidez podem também ser utilizados como indicadores, particularmente em indivíduos com pele escura.
- ✓ **Categoria II: perda parcial da espessura da pele**
Destruição parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou flictena.
- ✓ **Categoria III: perda total da espessura da pele**
Destruição total da pele envolvendo necrose do tecido subcutâneo que pode estender-se até, mas não através da fáscia subjacente.

LOCALIZAÇÃO

- ✓ **Categoria IV: perda total da espessura dos tecidos**

Destruição extensa, necrose tecidual; ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele.

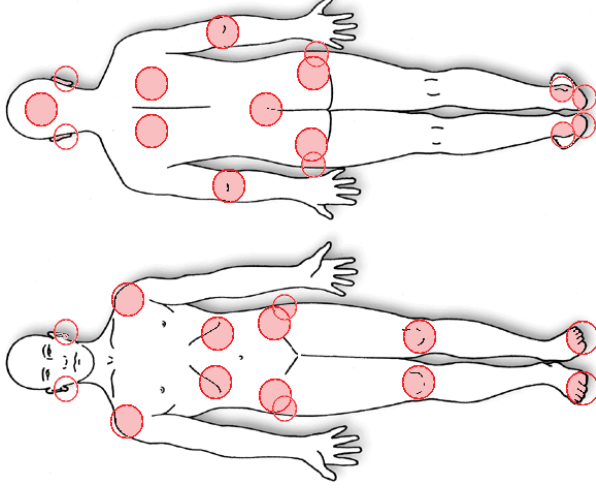
As úlceras de pressão localizam-se sobre proeminências ósseas.

GRAUS INVERSOS

Os progressos numa UP nunca devem ser classificados de forma inversa. Uma UP categoria IV nunca regride para categoria III ou II. Mantém-se IV em cicatrização.

AVALIAÇÃO DA PELE

Através do “método de pressão do dedo” ou “método do disco transparentes” é possível determinar se estamos perante um eritema branqueável ou não.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Úlcera de Pressão	Lesão por humidade
Causas	Pressão e/ou forças de deslizeamento	Humidade
Localização	Proeminência óssea	<p>Podem ocorrer em qualquer localização onde exista humidade mas onde possam ser excluídas a pressão e forças de deslizeamento como causas.</p> <p>Vários pontos superficiais, difusos</p>
Forma	Regular	
Profundidade	<p>Cat. I – Eritema Não branqueável</p> <p>Cat. II – Flictena</p> <p>Cat. III – Úlcera Superficial</p> <p>Cat. IV – Úlcera Profunda</p>	<p>Superficiais (destruição parcial das camadas da pele).</p>
Necrose	Presente	Não existe
Bordos	Distintos	Difusos e irregulares
Coloração	Vermelhidão e não branqueável	Vermelhidão não está uniformemente distribuída
Características dos Doentes	Verificar a história de vida doente através da consulta dos registos do doente, entrevista com o próprio ou familiares cuidadores.	

ANEXO E

(Panfleto Informativo)



Trabalho desenvolvido no âmbito do Módulo Estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa.

Estágio a ser realizado no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.



ÚLCERAS DE PRESSÃO:

UMA ABORDAGEM NO SU

Alunas:

- Cátia Santos

- Vera Maltez

**Anexo II – Campanha de sensibilização para o uso de capacete em
velocípedes**

1. Artigo de Sensibilização

Ciclismo: um desporto ou um risco?

Cátia Santos

Enfermeira, aluna do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Andar de bicicleta é uma actividade que promove o desenvolvimento psicomotor e a interacção da criança e do jovem com o meio envolvente. Cada vez mais é uma prática desportiva dos adultos encorajando o uso de um meio não motorizado. Contudo, apesar de no nosso país não existirem as infra-estruturas necessárias para tornarem esta numa prática segura, as pessoas também não estão devidamente atentas para esta realidade.

Segundo a Comissão Europeia para a Segurança na Estrada, podemos constatar que só no ano de 2005 faleceram, em Portugal, 48 pessoas vítimas de acidentes de viação com velocípedes, com idades entre os 0 e mais de 60 anos.

Esta é, sem dúvida, uma das preocupações da segurança rodoviária a nível europeu. Aliás, a segurança no ciclismo é uma preocupação da Associação Europeia para a Prevenção de Acidentes e para a Promoção da Segurança que estabelece como estratégia o uso de capacete, devidamente credenciado aquando da utilização de bicicletas, assim como o restante equipamento de protecção.

O uso correcto de capacete é uma das medidas de segurança mais eficaz na prevenção de acidentes. A sua função é reduzir a desaceleração do crânio, aumentar a área sobre a qual a força de impacto actua e evitar o impacto directo entre o crânio e o objecto que embate. A sua utilização reduz o risco de traumatismo craniano em 88% e os traumatismos da face em 65%. O seu interior de espuma de poliestireno, deforma-se com o impacto e o seu exte-

rior, num material mais sólido, permite uma melhor distribuição da força exercida pelo choque.

Analisando estas questões, vale a pena usar capacete? SEMPRE.... É importante incutir às nossas crianças, adolescentes e adultos o uso de capacete e de equipamento de protecção (cotoveleiras e joelheiras, calçado fechado, bicicleta apropriada ao tamanho) em todas as circunstâncias independentemente da distância a percorrer.

O uso de capacete não é obrigatório mas é aconselhado. A Deco Proteste aconselha a escolha de um bom e adequado capacete tendo em conta: o tamanho (aderindo bem à cabeça, sem apertar ou comprimir); o posicionamento (horizontal e paralelo ao chão); a imobilidade do capacete (quando a pessoa inclina ou abana a cabeça); a existência de uma distância mínima de dois dedos entre o limite inferior do capacete e o sobrolho (melhora o campo de visão e audição); a existência de um fecho que não abre inesperadamente e que a pessoa consegue abrir com apenas uma mão e a substituição do equipamento após um choque.

Afinal não é difícil estar em segurança. Basta cumprir as regras.

Em caso de acidente contacte 112 e faculte todas as informações que lhe sejam solicitadas. Mas, não se esqueça: não mexa a vítima e não retire o capacete. Aguarde indicações do 112 e à chegada de ajuda especializada. Tente acalmar a vítima e, mantenha-se calmo.

Pare e pense:

Deixaria o seu filho de 4 anos atravessar a rua sozinho?

Então porque é que o deixa andar de bicicleta sem capacete?

A partir de agora tome medidas e, não se esqueça: Mexa-se pela sua saúde!

OPINIÃO/CICLISMO

Um desporto ou um risco?



Andar de bicicleta é uma actividade que promove o desenvolvimento psicomotor e a interacção da criança e do jovem com o meio envolvente. Cada vez mais é uma prática desportiva dos adultos encorajando o uso de um meio não motorizado. Contudo, apesar de no nosso país não existirem as infra-estruturas necessárias para tornarem esta numa prática segura, as pessoas também não estão devidamente atentas para esta realidade.

Segundo a Comissão Europeia para a Segurança na Estrada, podemos constatar que só no ano de 2005 faleceram, em Portugal, 48 pessoas vítimas de acidentes de viação com velocípedes, com idades entre os 0 e mais de 60 anos.

Esta é, sem dúvida, uma das preocupações da segurança rodoviária a nível europeu. Aliás, a segurança no ciclismo é uma preocupação da Associação Europeia para a Prevenção de Acidentes e para a Promoção da Segurança que estabelece como estratégia o uso de capacete, devidamente credenciado aquando da utilização de bicicletas, assim como o restante equipamento de protecção.

O uso correcto de capacete é uma das medidas de segurança mais eficaz na prevenção de acidentes. A sua função é reduzir a desaceleração do crânio, aumentar a área sobre a qual a força de impacto actua e evitar o impacto directo entre o crânio e o objecto que embate. A sua utilização reduz o risco de traumatismo craniano em 88% e os traumatismos da face em 65%. O seu interior de espuma de poliestireno, deforma-se com o impacto e o seu exterior, num material mais sólido, permite uma melhor distribuição da força exercida pelo choque.

Analizando estas questões, vale a pena usar capacete? SEMPRE... É importante inculcar às nossas crianças, adolescentes e adultos o uso de capacete e de equipamento de protecção (cotoveleiras e joelheiras, calçado fechado, bicicleta apropriada ao tamanho) em todas as circunstâncias independentemente da distância a percorrer.

O uso de capacete não é obrigatório mas é aconselhado. A Deco Proteste aconselha a escolha de um bom e adequado capacete tendo em conta: o tamanho (aderindo bem à cabeça, sem apertar ou comprimir); o posicionamento (horizontal e paralelo ao chão); a imobilidade do capacete (quando a pessoa inclina ou abana a cabeça); a existência de uma distância mínima de dois dedos entre o limite inferior do capacete e o sobrolho (melhora o campo de visão e audição); a existência de um fecho que não abre inesperadamente e que a pessoa consegue abrir com apenas uma mão e a substituição do equipamento após um choque. Afinal não é difícil estar em segurança. Basta cumprir as regras. Em caso de acidente contacte 112 e faculte todas as informações que lhe sejam solicitadas. Mas, não se esqueça: não mexa a vítima e não retire o capacete. Aguarde indicações do 112 e a chegada de ajuda especializada. Tente acalmar a vítima e, mantenha-se calmo. Pare e pense:

Deixaria o seu filho de 4 anos atravessar a rua sozinho?

Então porque é que o deixa andar de bicicleta sem capacete?

A partir de agora tome medidas e, não se esqueça: Mexa-se pela sua saúde!

Cátia Santos

(Enfermeira, aluna do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)



2. Panfleto de Sensibilização

Em caso de Acidente ligue sempre 112.

A sua colaboração é fundamental:

- Faculte toda a informação que lhe seja solicitada para permitir um rápido e eficaz socorro às vítimas.

O uso correcto de capacete é uma das medidas de segurança mais eficaz na prevenção de acidentes. A sua função é reduzir a desaceleração do crânio, aumentar a área sobre a qual a força de impacto actua e evitar o impacto directo entre o crânio e o objecto que embate. A sua utilização reduz o risco de traumatismo craniano em 88% e os traumatismos da face em 65%. O seu interior de espuma de poliestireno, deforma-se com o impacto e o seu exterior, num material mais sólido, permite uma melhor distribuição da força exercida pelo choque.

Ciclismo: Um Desporto Seguro

Esteja preparado para responder a questões como:

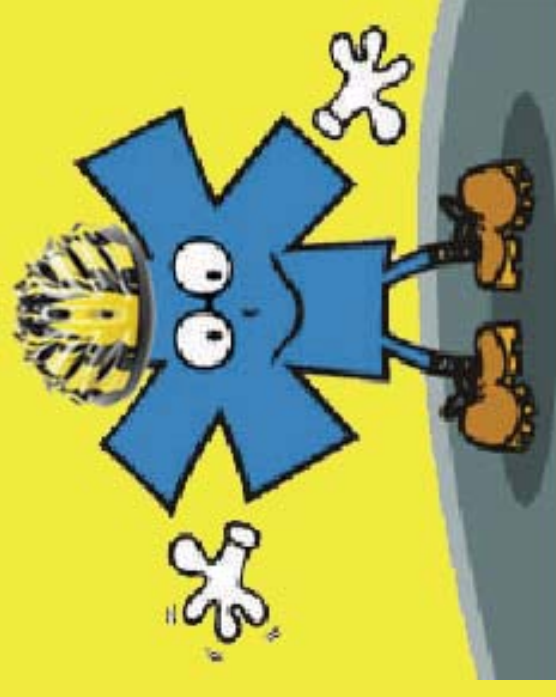
- O quê?
Tipo de ocorrência (acidente, doença súbita, parto, entre outros);
- Onde?
Número de telefone de onde está a ligar e local exacto da ocorrência com pontos de referência;
- Quem?
Número, sexo e idade aparente das vítimas; gravidade aparente da situação; principais queixas das vítimas;

Circunstâncias que podem agravar a situação e que exija outros meios para o local.

As chamadas são atendidas por pessoal qualificado que trabalha para o ajudar.

Siga sempre as instruções indicadas pelos serviços de emergência médica.

Ligue 112 sé em caso de emergência.



Andar de bicicleta:

- Promove o desenvolvimento psicológico e a interação da criança e do jovem com o meio envolvente;
- Promove a prática de exercício físico dos adultos.

A segurança no ciclismo é uma das preocupações a nível europeu.

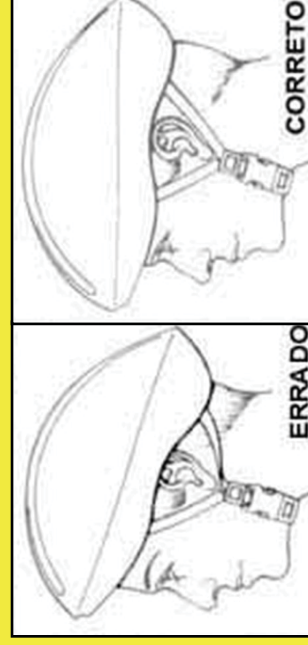
Sabia que:

- em 2010 faleceram em Portugal, 28 pessoas vítimas de acidentes de viação com bicicletas;
- o maior número de vítimas mortais de acidentes de viação com bicicletas encontram-se na faixa etária de mais de 60 anos;
- o maior número de feridos graves vítimas de acidentes de aviação encontram-se na faixa etária de menos de 20 anos.

É de extrema importância a escolha e utilização de um bom e adequado capacete em conta:

- Tamanho: aderindo bem à cabeça, sem apertar ou comprimir;
- Posicionamento: de forma horizontal e paralelo ao chão;
- Imobilidade: quando a pessoa inclina ou abana a cabeça;
- Distância mínima de dois dedos entre o limite inferior do capacete e o sobrolho: melhora o campo de visão e audição;
- Existência de fecho de segurança: que não abre inesperadamente e que a pessoa consegue abrir só com uma mão;

Sempre que sofrir uma queda ou choque violento deve proceder à substituição do capacete mesmo que não note danos. A capacidade de absorção pode já não ser suficiente para proteger a cabeça.



ERRADO

CORRETO

A escolha adequada do equipamento é essencial:

- Adquirir uma bicicleta adequada ao tamanho da pessoa que a vai utilizar;
- Confirmar e adequar a medida do assento e dos pedais;
- Instalar luzes e reflectores, se a bicicleta não possuir;
- Utilizar roupa e calçado confortável;
- Utilizar equipamento de protecção como cotoveleiras e joelheiras;
- Escolher e dar a escolher aos seus filhos as cores e grafismo do material de protecção. Facilita a sua utilização.



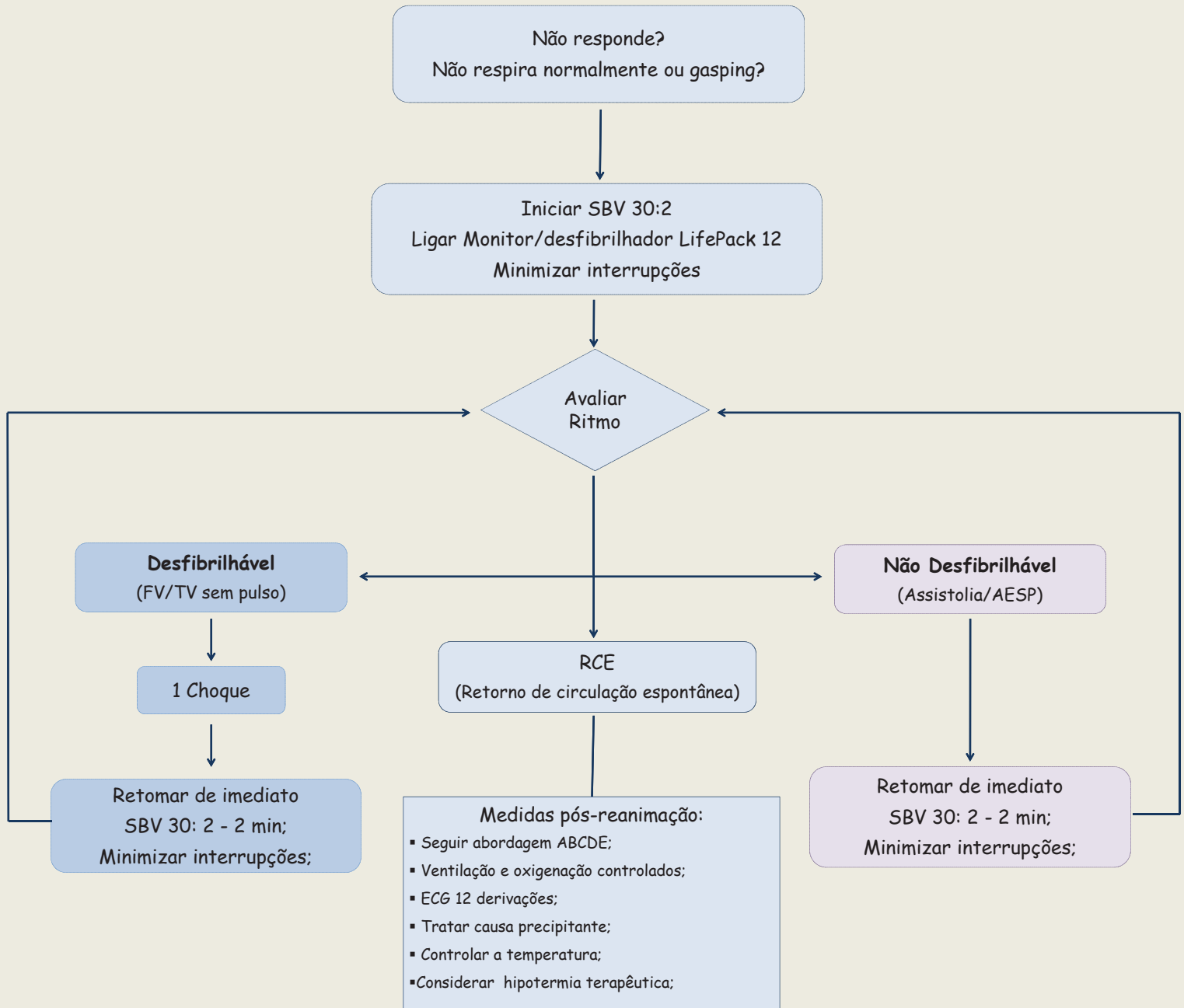
NÃO



SIM

Anexo III – Poster/ Panfleto de Bolso “Algoritmo de SAV 2010”

Algoritmo de SAV



Durante o SBV:

- Garantir a qualidade das compressões torácicas (frequência, profundidade e decompressão);
- Planear as acções antes de interromper SBV;
- Assegurar acesso ev / io;
- Garantir que os contactos dos eléctrodos estão correctos;
- Considerar indicações para:
 - ✓ administrar O₂;
 - ✓ via aérea avançada e capnografia;
 - ✓ administrar adrenalina 1mg ev/io 3-5 min;
 - ✓ amiodarona, magnésio;
- Corrigir causas reversíveis;

Causas reversíveis:

4 H's:

- Hipóxia;
- Hipovolémia;
- Hipo/hipercaliémia/ alterações metabólicas;
- Hipotermia;

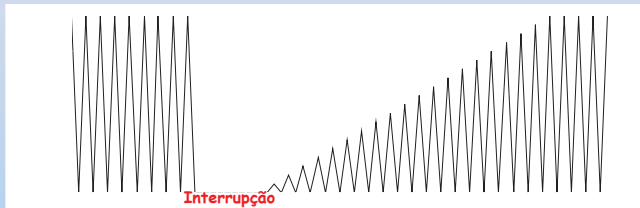
4 T's:

- Trombose (coronária ou pulmonar);
- Tamponamento cardíaco;
- Tóxicos;
- PneumoTórax hiperTensivo;

Recomendações 2010

- Reforço da importância da prevenção da PCR;
- Reforço da qualidade das compressões torácicas com o mínimo de interrupções:

- **Relação** de 30 compressões : 2 Ventilações;
- **Localização**: Porção média do esterno;
- **Profundidade**: Depressão de 5-6 cm;
- **Frequência** de 100 a 120 compressões/minutos;
- Compressão e descompressão devem ser iguais;
- **Minimizar interrupções**: planejar acções antes de interromper SBV;



- Compressões torácicas ininterruptas após via aérea avançada assegurada;
 - **Manter** compressões enquanto se colocam as pás do desfibrilhador;
 - **Reduzir tempo de pausa para desfibrilhar** a < 5segs;
 - **Depois do choque retomar as compressões** torácicas de imediato;
 - Administrar fármacos depois de reiniciar as compressões torácicas;
- **Ritmos não desfibrilháveis**:
 - Eliminação da atropina ;
 - Administração de adrenalina 1mg (ev/io) logo que possível;
 - Não interromper para avaliar o pulso a não ser que:
 - A vítima apresenta sinais de vida;
 - O ritmo se altere e seja potencialmente eficaz;
 - **Ritmos desfibrilháveis**:
 - Administração de adrenalina 1 mg/ amiodarona 300 mg (bólus) EV/ IO após o 3º Choque (e depois do início das compressões);
 - **Murro pré- cordial**:
 - Se PCR testemunhada em doente monitorizado e se não existir desfibrilhador à mão de imediato;
 - A aplicação do murro pré-cordial não deve atrasar o pedido do desfibrilhador;
 - Administrar adrenalina cada 3-5 minutos em ambos os ritmos (ciclos alternados);
 - Reforçar a importância dos cuidados pós-reanimação (ABCDE: via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e controlo da temperatura);

Bibliografia:

- Conselho Português de Ressuscitação, "Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council, 2010.