



LUTA PELA SOBREVIVÊNCIA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em enfermagem médico-cirúrgica

Por
Catarina Tinoco da Silva

Porto – Abril de 2018



LUTA PELA SOBREVIVÊNCIA “FIGHT FOR SURVIVAL”

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em enfermagem médico-cirúrgica

Por
Catarina Tinoco da Silva

Sob a orientação de Mestre Lúcia Rocha

Porto – Abril de 2018

RESUMO

A realização deste trabalho surge no âmbito da unidade curricular “Relatório”, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Este documento pretende ser um instrumento que represente a execução, o crescimento e a certificação de competências ao longo dos estágios, módulo II – Cuidados Intensivos, que decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital da Região Norte do País, entre 06/11/17 e 11/01/18, e o módulo III – Assistência Pré-Hospitalar, que teve lugar no Instituto Nacional de Emergência Médica, da Delegação Regional do Norte, no período entre 02/05/17 e 24/06/17.

O presente trabalho tem como objetivo principal, evidenciar a aquisição de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ou seja, foi elaborado com o intuito de refletir sobre o exercício profissional e as decisões tomadas, e ainda descrever os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas, inerentes à aquisição de competências ao nível da investigação, gestão, formação e prestação de cuidados, com vista à obtenção de cuidados de excelência. Pretende ainda demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão na área de especialização; conhecimentos na resolução de problemas em contexto multidisciplinar; capacidade para integrar conhecimentos, reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e legais; capacidade em comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios, dando cumprimento aos objetivos da unidade curricular.

Estruturalmente organizou-se o trabalho segundo os quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro especialista, nomeadamente: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para a elaboração deste documento foi utilizada uma metodologia descritiva, numa abordagem critico-reflexiva, apoiada no Projeto de Estágio, nos Portefólios, assim como na pesquisa bibliográfica efetuada para a fundamentação teórica e científica de todas as ações e tomadas de decisão.

Ao longo dos diferentes módulos de estágio, foram sendo detetadas “situações problema” (focos reais ou potenciais que carecem de melhoria), pelo que me dediquei na tentativa de os solucionar ou minorar. Assim, no módulo II, elaborou-se uma proposta de alteração ao Protocolo de Nutrição Entérica, em vigor. No módulo III, realizou-se um estudo de caso relativo a um doente, vítima de queda de altura, com a sua apresentação, discussão e reflexão, acerca da prestação de cuidados.

Neste âmbito, considero que foram deixados contributos de melhoria nos diferentes serviços, com vista à obtenção de cuidados de enfermagem de excelência. Por outro lado, permitiu-me o desenvolvimento das atividades planeadas e aquisição de competências, traduzindo-se no alcance pleno dos objetivos a que me propus inicialmente.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista; mestre em enfermagem; competência; doente crítico.

ABSTRACT

This work was carried out within the scope of the "Report" curricular unit, of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. This document is an instrument that represents the execution, growth and skills certification over the stage, module II – Cuidados Intensivos, which occurred in a Polyvalent Intensive Care Unit of a hospital in the Northern Region of the country, between 06/11/17 and 11/01/18, and module III - Assistência Pré-Hospitalar, which took place at the National Institute of Medical Emergency, of the Regional Delegation of the North, between 02/05/17 and 06/24/17.

The present work has as main objective, to demonstrate the acquisition of competences within the scope of the Master in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing. That is, it was elaborated with the intention of reflecting on the professional exercise and the taken decisions, and also describe the outlined objectives and the activities developed, inherent to the acquisition of competences in the research, management, training and care delivery, with an objective to obtaining excellence care. It also intends to demonstrate knowledge and comprehension skills in the area of specialization; problem solving in a multidisciplinary context; ability to integrate knowledge, reflections on the implications and responsibilities ethical and legal; ability to communicate conclusions, knowledge and reasoning, in compliance with the objectives of the curricular unit.

Structurally, the work was organized according to the four common competency domains of the specialist nurse, namely: Professional, ethical and legal responsibility; Continuous quality improvement; Management of care and Development of professional learning. For the elaboration of this document a descriptive methodology was used, in a critical-reflexive approach, supported in the Project of Internship, in Portefólios, as well as in the bibliographical research carried out for the theoretical and scientific foundation of all actions and decision making.

Over the different stage modules were being detected "problem situations" (real or potential outbreaks that need improvement), so I dedicated myself to try to solve or minimize them. Thus, in module II, a proposal was made to amend the Protocol of Enteric Nutrition, in force. In module III, a study case was carried out regarding a patient, victim of falling from height, with their presentation, discussion and reflection about the care delivery.

In this context, I consider that contributions of improvement in the different services have been left, with an objective to obtain nursing care of excellence. On the other hand, it enabled me to develop the planned activities and acquire competencies, translating into the full achievement of the objectives that I initially proposed.

Keywords: Specialist nurse; master in nursing; competence; critical patient.

Felicidade não depende só dos caminhos que escolhemos seguir,
mas também das pessoas que escolhemos para nos acompanhar.

(Carlos Drummond de Andrade)

AGRADECIMENTO

Ao meu marido, pelo apoio, disponibilidade e motivação transmitida ao longo desta caminhada;

Aos meus pais e amigos, pelo apoio e disponibilidade prestada;

À Professora Lúcia Rocha, pela disponibilidade e orientação ao longo deste percurso;

Aos Enfermeiros Tutores, pela disponibilidade, partilha e orientação prestados;

A todos os Enfermeiros dos vários serviços onde efetuei os módulos de estágio, os quais foram um pilar importante no desenvolvimento das várias competências.

A todos, um muito obrigado!

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS, SIGLAS

AEC	-	Alteração do Estado de Consciência
APH	-	Assistência Pré-Hospitalar
ASPEN	-	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
BIS	-	Bispectral Index Monitoring
CDE	-	Código Deontológico do Enfermeiro
CI	-	Cuidados Intensivos
CODU	-	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
EAM	-	Enfarte Agudo do Miocárdio
EAMcST	-	Enfarte Agudo do Miocárdio Com Elevação do Segmento ST
ECMO	-	Extra-Corporeal Membrane Oxygenation
EEMC	-	Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC	-	Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESPEN	-	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
INEM	-	Instituto Nacional Emergência de Médica
NE	-	Nutrição Entérica
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
PBCI	-	Precauções Básicas do Controlo de Infeção
PIA	-	Pressão Intra-Abdominal

- PCR - Paragem Cardio-Respiratória
- PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
- REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- SAV - Suporte Avançado de Vida
- SBV - Suporte Básico de Vida
- SIV - Suporte Imediato de Vida
- SNG - Sonda NasoGástrica
- SU - Serviço de Urgência;
- TISS 28 - Therapeutic Intervention Scoring System
- TSR - Técnica de Substituição Renal
- UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
- UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- UCP - Universidade Católica Portuguesa
- VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. DE ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	27
3.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	28
3.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	36
3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	46
3.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	53
4. CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	79
APÊNDICE I – Estudo de caso: Queda de altura	81
APÊNDICE II – Proposta de Protocolo de Nutrição Entérica	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de ocorrências com base no motivo de ativação	57
Gráfico 2: Taxa de ocorrências: Vítima crítica / Vítima não crítica	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I: Início e progressão da dieta por Nutrição Entérica	64
--	----

1. INTRODUÇÃO

As ciências da saúde têm vindo a sofrer uma evolução significativa ao longo dos últimos anos, colocando novos desafios, quer no domínio da prestação de cuidados de saúde diferenciados, céleres e de elevada qualidade, fundamentais para o bem-estar da população, quer na formação contínua dos seus profissionais. A enfermagem tem naturalmente acompanhado esta evolução das exigências crescentes, e para o qual tem grandemente contribuído a aposta na formação dos Enfermeiros, nomeadamente do Enfermeiro especialista.

A Universidade Católica Portuguesa (UCP) define especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) como, a especialidade que visa 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 (Universidade Católica Portuguesa, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece através do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que o Enfermeiro especialista é um profissional *“com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 2).

A OE descreve o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, como o profissional capaz de Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação; Maximizar a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou de falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Para Silva (2007), o conceito de enfermagem avançada significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais concetual, concretiza-se pela inter-relação pessoal baseada em teorias de enfermagem que tem por *core* o diagnóstico e a assistência

em face das respostas humanas às transições vividas, e fornece mais competências para a tomada de decisão.

Ao longo dos últimos sete anos, de exercício profissional num Serviço de Urgência (SU) polivalente, fui-me apercebendo da necessidade de aprofundar conhecimentos científicos, técnicos e humanos, de forma a prestar cuidados de excelência, sobretudo ao doente crítico. Surge assim a necessidade de atualizar, alargar e aprofundar saberes e adquirir novas competências, na área da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

No âmbito da unidade curricular “Relatório”, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da UCP, no ano letivo 2017/2018, concretiza-se a elaboração do presente relatório. O mesmo incide sobre o “Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica”, composto por três módulos, nomeadamente, módulo I - Serviço de Urgência, módulo II – Cuidados Intensivos e módulo III (opcional) - Assistência Pré-Hospitalar. A cada módulo de estágio corresponde uma carga de 250 horas, sendo que 180 horas são de contacto e 70 horas de trabalho individual.

Relativo ao primeiro módulo – Serviço de Urgência, obtive creditação, em favor das competências especializadas, adquiridas enquanto Enfermeiro num SU polivalente de um hospital da região norte, desde 2011, até ao momento.

O módulo II – Cuidados Intensivos (CI), decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Serviço de Medicina Intensiva de um hospital central na área metropolitana do Porto, no período entre 06/11/17 e 11/01/18. Trata-se de um serviço de referência a nível nacional (razão pela qual me fez optar por este campo de estágio) no âmbito do doente crítico, com uma prática clínica de excelência, com investigação reconhecida em diferentes áreas, nomeadamente, doente neurocrítico, séptico, politraumatizado, com suporte Extra-Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO). Na perspetiva de conhecer o percurso do doente crítico, a realização de estágio em ambiente de CI, prende-se pelo facto de ser necessário sedimentar capacidades técnicas, e colocar em prática todos os conteúdos ministrados durante o período teórico. Aqui, estão reunidos critérios de assistência ao doente crítico, pela instabilidade do próprio doente, com pelo menos, uma das funções vitais em risco de vida imediato. Ser capaz de conseguir integrar e trabalhar num serviço de complexidade extrema é um desafio estimulante, pois só assim, será possível ter uma visão mais completa de todo o ciclo que o doente crítico faz. A par

com todos estes processos, atender também a toda a humanização dos cuidados e ao acompanhamento da família, que entendo ser tão necessário.

Relativamente ao terceiro módulo de estágio – Assistência Pré-Hospitalar (APH), teve lugar em diferentes unidades do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), da Delegação Regional do Norte, nomeadamente em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), no período entre 02/05/17 e 24/06/17.

A opção pelo estágio em contexto pré-hospitalar pretende incorporar na minha atividade o percurso do doente crítico, compreendendo na globalidade todo este trajeto, sendo na APH o início desse mesmo trilho, razão pela qual optei por ser o estágio a realizar em primeiro lugar.

Ao exercer funções num SU polivalente e sendo este um dos intervenientes fundamentais desta cadeia, constituindo-se como elo de ligação entre a APH e os CI, considero indispensável conhecer melhor os restantes intervenientes desta organização de cuidados, por forma a melhorar a articulação, manter a continuidade dos cuidados e desenvolver capacidades e competências especializadas na área de EMC, aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo do ano curricular.

Com a escolha destes campos de estágio, pretendo adquirir conhecimentos e habilidades no âmbito do tratamento e acompanhamento do doente crítico e da sua família, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção e deteção precoce de focos de instabilidade, que necessitam de respostas imediatas, diferenciadas, integradas e articuladas entre os diferentes profissionais de saúde, assim como saberes na manutenção/promoção da segurança do doente.

A garantia de cuidados de saúde com qualidade passa pela procura de um elevado grau de segurança do doente. Esta é uma meta comum às entidades e serviços que prestam cuidados de saúde, independentemente da sua localização geográfica, religião ou cultura.

Procura-se promover em cada módulo de estágio aspetos que se relacionam com a Segurança do Doente na prestação de cuidados de enfermagem, desenvolvendo atividades que visam a promoção da mesma, através da realização de normas e formação nos serviços.

Segurança do Doente pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Como “*mínimo aceitável*” entende-se a noção coletiva face ao conhecimento atual, recursos

disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. (Direção Geral da Saúde, 2011)

Com o presente curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC pretendo: Saber aplicar conhecimentos, ter capacidade de compreensão e de resolução de problemas, em situações novas e não familiares, em contexto alargado e multidisciplinar, relacionados com a área de especialização em EMC; Adquirir capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidade ética e social; Ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Com os objetivos anteriormente descritos pretendo alcançar os seguintes resultados de aprendizagem: Discussão de forma crítica do processo de planeamento e concretização dos objetivos definidos; Análise do processo de desenvolvimento de competências enquanto mestre em enfermagem e enquanto Enfermeiro especialista, na sua área de especialização; Reflexão sobre a ação, na resolução de problemas novos em contexto multidisciplinar, na procura de soluções em situações de informação incompleta e avaliação das consequências das decisões; Avaliação dos contributos e dos constrangimentos do contexto de prática clínica para a aprendizagem; Discussão dos resultados da aprendizagem considerando a literatura científica e a normas éticas e legais aplicáveis e Recurso a linguagem científica e argumentação de forma clara e objetiva sobre o raciocínio clínico e decisões tomadas.

A elaboração do presente relatório foi precedida pela criação de um projeto de estágio, onde foram delineados objetivos, que levaram à realização de determinadas atividades, de modo a adquirir e aprofundar competências. Foi este projeto que serviu de fio condutor ao estágio, permitindo a comparação entre o planeamento efetuado e as atividades realizadas, com vista a atingir os objetivos delineados, na perspetiva de desenvolvimento de competências na área de EMC.

De uma forma global, o planeado foi concretizado sendo que, atendendo às especificidades e vivências proporcionadas no decorrer do estágio, o mesmo sofreu alguns reajustes. Este processo revela que a aquisição de competências não é um sistema estático, mas modificável por forma a favorecer e enriquecer a aquisição de conhecimentos.

A elaboração deste relatório dá resposta a uma necessidade curricular e tem como objetivos: Construir um instrumento de avaliação, no qual se pretende demonstrar os

conhecimentos adquiridos na área do Mestrado em Enfermagem e na área de especialização em EMC; Descrever e refletir o percurso de evolução e de aprendizagem ao longo dos módulos de estágio; Demonstrar a aquisição de competências através da descrição das atividades desenvolvidas, da identificação de situações problema e no desenvolvimento de soluções eficazes para os mesmos; Obter o Grau académico de Mestre em Enfermagem.

Para a elaboração deste documento utilizei uma metodologia descritiva, numa abordagem crítico-reflexiva que teve como suporte a pesquisa bibliográfica, a mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem na componente teórica, além das experiências pessoais, profissionais e académicas.

O princípio da Natureza Humana reside na sobrevivência, sendo que os seres humanos consagram particularidades com o propósito de garantirem a subsistência da família, da nação, da raça e da sua espécie. No entanto, o processo para o alcance desse objetivo reside no instinto de sobrevivência pessoal e a preservação do seu estado de existência. Assim, manter-se vivo é um propósito fundamental, podendo dispor de um aliado fundamental, o corpo humano. Este, como máquina autossustentável desenvolveu ao longo dos tempos mecanismos de “luta” contra as fatalidades e riscos a que está sujeito.

O contexto onde se desenrolou os diferentes módulos de estágio possui um denominador comum. Por um lado, o doente crítico num estado de vida ameaçada e num impudico combate à instabilidade pela recuperação da sua saúde, por outro lado, o Enfermeiro no auxílio a esse “combate”.

O Enfermeiro assume um papel de relevância majorada, de combate lado a lado com o doente, numa atuação sistematizada, competente e baseada em evidência, através de cuidados de qualidade para a “Luta pela Sobrevivência”.

Relativamente à estrutura, organizou-se o trabalho em cinco partes: a presente introdução, onde realizo um enquadramento do relatório no curso; na segunda parte faço uma breve caracterização dos locais de estágio e a justificação da seleção dos mesmos; de seguida faço uma abordagem às diferentes atividades desenvolvidas e competências adquiridas, com uma reflexão crítica inerente ao processo, tendo como fio condutor os quatro domínios de competências do Enfermeiro especialista; concluo de seguida com um balanço das aprendizagens obtidas, sintetizando aspetos essenciais com destaque para as principais competências adquiridas, evidenciando os principais desafios e conclusões, seguida das referências bibliográficas e por fim os Apêndices.

2. DE ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, baseando a sua ação nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Para que assim aconteça, é necessário um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, expressas num conjunto de competências especializadas relacionadas com um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O Enfermeiro EEMC visa antecipar e resolver situações urgentes e emergentes na pessoa doente e em estado crítico, sempre que possível, de forma a prestar cuidados de excelência, para os quais se exige observação e colheita de dados de forma sistematizada e contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Ao longo do presente capítulo, irei contextualizar e caraterizar os diferentes locais de estágio, realizados na unidade curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III (Opcional) – Assistência Pré-Hospitalar. Relativo ao Módulo I – Serviço de Urgência, clarifico a obtenção de creditação a esse mesmo módulo de estágio.

Como referi anteriormente, o Estágio em EMC inclui três módulos, realizados em diferentes contextos, com o propósito de permitir o desenvolvimento de competências especializadas em diferentes locais de assistência ao doente crítico e à família.

Importa definir alguns conceitos, nomeadamente, pessoa em situação crítica - é aquela que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Módulo I – Serviço de Urgência:

Obtive creditação ao módulo – SU, em favor das competências adquiridas enquanto Enfermeira num SU polivalente de um hospital da região norte, desde 2011, até ao

momento. Indo de encontro ao descrito no Regulamento Geral da UCP, nas condições de creditação: *“Pode ser creditada a experiência profissional por mais de 3 anos consecutivos, nos últimos 5 anos, quando a mesma se concretizou em locais/serviços semelhantes aos exigidos para os diferentes módulos de estágio a realizar”* (Universidade Católica Portuguesa, 2012, p. 8). Indo de encontro ao explícito no artigo 45º do Decreto-lei 74/2006 de 23 de Março de 2006.

A minha atividade profissional incide no cuidado a crianças, jovens, adultos, idosos, doentes psiquiátricos, toxicodependentes, doentes paliativos, no âmbito de cuidados de urgência de um SU polivalente, em contexto de doença aguda e/ou agudização de doença crónica. As funções desempenhadas distribuem-se por diferentes postos, dentro dos quais: Triagem de Manchester, Sala de Emergência, Unidade de Decisão Clínica (1 e 2), Área médica, Área de trauma/cirúrgica, Pediatria e Unidade de Cuidados Intermédios. Aqui atendo doentes de toda a área de abrangência, estando permanentemente em contacto com diversas especialidades.

Das atividades desenvolvidas destaco:

- ✓ Identificação de critérios de atuação na prestação de cuidados, promoção da saúde, prevenindo complicações, promovendo o bem-estar do doente/família e readaptação funcional;
- ✓ Prevenção e deteção de focos de instabilidade, que necessitam de respostas imediatas, diferenciadas, integradas e articuladas, em equipa multidisciplinar;
- ✓ Execução de cuidados de enfermagem, promovendo e envolvendo o doente num processo de cuidados e educação para a saúde;
- ✓ Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, efetuando os respetivos registos e analisando os fatores que contribuem para os resultados obtidos;
- ✓ Integração na equipa que constitui o Sistema Integrado de Emergência Interna, onde presto cuidados de Suporte Avançado de Vida (SAV) ao doente crítico de acordo com as recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação;
- ✓ Colaboração na orientação, supervisão, avaliação e tutoria de estudantes de enfermagem em estágio de integração à vida profissional.

Módulo II – Cuidados Intensivos:

CI referem-se a cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar, com assistência de enfermagem de forma contínua, minuciosa e qualificada ao longo das 24 horas, ao indivíduo com uma ou mais funções, em risco imediato. Os cuidados de

enfermagem ao doente crítico exigem observação, colheita e procura contínua de dados (de forma sistémica e sistematizada), com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa, prever e detetar precocemente as complicações e assegurar intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

As UCI são classificadas em 3 níveis, sendo que, a unidade onde realizei estágio é uma UCI Nível III, que requer: equipas funcionalmente dedicadas (Médica e de Enfermagem); assistência médica qualificada nas 24h; acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; controlo contínuo da qualidade e programas de ensino e treino em CI; deve constituir o serviço ou unidade exigida aos hospitais com SU polivalente (Ministério da Saúde, 2013).

Este módulo de estágio decorreu na UCIP do Serviço de Medicina Intensiva de um hospital central na área metropolitana do Porto. Trata-se de um serviço de referência a nível nacional (razão pela qual me fez optar por este campo de estágio) no âmbito do doente crítico, com uma prática clínica de excelência, com investigação reconhecida em diferentes áreas, nomeadamente, doente neurocrítico, séptico, politraumatizado, com suporte ECMO. A unidade em questão é classificada como UCIP, e dispõe de uma dotação de 16 camas, composta por duas áreas. A sala grande, de estrutura aberta, com 11 camas dispostas em U, e a sala pequena composta por uma área aberta com 4 camas, dispostas em comprimento, mais uma unidade fechada, de isolamento. As duas áreas possuem uma zona central de trabalho e vigilância de todos os doentes através do contato visual direto e da visualização de um monitor principal geral (com monitorização continua dos parâmetros vitais de cada doente).

Na perspetiva de conhecer o percurso do doente crítico, a realização de estágio em ambiente de UCI, prende-se pelo facto de ser necessário sedimentar capacidades técnicas, e colocar em prática todos os conteúdos ministrados durante o período teórico. Aqui, estão reunidos critérios de assistência a doentes críticos, pela instabilidade do próprio doente, com pelo menos, uma das funções vitais em risco de vida imediato.

Ser capaz de conseguir integrar e trabalhar num serviço de complexidade extrema é um desafio estimulante, pois só assim, será possível ter uma visão mais completa de todo o ciclo que o doente crítico faz. A par com todos estes processos, atender também a toda a humanização dos cuidados e ao acompanhamento da família, que entendo ser tão necessário.

Módulo III (Opcional) – Assistência Pré-Hospitalar:

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, em território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, garantindo aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. As suas funções principais são: a prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do sistema (INEM, 2017).

Este módulo de estágio teve lugar em diferentes unidades do INEM da Delegação Regional do Norte, nomeadamente em ambulância de SIV, VMER e CODU. Este módulo seguiu um curso pré-determinado, deste modo, realizei 2 turnos no CODU (6 horas), 8 turnos em ambulância de SIV (96 horas) e 5 turnos em VMER (60 horas).

Os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para o CODU. Compete a este, atender e avaliar os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados à situação. O seu funcionamento é assegurado, 24 horas por dia, por equipas de profissionais qualificados (Médicos e Técnicos) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. O CODU coordena e gere um conjunto de meios de socorro, nomeadamente motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros.

As ambulâncias SIV destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com SAV. São tripuladas por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar. A equipa dispõe da carga que constitui uma ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), acrescida de fármacos e de um monitor-desfibrilhador (que permite entre outros, a transmissão de eletrocardiograma ao CODU).

A VMER é um veículo destinado ao transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente, visando a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte, de vítimas de acidente ou de doença súbita. A equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro, e dispõe de equipamento para SAV, e material/equipamento quer para situações do foro médico quer de trauma. Atuando na dependência direta do CODU, a VMER tem base hospitalar, funcionando como uma extensão do SU à comunidade.

A opção pelo estágio em contexto pré-hospitalar, pretende incorporar na minha atividade o percurso do doente crítico, compreendendo na globalidade todo este trajeto, sendo na APH o início desse mesmo trilho, razão pela qual optei por ser o estágio a realizar em primeiro lugar.

Ao exercer funções num SU polivalente e sendo este um dos intervenientes fundamentais desta cadeia, constituindo-se como elo de ligação entre a APH e os CI, considero indispensável conhecer melhor os restantes intervenientes desta organização de cuidados, por forma a melhorar a articulação, manter a continuidade dos cuidados e desenvolver capacidades e competências especializadas na área de EMC, aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo do ano curricular.

Com a escolha destes campos de estágio, pretendo adquirir conhecimentos e habilidades no âmbito do tratamento e acompanhamento do doente crítico e família, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção e deteção precoce de focos de instabilidade, que necessitam de respostas imediatas, diferenciadas, integradas e articuladas entre os diferentes profissionais de saúde que aí laboram.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros (2011a), criou um regulamento que define o perfil das competências comuns do Enfermeiro especialista, e estabelece assim, um quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. O conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais, e concretiza-se em competências comuns e em competências específicas. As diferentes aptidões visam promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos com o que podem contar.

Importa clarificar dois conceitos. Por um lado, competências comuns: são aptidões partilhadas por todos os Enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, que se verificam na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Por outro lado, competências específicas: são aptidões que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialização, que se verificam através da adequação dos cuidados às necessidades de saúde do indivíduo (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Opto por seguir os quatro domínios de competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados, e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como fio condutor para a elaboração do presente relatório. Tentarei ao longo deste, descrever as atividades desenvolvidas durante os dois módulos de estágio, enquadrando-as nos referidos domínios, procurando explicitar quais as competências adquiridas em cada um deles. Considero que a maioria das competências adquiridas foram alcançadas por meio de atividades semelhantes nos dois módulos de estágio, pelo que, abordo as mesmas de forma transversal e quando considero oportuno clarificar determinada reflexão, aponto o módulo em que decorreu.

3.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Este título evoca para um domínio de competências partilhadas, quer no perfil de competências comuns do Enfermeiro especialista, quer no perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais.

Objetivo: Atuar segundo os princípios éticos, legais e da responsabilidade profissional, na área de EEMC.

A deontologia profissional encerra, fundamentalmente, o conjunto dos deveres relativos ao exercício profissional do Enfermeiro, de acordo com o mandato social, ou seja, prestar cuidados de enfermagem às pessoas, famílias ou comunidades. Todavia, correlacionados com estes deveres (enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro), a nossa deontologia incluiu ainda um conjunto de direitos, que se fundamentam, por um lado, na dignidade profissional do enfermeiro e, por outro, na pretendida excelência do exercício, como forma de garantir o direito dos doentes a cuidados de qualidade (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Os limites impostos à liberdade do exercício profissional resultam do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem. O CDE porque prescreve os principais deveres, as leis vigentes (onde podemos incluir a Constituição da República Portuguesa, quanto aos direitos fundamentais dos cidadãos; o Código Civil, relativamente aos direitos de personalidade; o Código Penal, que criminaliza determinadas condutas violadoras dos bens jurídicos) que enunciam normas a atender pelo Enfermeiro, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e os demais regulamentos emitidos pela Ordem, que têm a sua força vinculativa para todos os Enfermeiros (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Na Constituição da República Portuguesa (2005), Artigo 1º, que consagra o princípio da dignidade, e do Artigo 13º, que consagra o princípio da igualdade, destaca que *“a liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável”* (Artigo 41º) e que *“todos têm direito de exprimir e divulgar livremente o seu pensamento pela palavra, pela imagem ou por qualquer outro meio”* (Artigo 37º). Importa relacionar este direito do Enfermeiro com o previsto no CDE (2015), pelo princípio geral da defesa da liberdade e da dignidade humana (Artigo 99º) e os deveres de respeito pelas convicções das pessoas, famílias e grupos de quem o Enfermeiro cuida (Artigo 113º).

Importa referir que, à medida que as competências se vão desenvolvendo, o acréscimo de sabedoria arrasta consigo um acréscimo de responsabilidade, pela autonomia

obtida, como é referido no Artigo 100º) do CDE (2015), em que este está obrigado a “*responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega*”.

Assim sendo, para demonstrar competências de EEMC neste domínio, propus como objetivo geral, desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o Enfermeiro e a pessoa (ou grupo de pessoas – família/comunidade). Quer o Enfermeiro, quer os clientes dos cuidados de enfermagem, possuem um referencial de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, deve caracterizar-se pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas vontades e capacidades.

O Enfermeiro deve cuidar do doente numa perspetiva biopsicossocial, cultural e espiritual, numa visão única e integral, não dissociando nenhuma das partes, sendo que o doente não deve ser confundido com a sua doença. Deverá sim, ser reconhecido na sua dignidade enquanto pessoa humana, assim como a dignidade que o profissional de saúde transporta (Neves & Osswald, 2008).

O Artigo 99º do CDE (2015, p.5) representa a vertente ética, visto que expressa princípios gerais, que identificam os valores, enunciam os princípios orientadores e revelam os deveres “*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional do Enfermeiro, relevam os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humana e pelos valores das pessoas e grupos. Os princípios de liberdade e da dignidade humana relacionam-se com a autonomia, enquanto faculdade da pessoa para reger por leis próprias, agindo a partir de si mesmo e fazendo com que os princípios da conduta se estabeleçam no próprio sujeito. Para Burkardt & Nathaniel (2001, p.41) autonomia é entendida como “*a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um*”.

De acordo com a Constituição da República Portuguesa (2015), no Artigo 64º, todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Ainda referido

na Lei de Bases da Saúde, a promoção da saúde e a prevenção da doença é uma prioridade no planeamento das atividades (Lei nº 48/90 DR. I série. 195, 1990).

No Artigo 99º do CDE (2015), são apresentados os valores universais que devem ser atendidos aquando da relação profissional, nomeadamente: a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional. Acrescenta ainda através do Artigo 105º, o respeito pelo direito à autodeterminação. O Enfermeiro deve informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; e ainda atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro, 2015).

Consciencializada dos pontos acima referidos, durante o estágio procurei estabelecer uma relação empática e de ajuda com o doente e família, atendendo às necessidades dos mesmos, e envolvendo-os no processo de cuidar. A utilização de uma comunicação eficaz, revelou-se fundamental para o controlo e gestão de sentimentos. Ao longo do estágio procurei elucidar/clarificar o doente e familiares, acerca de procedimentos e exames aos quais seria submetido. Percebi que, é fundamental, permanecer junto ao doente antes, durante, e alguns minutos após os procedimentos, explicando para não ter medo - *“estamos aqui consigo, a trabalhar para o ajudar”*. Estes simples passos, permitem ao doente e família, enfrentar com menor anseio, medo, dúvida, o que para si é desconhecido. Foram dedicados alguns momentos de forma a preparar o doente e família para alguns procedimentos, nomeadamente, cuidados de higiene e conforto no leito, sedação, entubação orotraqueal, ventilação mecânica não invasiva, imobilização em plano, entre outros. A minha experiência vai de encontro ao que afirma Nascimento & Trentin (2004), o cuidado não se resume apenas a uma atuação técnica, a execução de um determinado procedimento, deverá sim, ser expresso em atitudes, pois é relacional.

A família é reconhecida como elemento fulcral para a continuidade da prestação de cuidados, pelo que os profissionais de saúde devem estimular a sua participação nos cuidados e o envolvimento nas decisões a tomar. A família é o sistema de suporte para todos os elementos que a constituem, representa o contexto social mais importante a atender, no planeamento das intervenções, influenciando positivamente o prognóstico do doente. Deve ser encarada como prolongamento da pessoa doente, sendo este aspeto condição para a prestação de cuidados de qualidade (Leske, 2002). Neste sentido, sempre

que possível procurei incluir a família/cuidador no plano de cuidados e nas decisões a tomar (no que concerne às decisões de enfermagem), assim como proporcionar a presença destes junto do doente, atendendo às limitações dos serviços.

Sem dúvida que, quando o doente está internado numa unidade com tanto avanço tecnológico, com restrição de visitas (UCI) e/ou numa situação aguda, de instalação súbita, imprevisível (APH), aumenta a sensação de angústia, rotura, sofrimento, medo, ansiedade. Procurei ajudar a diminuir estes sentimentos criando laços de segurança com o doente e família, mostrando disponibilidade para os ouvir, fornecendo a informação necessária e adequada, desmistificando medos e anseios, demonstrando segurança e conforto ao doente. Yang (2008) refere que as necessidades destacadas pelas famílias, por ordem de prioridade são: a segurança, informação, proximidade, conforto e suporte. O que vem corroborar aquilo em que eu acredito.

Considero que a presença e o envolvimento da família é tanto benéfica para o doente, quanto para a restante família. Quando o Enfermeiro conversa e escuta o doente e família, percebe os seus sentimentos, medos, dúvidas, anseios, permitindo posteriormente identificar as necessidades destes, e assim planear intervenções no sentido de as minorar, assegurar cuidados de qualidade e promover o bem-estar, antecipando e prevenindo futuros problemas. Condição para a qual o Enfermeiro especialista deve estar desperto.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (2011) prevê: o direito a ser tratado, no respeito pela dignidade humana, e das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas; o direito a receber os cuidados apropriados ao estado de saúde; o direito à prestação de cuidados continuados; o direito à informação acerca dos serviços de saúde existentes, respetivas competências e níveis de cuidados; o direito a ser informado sobre a respetiva situação de saúde e a obter uma segunda opinião; o direito a dar ou recusar o consentimento; o direito à confidencialidade e o de acesso aos dados registados no seu processo clínico; o direito à privacidade na prestação de qualquer ato; e o direito a apresentar sugestões ou reclamações.

O Artigo 106º do CDE (2015) afirma que *“o Enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, pelo que, deve considerar confidencial toda a informação do doente e da família, independentemente da fonte”* (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro, 2015, p. 8).

Aspetos como o consentimento informado do doente ou do representante legal, a procura de um ambiente seguro para a prestação dos cuidados, o princípio da beneficência e da não maleficência, da autonomia e da justiça do doente estiveram presentes na minha

prática. Como refere Bandeira (2008, p.45) *“mesmo nas situações de urgência, em que o tempo urge, o consentimento do doente, quando possível deve solicitar-se ao próprio”*. No entanto, quando a vítima não apresenta possibilidade de manifestar-se e não existe um representante legal o princípio da beneficência é norteador da conduta, procurando a proteção da vida e da saúde. Nestes casos, assume-se a noção de consentimento presumido ou implícito, entendendo que, se a pessoa estivesse plena das suas faculdades, escolheria a preservação da vida e da saúde.

A obtenção do consentimento informado só é possível se o doente possuir todas as suas faculdades mentais necessárias para compreender a informação fornecida por parte do profissional de saúde. O consentimento envolve informação adequada, capacidade de decisão do doente e compreensão da informação. Quando cumpridos estes requisitos, a pessoa decide de forma livre e esclarecida. O consentimento só é eficaz quando o doente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico, tratamento e consequências do mesmo, exceto se isso implicar que, o conhecimento da gravidade, pelo doente, colocar em perigo a sua vida ou ser suscetível de lhe causar danos graves à saúde física ou psíquica. A necessidade de obter o consentimento informado, assenta na proteção dos direitos à integridade física e moral da pessoa humana e fundamenta-se no reconhecimento da autonomia de todo e qualquer ser humano, baseado no poder de decisão livre. Ao longo do estágio, atendi sempre ao consentimento informado, e quando este não era possível (por alteração no estado de consciência), tinha sempre presente o princípio de beneficência do doente; procurei prestar cuidados de enfermagem num ambiente seguro e privado; ter uma visão holística do doente, que lhe confere unicidade no corpo, mas detentor de espírito, crenças, valores, e da sua história de vida.

Uma vez que, a informação pertence ao doente, procurei informar sempre dos procedimentos a realizar e das decisões a tomar, tendo em consideração que este tem o direito a ser informado, esclarecido e validado assegurando a veracidade, assertividade mantendo a esperança realista e respeitando a sua vontade acerca do que quer saber ou mesmo de delegar a informação (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Ao longo do estágio, o sigilo profissional esteve sempre presente no tratamento de informações, fossem elas obtidas junto do doente/família ou em contexto da equipa multidisciplinar. Vieira (2010) afirma que, aos profissionais de saúde compete manter confidencial a informação que recebem dos doentes, havendo normas a cumprir. Considera ainda que, o segredo profissional resulta da fidelidade e da lealdade para com os doentes.

A comunicação em enfermagem é uma parte essencial da prestação de cuidados, nos diferentes contextos, nas diferentes intervenções, perante diferentes diagnósticos, as necessidades comunicacionais variam tanto ou mais que estas realidades.

Para Silva (2006, p.45), “*É impossível não se comunicar: atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem*”. A prestação de cuidados de enfermagem de excelência, tem necessariamente de atender a uma comunicação terapêutica eficaz, com o doente e com a família. Comunicação terapêutica é “*habilidade de um profissional ajudar as pessoas a enfrentarem os seus problemas, relacionarem-se com os demais, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios à autorrealização*”.

O cuidar implica uma relação de ajuda profissional, entre o Enfermeiro, o doente e a família. Para que a mesma resulte em sucesso, o profissional tem de atender e desenvolver técnicas de comunicação eficazes (comunicação verbal e não verbal); ter empatia; possuir competências no domínio da relação de ajuda e de observação cuidada; e reconhecer o potencial da família, na construção de uma ponte entre o doente e o Enfermeiro.

Sá (1999, p.27), define vários critérios a que devemos atender para que a comunicação seja eficaz: “*Simplicidade; clareza; momento e pertinência; adaptação; credibilidade; congruência e coerência*”, acrescenta ainda, alguns fatores que devemos considerar: “*Valorização da conduta não-verbal; aparência física; postura e marcha; expressão facial; movimentos das mãos e gestos*” (Sá, 1999, p. 28).

Em qualquer contexto a comunicação assume uma importância valiosa, no entanto, na APH em especial no CODU, é de relevância ainda maior. O técnico que realiza a triagem da chamada, não estando no local, tem de conseguir no mais curto espaço de tempo, por via telefónica, perceber toda a situação, de forma a enviar os meios mais adequados ao local de socorro. Por esta ocasião, geralmente, quem dá o alerta encontra-se sob fonte de *stress* e ansiedade, não transmitindo as informações necessárias, dificultando a recolha de dados para que se proceda ao auxílio adequado. Durante os turnos realizados no CODU apercebi-me da falta de conhecimento da população em geral, relativo às informações a transmitir, e à importância dessas informações aquando do pedido de ajuda. Percebi a necessidade de orientação da população neste aspeto. Assim, e de forma a minorar essa ignorância, procurei nas ativações que tive, e no dia-a-dia (sempre que oportuno) realizar educação a este nível.

Procurei ao longo do estágio, e quando havida necessidade de transmitir informações, fossem ao doente ou à família, o realizar de forma calma, serena, tranquila, simples, para que a informação dada fosse efetivamente assimilada, sem causar mais *stress* que a própria situação. Tive sempre a preocupação de perceber se a informação foi entendida e se consegui estabelecer uma relação de confiança, empática, com um ambiente terapêutico adequado. Na UCIP havia ao dispor uma sala destinada a conferências familiares, no entanto raramente era usada, talvez pelo facto do espaço não ser dentro do serviço (ser comum à UCIP e à UC Intermédios). Procurei sensibilizar alguns profissionais para recorrerem a esse espaço, reafirmando os benefícios da atitude, como a maior privacidade, diminuindo o *stress* e ansiedade e demonstrando maior atenção ao problema a ser discutido.

Tendo em conta as proposições anteriormente referidas, pautei o meu desempenho ao longo do estágio, com o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal. Para tal, procurei demonstrar um exercício profissional, seguro e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, com avaliação sistemática das melhores práticas, baseadas nas preferências do doente e na mais recente evidência científica. Trabalhei, no sentido de promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, analisando e interpretando situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes. A excelência do exercício profissional, aliada ao respeito pelos direitos humanos e pelos valores universais, é o resultado de uma profissão que se assume na relação com a pessoa em diferentes fases da vida.

No terceiro módulo (APH) surgiu-me uma reflexão que considero pertinente, pelo que a passo a partilhar. A mesma recai sobre a decisão de não reanimar, sendo esta temática envolvida em grandes questões éticas.

Esta observação surge após ativação da ambulância SIV para um doente de 94 anos, totalmente dependente para as atividades de vida diária, com múltiplas comorbilidades, que foi encontrado em Paragem CardioRespiratória (PCR), num lar de idosos. No local já se encontrava uma equipa dos bombeiros em manobras de SBV.

A presente reflexão, por um lado, diz respeito à decisão de não reanimar. Como afirma Castle, et al (2003) a ordem de não reanimar é uma decisão médica, mas que deve ser acordada em equipa, e que facilita o processo natural de morte sem recorrer a

intervenções médicas agressivas. Isto assume particular importância, quando consideramos que a instituição dessas manobras se tornam fúteis.

Em contexto de ativação da ambulância SIV, apenas está presente o Enfermeiro e o tripulante de ambulância, o que implica manter as manobras de reanimação até chegada do médico da VMER (porque apenas o médico tem poder de decisão, relativo à deliberação de não reanimar e relativo à aptidão de verificar o óbito), e aí decidir avançar para SAV ou verificar o óbito. A situação descrita foi difícil de gerir, porque tinha a perfeita noção que estávamos a implementar medidas fúteis, mas que tínhamos de o fazer pois, está assim estabelecido no procedimento. O INEM declara como exceção ao início de manobras de reanimação, no seu Protocolo PCR Adulto (2013, p.7) *“Não devem ser iniciadas manobras de reanimação nos casos de morte evidente (decapitação, hemicorporectomia, carbonização e corpo em putrefação)”*.

Por outro lado, a reflexão prende-se com o facto de o doente se encontrar institucionalizado, e segundo o Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2012), o lar de idosos deve ter um médico assistente associado a cada doente. Assim, considero que deveria o médico assistente do doente em questão, ter um plano pré-definido, para quando este momento surgisse (era espectável que mais dia menos dia iria acontecer) e para este doente teria certamente pré-definido não iniciar manobras de reanimação. Caso assim acontecesse, naquele período estariam disponíveis 3 meios de APH (ambulância dos bombeiros, ambulância SIV e VMER) para outras situações que efetivamente deles necessitassem, e não se levantariam estas questões éticas.

Quando a PCR ocorre em ambiente extra-hospitalar, geralmente é inesperada, sendo a decisão de iniciar, manter ou suspender as manobras de reanimação asseguradas pelo médico da VMER, e nem sempre têm em consideração a vontade expressa do utente (INEM, 2011). Numa situação de emergência, principalmente fora do hospital, o tempo é escasso para atuar e salvar a vida humana, mas verifica-se também essa escassez no que concerne à oportunidade para refletir sobre a indicação de reanimar ou não reanimar.

Todos os doentes em PCR devem ser reanimados, exceto quando se verifica que seja uma atitude fútil ou que esteja contra a vontade expressa pelo doente (INEM, 2011). No entanto, é expectável pela família que com a chegada da equipa, estes façam tudo o que estiver ao alcance para recuperar a vida do seu familiar. Perante estas expectativas os profissionais deparam-se com situações complexas, dificultando ainda mais a tomada de decisão, acrescido do facto da equipa muitas das vezes ter ao dispor pouca ou nenhuma

informação relativa ao doente e à sua condição clínica. Foram várias as discussões acerca do assunto com a equipa multidisciplinar, procurando-os sensibilizar para a temática.

As competências que considero adquiridas neste domínio são:

- ✓ Incrementa uma prática profissional, ética e legal no seu campo de intervenção;
- ✓ Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

3.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O exercício profissional deve promover a excelência do cuidar, como tal, é importante instituir medidas de melhoria contínua da qualidade. Compreende-se desse modo a pertinência em abordar este domínio para a aquisição de competências enquanto futura Enfermeira especialista, procurando contribuir para a excelência da disciplina de enfermagem.

Objetivo: Desenvolver capacidade para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade nos vários níveis de planeamento, contribuindo para a prestação de cuidados de excelência.

A melhoria contínua da qualidade envolve uma análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, uma avaliação da qualidade e uma implementação de programas de melhoria contínua, a partir dos resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A melhoria contínua é concretizável quando a prática clínica é analisada de forma sistemática e organizada, sobressaindo assim, dados passíveis de serem solucionados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A prática baseada em evidência, é uma metodologia para a prática clínica disseminada entre os profissionais de saúde. A mesma consiste no recurso a evidência científica produzida em estudos, os quais se desenvolveram com rigor metodológico, e que influênciam na tomada de decisão do Enfermeiro, determinando a conduta mais correta a tomar, perante cada situação. Esta prática, requer capacidade em procurar estratégias para o desenvolvimento e o uso de pesquisa na prática clínica, a fim de transpor a dicotomia - teoria e prática, reflexiva. Posto isto, considero a necessidade efetiva de ampliar a conceção da pesquisa na prática profissional, para que a mesma possa ser vista como uma ferramenta do processo de trabalho do Enfermeiro, ou seja, considerada uma dimensão

efetiva da prática. Nesta perspectiva, o Enfermeiro deve ser treinado a investigar, assim como, a compreender essa pesquisa como produção e validação do conhecimento, numa visão crítico-reflexiva. Foi com este pensamento/ideologia, que pautei a evolução do meu conhecimento durante o estágio, acrescentando ao facto dos meus tutores de estágio também me estimularem a desenvolver competências nesse sentido. No entanto, observei que a prática baseada em evidência científica, no que se refere à prática do Enfermeiro, encontra obstáculos à sua consecução. Quero com isto dizer que, a excelência dos cuidados prestados, implica que o Enfermeiro dedique tempo à formação e investigação. No entanto, a realidade colide com jornadas de trabalho exaustivas, instituições que não apoiam o desenvolvimento de pesquisas, escasso tempo disponível para investigar, o facto ainda, da maioria dos estudos disponíveis apresentarem-se em outro idioma, sendo verificados/testados em realidades/populações diferentes da nossa, bem como a inaptidão em pesquisar e em analisar os seus resultados, aspetos que não promovem a evidência em enfermagem, tanto quanto o desejável.

“A investigação em Enfermagem é necessária para gerar novos conhecimentos, avaliar práticas e serviços existentes, fornecer evidência que informará a educação, prática, investigação e gestão em Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 53). Só através da investigação é que a enfermagem se pode assumir como profissão com um conjunto de saberes próprios. Nesta perspectiva o Enfermeiro especialista assume-se como um agente preponderante, pelas capacidades e competências que demonstra neste domínio.

A formação em serviço é fundamental para a gestão de qualquer instituição que presta cuidados de saúde, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional da equipa, tendo em vista a melhoria do desempenho e da qualidade dos cuidados prestados. Deverá ser criado um plano de formação em serviço que reflita as necessidades identificadas pelos profissionais, e as suas opções estratégicas.

A formação em serviço, representa um meio para a mudança de comportamentos e atitudes individuais e coletivas, de melhoria do processo e estruturas, visando a melhoria dos resultados. Verifica-se assim, um desenvolvimento de conhecimentos e de competências, definidos como um conjunto integrado de saberes, adquiridos na prática e na evolução pessoal, específica dos cuidados de enfermagem. Quando estes saberes são mobilizados em situações concretas, possibilitam a adequação de habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas, e evidencia comportamentos sócio afetivos adequados (Phaneuf, 2003).

Módulo III – Assistência Pré-Hospitalar:

Relacionado com a formação em serviço, no terceiro módulo de estágio, foi proposto a realização de um estudo de caso, relativo a uma das situações, em que tive a oportunidade de intervir, durante a prestação de cuidados no âmbito pré-hospitalar. No caso clínico relatado, remeto o estudo de caso na íntegra (Apêndice I - Estudo de caso: queda de altura), assim como a apresentação do mesmo, onde foi debatida a situação de uma vítima que sofreu uma queda de altura, no contexto de um acidente de trabalho. A escolha do caso clínico, prende-se pelo facto de se tratar de uma vítima crítica, com forte componente reflexivo, onde considero que a prestação de cuidados dos diferentes intervenientes, foram determinantes para a evolução positiva no estado de saúde da vítima.

A nível mundial, os acidentes de trabalho apresentam números alarmantes. O número total de acidentes é elevado, assim como, o número de acidentes mortais. Estima-se que em cada ano, em todo o mundo, morrem aproximadamente 2 milhões de trabalhadores vítimas de doenças relacionadas com o trabalho e 300 mil de acidentes de trabalho mortais. Por cada dia do ano, morrem aproximadamente 6 300 trabalhadores, sendo que, 960 são vítimas de acidentes de trabalho mortais e cerca de 5 400 de doenças relacionadas com o trabalho (Takala, et al., 2014).

Na União Europeia em 2012, foram vítimas de acidentes de trabalho mortais 3 515 trabalhadores, dos quais, 162 em Portugal (Eurostat, 2015).

As definições de acidentes de trabalho são diversas, mas todas têm o mesmo propósito - um ato imprevisto de que resulta dano físico ou morte. A Eurostat (2015) define acidente de trabalho como uma ocorrência imprevista, durante o tempo de trabalho, que provoque dano físico ou mental.

É essencial que exista um forte empenho por parte dos órgãos de gestão, bem como, a participação dos trabalhadores no sentido de criar e manter um local de trabalho seguro e saudável. Deverá prestar-se maior atenção às condições de trabalho e ao grau de satisfação dos trabalhadores. Estes, são aspetos sobre os quais podemos e devemos atuar, no sentido da prevenção de acidentes de trabalho, e para a formação acerca dos cuidados necessários à prestação dos primeiros socorros, caso um incidente ocorra.

O estudo de caso elaborado teve como objetivos: Relatar um caso clínico, no qual foi acionado o meio SIV para atender uma vítima de queda de altura, em contexto de acidente de trabalho; Analisar a abordagem à vítima; Analisar a gravidade das lesões da presente vítima; Refletir sobre aspetos que previnam a recorrência do acidente de trabalho e atenuem a gravidade das lesões. Proporcionou ainda, a aquisição de novos conhecimentos

e competências no domínio da prestação de cuidados no âmbito pré-hospitalar, da formação em serviço e competências pedagógicas.

A abordagem à vítima foi executada de acordo com os procedimentos estabelecidos pelo INEM. Ou seja, após asseguradas as condições de segurança, foi realizada a avaliação inicial, usando a metodologia ABCDE. De seguida procedeu-se à avaliação secundária, com a reavaliação dos sinais vitais e estado de consciência, promovida a recolha de informações e realizado exame físico de forma sistematizada, segmento a segmento.

Da discussão do estudo de caso, sobressai:

Nas vítimas de queda de altura, a troca de energia entre o corpo e a zona de impacto determina o tipo de lesões e de gravidade variáveis. Há vários fatores envolvidos, nomeadamente a altura da queda e a maneira como o corpo atinge o solo, as características do impacto e a velocidade da queda.

Parreira et al (2014), concluíram que as vítimas de queda de altura apresentaram maior gravidade anatómica do trauma, maior frequência e maior gravidade de lesões torácica e de extremidades. As lesões consideradas graves foram verificadas em extremidades (17,5%), crânio (8,4%), torácico (5,5%) e em abdómen (2,9%). Estas mesmas conclusões vão de encontro ao caso clínico explanado.

Torna-se importante o reconhecimento precoce de características específicas, quer relativas ao estado da vítima, quer ao mecanismo de lesão, nas vítimas de quedas de altura, uma vez que, auxilia na triagem (prioridade dada) destes doentes, bem como no encaminhamento para o hospital mais adequado, monitorização/vigilância e adequação aos exames complementares de diagnóstico necessários. A compreensão da gravidade do mecanismo de trauma que as quedas de altura proporcionam é extremamente importante.

Outro aspeto em que se torna necessário refletir, é acerca da origem do problema e na forma de prevenir a sua recorrência. Ou seja, torna-se necessário criar estratégias para uma averiguação mais apertada no que respeita ao cumprimento das normas de segurança. Com isto, refiro-me ao facto de o acidente ter ocorrido após a hora de almoço, e o doente apresentar hálito etílico. Sabendo que o consumo de álcool diminui a capacidade de concentração e reação, estaria este funcionário em plenas capacidades de exercer a sua função, em cima de um andaime? Não foi visualizado pela equipa presente no local, capacete de proteção da vítima nem guardacostas na estrutura/andaime. Caso estivessem a ser utilizados os equipamento de proteção identificados, poderia-se ter diminuído o risco de queda? E contribuiria para diminuir a gravidade das lesões que se verificaram?

Quando a reflexão recai sobre os cuidados prestados pela equipa do pré-hospitalar (em que o Enfermeiro assumiu a posição de líder) a questão que se coloca é: “O que poderia ter corrido melhor?” Da minha reflexão, apuro que foram prestados os melhores cuidados perante a situação e o ambiente que se apresentou, no entanto, os tempos podem sempre ser melhorados com treinos e práticas simuladas. Um aspecto que me sobressai, é o fato do transporte da vítima, se ter realizado para o Hospital a cerca de 15 minutos do local (por indicação do médico do CODU), hospital este que não disponibiliza da especialidade de Neurocirurgia. Visto que o doente apresentava TCE com alteração do estado de consciência, e estando outro Hospital a cerca de 30 min do local, com disponibilidade da especialidade de Neurocirurgia, não teria sido mais prudente o transporte para este hospital?

A elaboração, apresentação e discussão do caso clínico apresentado permitiu-me atingir os objetivos a que me propus inicialmente. Facultou ainda o aprimorar de habilidades pedagógicas. É certo que, o facto de possuir o curso Certificado de Competências Pedagógicas, me fez encarar o público (Enfermeiros de diferentes meios de APH da região Norte) com menor receio, no entanto, os instantes iniciais são sempre de grande nervosismo pela incerteza de como decorrerá a sessão. O facto de ser a primeira vez em que o meu público-alvo possuía iguais ou mais competências que eu, na área a abordar, fazia aumentar ainda mais o nervosismo e a ansiedade. Considero que o resultado final foi muito positivo, sentindo que o público-alvo me encarava como uma colega a ministrar um módulo de formação em serviço.

As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), como meio de socorro diferenciado, resultaram da necessidade de desenvolver continuamente o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), e têm por objetivo melhorar os cuidados de emergência pré-hospitalar prestados à população. A sua criação tem-se revelado uma estratégia de qualidade, trazendo ganhos para a saúde.

Segundo estatística do INEM (2018), a ativação de meios pré-hospitalar pela queixa de dor torácica, durante o ano de 2017, surgiu em média 50 ativações/mês. Através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (2014), é-nos dito que 37% dos utentes com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST (EAM c/ Supra ST) são admitidos por Via Verde (INEM).

Pelas razões acima descritas, considero que as diferentes equipas de emergência pré-hospitalar, nomeadamente os elementos que tripulam a ambulância SIV, devem deter

os conhecimentos mais atualizados, assim como, dispor de todo o material e equipamento necessário para a realização do diagnóstico e de terapêutica essencial, de modo a atuar em conformidade.

A presente reflexão surge, pelo fato do Enfermeiro em meio SIV não disponibilizar do anti-agregante plaquetar mais eficaz na prevenção de novos eventos cardiovasculares, para administração num caso de provável EAM, não indo de encontro ao que a mais recente investigação aponta.

A terapêutica antitrombótica pré e periprocedimento, constituída por dupla antiagregação plaquetar e anticoagulação parentérica, assumem um papel central na abordagem do doente com EAMcST submetido a angioplastia primária (P-PCI).

Ao longo da última década, a dupla antiagregação com Aspirina e Clopidogrel tem constituído a terapêutica padrão, no entanto, as limitações do Clopidogrel, nomeadamente o início de ação lento e a variabilidade individual da resposta antiagregante plaquetar, resultante da elevada taxa de metabolização hepática, promoveram a investigação de novos inibidores P2Y12, associados a uma maior rapidez de ação, reversibilidade, ausência de metabolização hepática e consequente redução da variabilidade individual.

O estudo PLATO (2010) investigou o benefício do Ticagrelor em relação ao Clopidogrel, o qual incluiu 18624 doentes admitidos por Síndrome Coronário Agudo (SCA) com e sem supradesnivelamento ST. O estudo mostrou uma redução significativa do objetivo primário de eficácia (morte de causa cardiovascular, EAM e AVC) aos 12 meses, sem aumento da taxa de hemorragia *major* global. No subgrupo de doentes com EAMcST, o benefício do Ticagrelor no desfecho primário foi consistente com os resultados globais do estudo, sem aumento das complicações hemorrágicas e com uma tendência para a redução do risco de morte cardiovascular. Dados do estudo PLATO demonstram que, em relação ao Clopidogrel, a administração intra-hospitalar de Ticagrelor, reduz a incidência de eventos cardiovasculares adversos em utentes com EAMcST. Ainda é incerto, no entanto, se a administração pré-hospitalar de Ticagrelor pode conferir vantagens adicionais à reperfusão coronária e evolução desses utentes comparativamente com a sua administração hospitalar.

Desta forma, as *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC Clinical Practice Guidelines, 2014) recomendam a associação de um inibidor P2Y12 à Aspirina, preferencialmente Ticagrelor 180 mg. A administração de Clopidogrel 600 mg, é recomendada apenas, nos casos em que os fármacos apontados anteriormente não estão disponíveis ou estão contraindicados.

O estudo ATLANTIC (2014) analisou o benefício da administração de Ticagrelor no contexto pré-hospitalar comparativamente com a administração no laboratório de hemodinâmica. Este estudo, revelou tratar-se de uma estratégia segura, sem impacto na reperfusão coronária pré-angioplastia, mas associada a uma redução significativa da trombose do *stent*.

Os autores dos diferentes estudos concluíram que, não se observou benefício estatístico na melhora da reperfusão antes da intervenção coronária, porém a administração pré-hospitalar de Ticagrelor, é segura e pode prevenir trombose aguda do *stent* após o procedimento.

As recentes guidelines (ESC Clinical Practice Guidelines, 2014), assumem que os inibidores P2Y12 devem ser administrados no momento do primeiro contacto médico. Este primeiro contacto médico é realizado muitas vezes no contexto pré-hospitalar.

O trombo responsável pelo EAMcST é particularmente rico em fibrina, pelo que a terapêutica anticoagulante endovenosa é essencial na P-PCI. Apesar da escassa evidência científica, a heparina não fracionada (HNF) administrada em bólus seguido de perfusão é o anticoagulante mais usado na prática clínica.

Assim, a seleção criteriosa da terapêutica antitrombótica é crucial no EAMcST, exigindo inibição plaquetar rápida, completa e previsível, e anticoagulação parentérica segura e eficaz, tendo presente que o prognóstico depende do equilíbrio entre benefício isquémico e risco hemorrágico. Desta forma, a terapêutica deve ser individualizada, de acordo com as características clínicas do utente, estratégia de reperfusão e experiência dos profissionais.

Pretendia com esta reflexão, apontar os dados das investigações mais recentes no que se refere à administração de terapêutica antitrombótica no EAM, para assim, se possível, estar disponível no meio SIV comprimidos de Ticagrelor, assim como, a reformulação do protocolo da dor torácica.

Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos:

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011b, p.5), compete ao Enfermeiro EEMC maximizar a sua intervenção na *“prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”*. Procurei assim, pautar a minha atuação ao longo do estágio com o princípio acima descrito. Considero que o controlo de infeção tem um percurso ainda longo a percorrer, com necessidade de manter continuamente investigação

nesta área. Na procura constante pela excelência dos cuidados prestados, entendo que o Enfermeiro especialista pode, e deve proporcionar contributos na tomada de consciência para a prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, reduzir o uso de antimicrobianos e reduzir a resistência aos antimicrobianos, elevando a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

A vigilância epidemiológica é para Gaynes R. (2001), uma recolha, análise e interpretação, continuada e sistemática, de dados essenciais para o planeamento, implementação e avaliação da prática nesta área, assim como a sua disseminação periódica e divulgação para quem deles necessita ter conhecimento. A demonstração de qualidade ao nível dos cuidados de saúde exige documentação relativamente aos cuidados prestados.

Ao longo deste módulo de estágio tive a possibilidade de colaborar diariamente com o preenchimento de grelhas de vigilância epidemiológica, dados esses que seriam trabalhados e analisados *à posteriori* por elementos do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA). Dentro desta temática, tive a oportunidade de desenvolver competências, nomeadamente relativa ao Programa de Vigilância Epidemiológica da Infecção nas Unidades de Cuidados Intensivos (HELICS – CI), que pretende realizar vigilância, do tipo prospetivo, da infeção nosocomial nas unidades de cuidados intensivos. O mesmo tem como objetivos: conhecer a incidência das infeções nosocomiais mais importantes na UCI; conhecer a evolução da flora responsável por este tipo de infeção e respetivos padrões de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos; comparar as taxas de infeção nosocomial associada a meios invasivos e avaliar a evolução do consumo de antibióticos. Ainda, conheci e promovi a *Bundle* hospitalar da PPCIRA para higiene das mãos, realizei auditoria interna ao cumprimento das Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), auditoria ao feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação; Auditoria ao cumprimento do feixe de intervenções de Prevenção de Infeção relacionada com o Cateter Venoso Central.

Durante a prestação de cuidados, atuei sempre com a preocupação de atender aos princípios de controlo da infeção e da segurança do doente. As medidas implementadas basearam-se na manutenção da segurança, refletidas pela subida das grades da cama de modo a prevenir quedas, através de posicionamentos corretos e alternância frequente da posição de modo a prevenir úlceras de pressão, pelo respeito das PBCI, nomeadamente: colocação do doente; higiene das mãos (cinco momentos de higienização das mãos e indicações relativas ao uso de luvas); etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental;

manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção Geral da Saúde, 2012).

Relativo às *guidelines* sobre a prevenção de infeção com os dispositivos intravasculares procurei respeitar os princípios de preparação da pele utilizando solução de Clorohexidina 2%, na manipulação do cateter venoso central, cateter arterial e sistemas de perfusão usei sempre técnica assética, sem esquecer as medidas universais de proteção individual (Centers for Diseases Control and Prevention, 2011) e (Direção Geral da Saúde, 2015a).

Cumpri ainda as *guidelines* relacionadas com os cuidados a ter na introdução e manipulação do cateter urinário, do sistema de drenagem e da fixação da sonda vesical, como forma de prevenção de infeções associadas ao trato urinário (Centers for Diseases Control and Prevention, 2009). Outra reflexão realizada com alguns elementos da equipa de enfermagem está relacionada com a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical. Considero que possivelmente, por se tratar de uma unidade que cuida de doentes críticos, e por questões de monitorização de débito urinário (para controlo do balanço hídrico e da função renal), chegam ao serviço algaliados e acabam por ter alta ainda com a sonda vesical. Partilhei com os colegas, o que vem preconizado no “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, emanado pela Direção Geral de Saúde (2015b). Importa refletir nomeadamente acerca de: avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical; cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem; cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, doente a doente; realizar a higiene diária do meato uretral; manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade; verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível. Estas foram as recomendações que dei mais ênfase, pois ao longo do estágio apercebi-me de algumas não conformidades quanto alguns dos pontos referidos anteriormente.

A maioria dos doentes com que contatei durante o estágio em CI encontravam-se sob suporte de ventilação mecânica - invasiva ou não invasiva. Uma das grandes complicações associadas, é a acumulação de secreções, podendo conduzir a pneumonia de imobilidade – conferindo um risco acrescido à instabilidade hemodinâmica do doente. A ventilação

mecânica aliada à incapacidade em auto promover a limpeza das vias aéreas, quer pela alteração do estado de consciência (com presença de tosse ineficaz), quer pela imobilidade prolongada no leito, conduz à necessidade aumentada de aspiração de secreções, e de maiores cuidados para a prevenção da pneumonia associada à ventilação. Relativamente a este procedimento considero que toda a equipe se encontra consciencializada das normas, indo de encontro ao preconizado no “Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação, emanadas pela DGS (2015c). Ou seja, o procedimento é sempre realizado com técnica asséptica; é revisto diariamente a possibilidade de reduzir a sudação e avaliada a possibilidade de desmame ventilatório/extubação; é mantida a cabeceira do leito, num ângulo superior a 30°; é realizada 3 vezes/dia higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%; são mantidos os circuitos ventilatórios, substituindo apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes; é mantida pressão do *cuff* do TOT entre 20 e 30 cmH₂O.

A prevenção de infeção pode, deve e é um indicador de qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo da infeção é evitar as infeções e promove-lo com custo-efetivo justo, tendo em conta os fundamentos básicos: remover o reservatório e fonte; cortar a via de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível (Comissão de Controlo de Infeção, 2007).

Da mobilização do doente politraumatizado à otimização do doente conectado a prótese ventilatória todas as intervenções se regeram pelo exercício seguro das mesmas. Promovi a aplicação de princípios de modo a garantir a segurança, quer relacionada com o doente, como a segurança na administração da terapêutica quer na segurança dos profissionais através da aplicação de princípios de ergonomia. Estes devem também, ser o foco de atenção do Enfermeiro especialista, aos quais estive atenta.

Uma outra área que deverá ser fonte contínua de reflexão, sendo passível de ser melhorada está relacionada com os estímulos sensoriais a que o doente crítico está sujeito. Refiro-me por um lado a uma privação sensorial, ou seja, ausência de estímulos sensoriais com significado para o indivíduo, manifestada por perda da perceção do tempo, ansiedade e medo, agitação, depressão, *delirium*, ilusões, alucinações e sintomas característicos de psicose. Por outro lado, a uma sobrecarga sensorial caracterizada por demasiados estímulos sensoriais, em tal quantidade, que não se verifica controlo sobre o ambiente que rodeia o doente, manifestado por ruído contínuo sem períodos de silêncio, aumento da necessidade de medicação analgésica, incapacidade para dormir, sentimentos de medo, desamparo, esquecimento, isolamento, reagem pensando que as conversas e risos de outros são dirigidos a si, ansiedade, pânico, confusão, *delirium* (Cornock, 1998).

Refletindo acerca do que seria passível de ser melhorado em ambiente de UCI é sem dúvida a sobrecarga sensorial, fruto dos diversos equipamentos tecnológicos ao dispor, com alarmes constantemente sonorizados aliados ao ruído provocado pelos profissionais de saúde. Antes mesmos de iniciar o estágio, imaginava que este seria um ponto de melhoria, que se veio a confirmar. Realmente o ambiente em UCI, detém uma sobrecarga de ruídos, que se revela prejudicial, quer para o doente, quer para as famílias, a passar por momentos de dor, encontram-se impossibilitados de beneficiar de momentos de silêncio. Mas, é também para os profissionais de saúde gerador de *stress*, e com o avançar das horas sujeito aos mesmos estímulos sonoros, tendem a desvalorizar os alarmes.

Ao longo do módulo de estágio apliquei o processo de enfermagem mobilizando todos os conhecimentos adquiridos, de forma a identificar problemas potenciais e/ou reais para o doente, efetuando o diagnóstico da situação, planeando posteriormente quais as ações de enfermagem mais adequadas, implementando-as e realizando uma nova análise para observar a sua eficácia. Uma vez que, lidava constantemente com doentes em situação crítica, e pela necessidade de uma resposta rápida e eficaz, este processo era por vezes, realizado mentalmente.

As competências que considero adquiridas neste domínio são:

- ✓ Adquire um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da administração clínica;
- ✓ Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade;
- ✓ Cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico.

3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Objetivo: Melhorar os cuidados através da motivação da equipa e liderança adequada, bem como adequação dos restantes recursos.

O Enfermeiro especialista deve ser capaz de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, deve ser capaz de exercer supervisão do exercício profissional e de realizar gestão dos cuidados.

A identificação e satisfação das necessidades do doente, não pode ser abordada por uma só categoria profissional, mas sim, por uma equipa de saúde que agrega profissionais de diferentes categorias e formações, em torno do mesmo propósito – prestação de

cuidados de saúde de excelência. Para que este objetivo seja alcançado, os diferentes profissionais devem-se articular, organizar e complementar uns com os outros.

O trabalho em equipa, requer uma dinâmica de funcionamento partilhada, assente numa organização de rotinas próprias de cada grupo profissional, permitindo a prestação de cuidados em tempo útil e adequado mediante uma eficaz planificação dos cuidados, com o mínimo de interferências nefastas, entre si, permitindo ao doente retirar o maior proveito.

“Enfermagem, é 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.” (REPE, 1998, p. 3)

O Enfermeiro gere os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e dos profissionais, adequando os recursos existentes à necessidade destes, de forma a garantir a segurança e a promoção da qualidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Um dos focos da atuação dos Enfermeiros prende-se com a gestão dos cuidados de enfermagem, com a qualidade dos mesmos e com a prestação em tempo oportuno. Este domínio mostrou-se pertinente para a aquisição de competências, enquanto futura Enfermeira especialista.

Para Teixeira (2011) a gestão é uma forma de obter resultados, sejam bens ou serviços, com o esforço dos outros. Esta mesma gestão deixou de se preocupar com a manutenção do estado atual dos factos, constituindo-se um estímulo à implementação da mudança e incentivo à inovação, de modo a atingir a melhoria dos cuidados (Martin & Henderson, 2004). A sua função é interpretar os objetivos propostos e transformá-los em ação, através do planeamento, organização, direção e controlo dos esforços realizados, com o propósito de atingir esses mesmos objetivos (Teixeira, 2011).

Em suma, a gestão tem o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência.

Segundo o (REPE, 1998, p. 3) Enfermeiro especialista é o profissional:

“com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para

prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

São competências do Enfermeiro especialista, relativamente à gestão de recursos humanos e materiais - planear, coordenar e descrever intervenções no seu domínio de especialização; identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A gestão dos cuidados é uma área inerente a quem exerce o cargo de chefia, mas também inerente ao Enfermeiro especialista, na gestão dos cuidados relativos à sua área de especialização e na colaboração com o Enfermeiro chefe. A chefia em enfermagem, deve ser entendida como rampa para a mudança, uma vez que, lhe é depositada a esperança para desenvolver e melhorar a organização das estruturas institucionais bem como a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais que aí trabalham. É, portanto, exigido que o gestor de cuidados tenha a capacidade de identificar as necessidades dos colaboradores, acompanhá-los no seu percurso, e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A tomada de decisão do Enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Este identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efetuada uma correta identificação da problemática do doente; planeia as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, deteta precocemente problemas potenciais e resolve ou minimiza os problemas reais identificados. No processo de tomada de decisão em enfermagem, e na fase de implementação das intervenções, o Enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Em algumas equipas, quer de enfermagem ou de outras disciplinas, subjaz o conceito de perito, onde determinado ato ou decisão é consumada pelo elemento mais habilitado ou com melhores capacidades para tal, permitindo assim, a máxima qualidade possível nas diversas ações que a equipa pode produzir. Embora ainda, recém-chegada às diferentes equipas, senti que alguns colegas me viam como perita numa determinada área. Por exemplo, quando havia necessidade de puncionar um doente, com maus acessos periféricos, pelo facto de trabalhar num SU (e porque antecipadamente quando foi necessário eu consegui com certa facilidade), me solicitavam para essa tarefa.

No decorrer deste estágio, foi-me possível colaborar na gestão de cuidados na área da especialização em EMC. Aspetos como a gestão de *stocks* de consumíveis e

equipamentos, gestão de horários, gestão de pessoas, analisar índices de taxa de ocupação e análise do tempo médio de internamento, fizeram parte do meu foco de ação.

Outro aspeto importante na área da gestão tem a ver com a orientação de pessoas, mais do que gerir torna-se necessário liderar. Considero que a liderança é uma função que deve ser conquistada, e essa conquista tem início num relacionamento empático com os membros da equipa e na demonstração de competências, sejam elas de carácter técnico ou de carácter ético. Os profissionais com quem trabalhamos, ao aperceberem-se do verdadeiro interesse nas suas necessidades, e não apenas no cumprimento de tarefas, atribuem-nos valor e autoridade, acabando por reconhecer a nossa liderança. Adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e aos contextos visando a otimização da qualidade dos cuidados revelou-se uma atividade eficaz para demonstrar a capacidade de melhorar os cuidados através da motivação da equipa e liderança adequada, bem como adequação dos restantes recursos.

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio foram de dois tipos: intervenções autónomas e intervenções interdependentes. As intervenções autónomas representam as ações efetuadas pelo Enfermeiro, das quais apenas depende a sua iniciativa e responsabilidade. As intervenções interdependentes revelam as ações executadas pelo Enfermeiro segundo as respetivas qualificações profissionais, e em articulação com outros profissionais de saúde, com o objetivo comum, inerentes a planos de ação previamente definidos pela equipa, aos quais se encontram integrados as prescrições ou orientações previamente formalizadas (REPE, 1998).

Módulo de estágio III – Assistência Pré-Hospitalar:

No módulo de estágio da APH constatei que a gestão de cuidados varia desde a prestação direta de cuidados à pessoa, em que é preciso trabalhar com diferentes profissionais em diferentes contextos, de modo a suprir as necessidades da vítima, o que implica uma gestão/definição de prioridades até à gestão de processos para que toda esta dinâmica funcione.

Aqui, foi-me permitido colaborar na gestão de cuidados, nomeadamente através da gestão de recursos materiais, na gestão da equipa e na gestão dos cuidados de enfermagem.

O Enfermeiro deverá antecipadamente assegurar a preparação de todo o material necessário, de acordo com o protocolado para cada meio de socorro, de modo a que a prestação de cuidados a cada ocorrência ocorra de forma atempada e adequada. No que concerne à gestão de recursos materiais efetuei diariamente, e após cada ativação, a

checklist do material existente na viatura e nas malas de apoio, a fim de verificar e repor o material em falta. Esta verificação periódica permite que cada elemento conheça detalhadamente o meio onde trabalha, saiba onde se encontra cada material/equipamento de que poderá vir a necessitar, e ainda evita que em determinada ocorrência falte material que deveria lá estar. Realizei ainda, teste ao funcionamento dos equipamentos, assim como verifiquei as validades de medicação e de todo o material. A reposição de medicação e material é realizada com apoio de um *stock* extra que existe na base. Após cada ocorrência, procedi à atualização do *stock* existente, debitando na aplicação informática o material usado na ocorrência, sendo que posteriormente o departamento de logística do INEM procede à reposição do mesmo. Por fim, a necessária limpeza e desinfeção da viatura e dos equipamentos, de forma a deixar tudo operacional para uma nova ativação.

Relativo à gestão dos cuidados, na abordagem à vítima atendi sempre ao mesmo princípio, por organização de prioridades. Então, após asseguradas as condições de segurança, procedíamos à avaliação primária seguida da avaliação secundária. Na avaliação primária está preconizado a avaliação segundo a metodologia ABCDE, ou seja, A: Via aérea com controlo da coluna cervical, B: Respiração, C: Circulação com controlo de hemorragia externa, D: Disfunção neurológica, E: Exposição com controlo da temperatura, sendo que, a cada ponto de avaliação se procede à correção das alterações detetadas. A avaliação secundária preconiza monitorização de sinais vitais, recolha de informação: C: Circunstâncias do incidente, H: História anterior de doença e/ou Gravidez, A: Alergias, M: Medicação habitual, U: Última refeição, seguida de uma avaliação detalhada por segmentos corporais (INEM, 2012). Considero que avaliar a vítima nestes moldes, permite uma avaliação prática e completa, não descorando avaliação de pontos importantes, e sendo por prioridades, permite que o mais prioritário seja avaliado e corrigido primariamente, em relação ao menos prioritário. Foi sempre promovida a estabilização do doente antes de iniciar o transporte, e posteriormente realizada reavaliação periódica de acordo com a estabilidade/necessidade da vítima. Por fim, todas as informações recolhidas, avaliações e intervenções implementadas foram transmitidas à equipa que dará continuidade de cuidados ao doente.

Com a atual integração das SIV's e das VMER's nos SUs, a área da gestão destas equipas passam a estar inerentes às chefias destes serviços. Apesar de estarem diretamente afetas às chefias, o Enfermeiro especialista também tem vindo a assumir um papel ativo e determinante neste processo, por apresentar um conjunto de conhecimentos e competências específicas neste domínio. Nos meios por onde passei, as chefias têm vindo a delegar

competências de gestão sobre as dinâmicas pré-hospitalares aos Enfermeiros especialistas que constituem as respetivas equipas. Os turnos realizados na VMER foram sempre sob a tutoria de Enfermeiros especialistas, o que me permitiu otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, assim como, orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade das mesmas.

Relativamente ao sistema de informação para registo das avaliações, intervenções e monitorização dos resultados, realizados a cada ativação na APH, são realizados em equipa (não são individualizados por categoria profissional) através da aplicação *MobileClinic* que permite a receção de informação do CODU, registo de dados clínicos da vítima e envio desses dados para o hospital de destino e para o CODU. Dependendo do tipo de ocorrência, a aplicação *MobileClinic* apresenta os respetivos formulários acompanhados de quadros gráficos, onde é possível indicar, nas zonas corporais as diferentes lesões.

Módulo de estágio II – Cuidados Intensivos:

Durante este módulo de estágio, acompanhei em alguns turnos o Enfermeiro de apoio à gestão. O papel deste elemento é muito importante e de grande contributo para com o Enfermeiro chefe e para com os restantes elementos da equipa. Este acompanhamento permitiu-me compreender o seu desempenho, nomeadamente na gestão da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, gestão de material e equipamentos, entre outros. Relativamente à reposição de material de uso clínico, existe um armazém avançado que é repostado por níveis, em função de um *stock* previamente definido mediante os gastos do serviço, sendo posteriormente repostado pelo armazém geral. No que concerne à reposição de fármacos, estes são repostos pela farmácia segundo o sistema *PIXYS*, que é um sistema de gestão semi-automático de distribuição de medicação. Composto por um grupo de armários/gavetas controlados eletronicamente por um *software* em comunicação com as aplicações informáticas disponíveis no hospital, onde os *stocks* se vão mantendo constantes, racionalizados de forma a evitar ruturas. Considero que este sistema é benéfico para a prática de enfermagem, pois reduz a possibilidade de ocorrência de erros, através de sistemas de alerta. Trata-se de medidas adicionais de segurança para os medicamentos de alto risco, aumentando a segurança do doente e dos Enfermeiros.

Na UCIP o sistema de informação utilizado é o *B-Simple*, que usa linguagem CIPE (Classificação para a Prática de Enfermagem), ou seja, uma classificação criada pelo ICN que visa uniformizar conceitos, e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, com uma terminologia comum. O Enfermeiro, em cada turno, analisa o plano

de cuidados identificado para o seu doente atualizando-o sempre que necessário. Considero que este sistema de informação se adequa às necessidades do doente crítico e aos cuidados de enfermagem, permitindo uma apreciação global do doente, a gravidade clínica do mesmo, a quantidade e qualidade de cuidados que necessita, traduzindo o tempo absorvido por cada Enfermeiro para cada doente.

Acompanhei ainda o Enfermeiro de coordenação, a função deste, passa inicialmente por, assistir à passagem de turno da equipa de enfermagem e posteriormente assiste à passagem de turno da equipa médica, fixando o plano de cuidados para o dia, de cada doente, e depois transmite esse plano de cuidados ao Enfermeiro responsável pelo doente no turno. Após alguma reflexão, considero que este momento devia ser mais produtivo, ou seja, permitir maior intervenção por parte de enfermagem, pois obtém-se informações da parte médica, mas poucos dados da vigilância de enfermagem são debatidos. Quero com isto dizer que, considero uma postura passiva, e deveria pelo contrário, haver uma transmissão de dados da vigilância de enfermagem. Se cabe ao Enfermeiro vigiar o doente relativo a estabilidade hemodinâmica, balanço hídrico, evolução de feridas/hematomas, perdas hemáticas (...), deveria ser o Enfermeiro a transmitir/discutir esses dados, valorizando a sua prática. Durante o resto do turno o Enfermeiro de coordenação colabora com a equipa, na gestão de cuidados, sendo considerado como o elemento mais diferenciado, a quem direcionam questões aquando de alguma dúvida. Este acompanhamento, permitiu-me também, desenvolver competências na área da orientação e supervisão de tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade na otimização do processo de cuidados, ao nível da tomada de decisão.

Este módulo de estágio permitiu-me ainda, desenvolver conhecimentos na avaliação dos índices de carga de trabalho de enfermagem, utilizando a ferramenta Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28). Trata-se de um sistema de medida de gravidade e da carga de trabalho de enfermagem em CI, criado em 1974 e atualizado em 1996, tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pelo Enfermeiro para a realização de determinados procedimentos no doente crítico. O sistema é composto por sete categorias de intervenções terapêuticas: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas. O TISS-28 permite não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta dos doentes, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem na UCI, uma vez que cada ponto

TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de trabalho de um Enfermeiro na assistência ao doente crítico (Padilha, 2005).

Rapidamente percebi que gerir equipas não é uma tarefa simples, pois, além de abranger um número elevado de profissionais, transporta ainda a gestão de situações problema, conflitos, gestão de tempo, horários, formação, organização, inovação, dinâmica, sentido de liderança, entre outros.

Ao longo deste estágio, procurei colaborar na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas; adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

As competências que considero adquiridas neste domínio são:

- ✓ Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- ✓ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

3.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFissionais

A natureza do exercício profissional dos Enfermeiros na atualidade e os caminhos da sua formação ganham sentido, se perspetivados numa lógica de cruzamento disciplinares e de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais. Os estágios clínicos emergem como componentes relevantes no processo de formação, onde o saber profissional é o resultado da fusão de saberes provenientes de várias fontes (teórica, prática e experiência pessoal), fornecendo uma visão ampla da realidade.

A prática avançada em enfermagem reporta-se não só ao domínio das competências técnicas, mas sobretudo à capacidade de atribuir um sentido às ações e aos cuidados prestados, de acordo com a individualidade de cada um. Assim, é necessário refletir sobre a prática questionando o porquê das coisas, do procedimento mais simples ao mais complexo, da orgânica da unidade ao funcionamento da instituição, no intuito de encontrar as melhores soluções, com vista à promoção do desenvolvimento profissional individual e coletivo (Silva A. , 2007).

Os estágios assumem-se como um período privilegiado para análise crítica e reflexiva da prática, permitindo interpretar e adaptar conhecimentos à especificidade e singularidade de cada situação particular. Chegar de novo a uma unidade e a uma equipa, com a bagagem recheada de conhecimentos (teoria e experiências), permite estar disponível para pormenores que passam despercebidos, a quem com eles se cruza diariamente. Assim, é importante aproveitar estas oportunidades, de criar e encontrar fontes de melhoria, seja sob a forma de sugestão ou operacionalizando-a, no intuito de se obter ganhos mútuos e aproveitamento de sinergias.

A formação não se constrói por acumulação, mas sim através do exercício de reflexão crítica sobre as práticas e de construção e reconstrução diária. A aprendizagem só se verifica quando por esforço próprio, se procura respostas para a resolução de problemas, e não pela receção de informações de forma passiva. Não é a prática que ensina, mas sim a reflexão sobre a prática. Ou seja, não é apenas na ação que reside o conhecimento, mas essencialmente na capacidade de refletirmos sobre a prática – é da reflexão que emerge o conhecimento (Zeichner, 2005).

O Enfermeiro demonstra capacidades de autoconhecimento, que são fundamentais para a prática de enfermagem, uma vez que, interfere na relação terapêutica e multiprofissional, realçando a importância de si e da relação com o outro, em contexto individual, profissional e organizacional. O Enfermeiro estabelece a tomada de decisão baseado em padrões de conhecimento, nomeadamente: científico, ético, estético, pessoal e do contexto. Estes padrões de conhecimento revelam-se facilitadores do processo de aprendizagem e da investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Objetivo: Adquirir competências de diagnóstico e de intervenção, na área de especialização em EMC, e ainda Conhecer as especificidades relacionadas com os cuidados inerentes ao doente crítico, na área de especialização em EMC.

Para a concretização do objetivo a que me propus, observei a dinâmica de funcionamento dos serviços ao longo do estágio, de modo a efetuar uma prestação de cuidados efetiva e de qualidade, incorporando na prática os conhecimentos adquiridos no curso de Licenciatura, no curso de pós-Graduação, no curso de Pós-Licenciatura, e os saberes adquiridos ao longo da vida pessoal e profissional.

Módulo III – Assistência Pré-Hospitalar:

Nas últimas décadas assistimos à consolidação progressiva do sistema de emergência médica pré-hospitalar em Portugal. Os Enfermeiros exercem funções na assistência pré-hospitalar há cerca de 30 anos, enquanto tripulante de ambulância, ambulância de Transporte de Recém-Nascidos, VMER e no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica. A sua função e a mais-valia da sua presença na APH são reconhecidas e foram reforçadas com o aparecimento das ambulâncias SIV.

Em Portugal não existem Enfermeiros a exercer funções no CODU, ao contrário de outros países europeus que têm nos seus sistemas de triagem de meios de emergência, equipas constituídas por Enfermeiros, como é o caso da Holanda, ou da Espanha que contam com os Enfermeiros como parte integrante das suas equipas (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Considero que a formação diferenciada do Enfermeiro permite um conhecimento global da pessoa, o que possibilita uma valorização assertiva de dados que nenhum protocolo existente pode ter em conta. Citando a Ordem dos Enfermeiros, *“a interpretação de dados baseada em evidência e conhecimentos científicos potenciam a eficácia das respostas, qualificam o serviço e conferem confiança e segurança aos cidadãos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4).

Nos turnos de estágio realizados no CODU, observei as dinâmicas/atividades levadas a cabo pelos profissionais, em diferentes postos, nomeadamente, atendimento, *call back* e acionamento, de forma a compreender o percurso desde a receção da chamada de socorro, ativação de meios, receção dos dados (fornecidos pelas equipas de APH) e posterior encaminhamento para a unidade de saúde mais adequada. Compreendi a hierarquização de prioridades no atendimento e no acionamento dos meios mais adequados a cada situação, pois existem limitações e indisponibilidade de meios que é necessário contornar, de modo a proporcionar o melhor auxílio possível. Presenciei as dificuldades sentidas pelos profissionais na fase de atendimento e triagem, nomeadamente a falta de colaboração por parte de quem liga e o recurso a este serviço por questões claramente não urgentes, assim como, o número considerável de chamadas falsas, que levam ao acionamento de meios desnecessariamente. No final de 2011, o INEM iniciou um novo procedimento relacionado com chamadas não emergentes, ou seja deu entrada em funcionamento o serviço “Linha Saúde 24”, para onde se passou a transferir as chamadas catalogadas como não emergentes.

A maior parte do módulo de estágio foi dedicado à APH no contexto de SIV, aqui o Enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados, de acordo com os protocolos e procedimentos definidos pelo INEM, e sob a validação do médico regulador do CODU.

O INEM recomenda aos seus colaboradores da APH a utilização de protocolos que estão definidos e validados pelo Instituto. Trata-se apenas de um guia, uma vez que não substitui o bom senso clínico dos profissionais. Nas ativações que tive, pude validar que esses protocolos eram norteadores, e a melhor forma de validar tal facto, foi pô-los em prática.

Os protocolos disponibilizados aos elementos do meio SIV dizem respeito: Abordagem à vítima e ao Traumatizado; Afogamento e acidentes de mergulho; Alergias; Alteração do estado de consciência; Cefaleia; Convulsão; Défice Motor Sensitivo; Diabetes e alterações das glicemias; Dispneia; Disritmias; Dor (abdominal, dorso lombar, torácica); Ginecologia/gravidez; Hemorragia; Intoxicações; Obstrução da Via Aérea; Parto; Paragem CardioRespiratória (Adulto e Criança); Problemas psiquiátricos/Suicídio; Queimaduras; Reanimação Neonatal; Trauma (Traumatismo Crânio Encefálico, Abdómen e Bacia, Extremidades e Tecidos Moles, Tórax, Vertebro Medular).

Os procedimentos disponibilizados aos elementos do meio SIV são: Descompressão de pneumotórax hipertensivo; Eletrocardiograma; Sedação/analgesia; Acesso intraósseo; Acesso venoso periférico; Aspiração cavidade oral e TET; Capnometria; Cateterismo vesical; Colocação de máscara laríngea; Contenção física da vítima; Cricotiretomia por agulha; Desfibrilação Automática Externa; Encerramento de Pneumotórax; Entubação gástrica; Estabilização da bacia; Fluidoterapia; Helitransporte; Nebulização; Oximetria de pulso; Pacing; Precauções universais; Tubo Orofaríngeo; Ventilação (manual e mecânica).

Os turnos realizados em contexto de VMER vieram uma vez mais confirmar que, o Enfermeiro possui um papel crucial na prestação de cuidados na APH. Através da sua formação humana, técnica e científica, possui competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e de forma interdependente, integrando as diversas equipas de intervenção em emergência, em articulação com a equipa multiprofissional, com o CODU e no respeito pelas normas e orientações nacionais e internacionais.

O módulo de estágio na APH facultou-me imensas experiências, cada uma com a sua individualidade, acrescentando cada vez mais conhecimentos e competências. No total foram 33 ativações relacionadas com PCR, dor torácica, dispneia, alteração do estado de consciência (AEC), trauma (queda, atropelamento e acidente de viação), entre outras.

Da análise do gráfico 1 podemos aferir que a maioria das ativações foi relativa a vítimas com alteração do estado de consciência e a vítimas no contexto de trauma. Da totalidade das 33 ativações, 41% referiam-se a vítimas consideradas críticas e as restantes não críticas, como é possível analisar no gráfico 2.

Gráfico 1: Taxa de ocorrências com base no motivo de ativação.

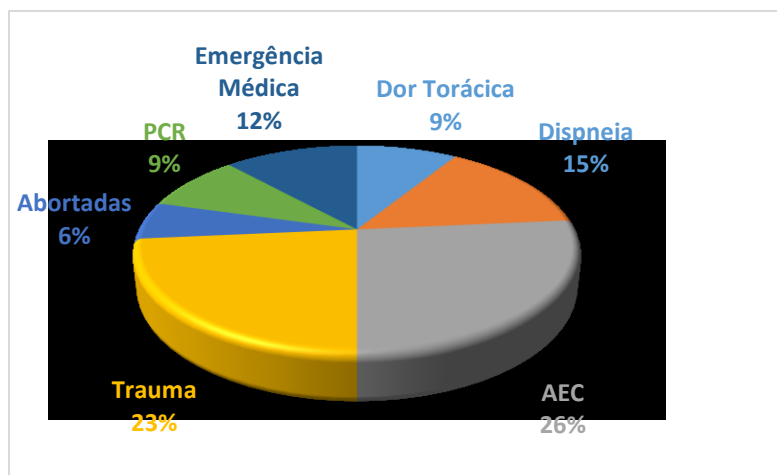
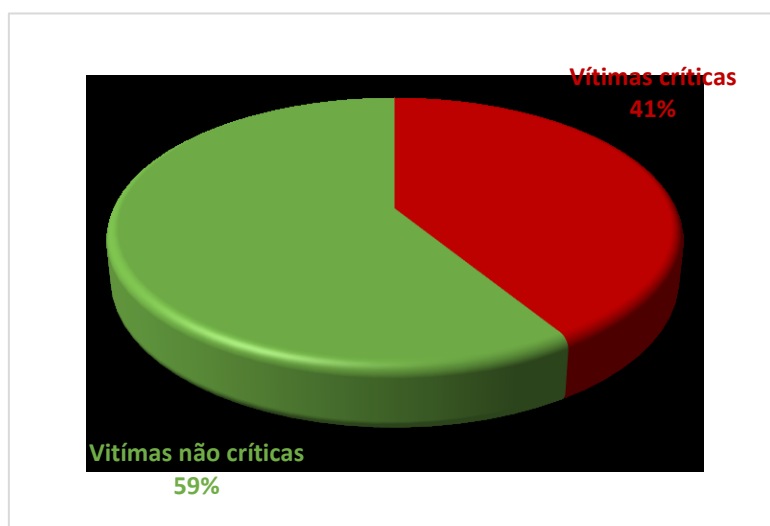


Gráfico 2: Taxa de ocorrências: Vítima crítica / Vítima não crítica



As diferentes ocorrências permitiram-me realizar diferentes intervenções nomeadamente: abordagem à vítima; permeabilização da via aérea; aspiração de secreções; colocação de máscara laríngea; administração de oxigénio suplementar; monitorização de

sinais vitais; realização de ECG 12 derivações; monitorização eletrocardiográfica com DAE; manobras de Suporte Imediato de Vida; controle de hemorragias externas; colocação de agulha intraóssea; administração de terapêutica; aplicação de colar cervical; aplicação de colete de extração; imobilização em plano duro e maca coquille, entre outras. As mesmas, conduziram ao desenvolvimento de diversas competências, designadamente: aquisição de conhecimentos e habilidades no âmbito do tratamento e acompanhamento do doente crítico e da sua família, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção e deteção precoce de focos de instabilidade, que necessitam de respostas imediatas, diferenciadas, integradas e articuladas entre os diferentes profissionais de saúde; aplicação de conhecimentos; compreensão e resolução de problemas, em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em EMC; capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidade ética e social; desenvolvimento de juízo clínico, tomada de decisão.

Módulo II – Cuidados Intensivos:

O presente estágio na UCIP permitiu-me cuidar de pessoas com diagnósticos, necessidades de cuidados/vigilância muito diferentes, desde doentes com agudização do estado de doença, grandes queimados, politraumatizados, doentes com *status* pós-PCR, doentes com pós-cirúrgico complicado, imunodeprimidos, doentes com suporte de ECMO, entre outros. O Enfermeiro que presta cuidados neste serviço, para além do à-vontade a ter com diversos equipamentos, tem de possuir conhecimentos alargados às diferentes áreas de investigação em saúde. É fundamental que atue, reflita e decida sempre baseado em sólidos conhecimentos cientificamente validados, e quando não os detém, que questione junto de um perito qual a melhor decisão a tomar.

Mais do que intervir automaticamente, é importante estar desperto para a prevenção de acontecimentos adversos, que podem ser antecipadamente corrigidos. Por vezes, a sua deteção depende da correta vigilância do doente. Uma vez que estes doentes estão constantemente monitorizados, é fundamental perceber e compreender, ao que corresponde cada parâmetro monitorizado, e perceber como atuar quando se afastam do considerado normal. Neste sentido, a vigilância ocupou parte da minha atenção e atividade, no intuito de minimizar e antever potenciais acontecimentos, e assim atuar em conformidade. Vigiar não se restringe a olhar para os números que o monitor fornece, é necessário olhar de

forma crítica. Mais necessário ainda, avaliar o doente e não o monitor - nunca sobrevalorizar o equipamento em detrimento do doente! Em matéria de equipamentos, sobretudo de monitorização e ventilação, a aprendizagem foi diária, tendo-me sido permitido aprimorar competências a este nível, durante todo o estágio.

Um doente em cuidados intensivos, é maioritariamente um doente com instabilidade hemodinâmica, o que influencia todas as atividades a realizar. Ou seja, o simples alternar de decúbito ou prestação de cuidados de higiene, podem afetar prejudicialmente a estabilidade do doente. É necessário muitas das vezes, preceder à mobilização e à realização de determinados procedimentos, a administração de bólus de fármacos para minimizar oscilações nos parâmetros vitais e controlar a dor. Este aspeto permitiu-me validar e fomentar conhecimentos na área da farmacologia, com avaliação no imediato do reflexo dessa administração terapêutica.

Sem dúvida que um estágio em contexto de UCI possui um “encanto tecnológico” e uma panóplia de técnicas, que são disponibilizadas ao doente crítico que delas necessita. Algumas das técnicas e dos equipamentos eram-me já familiares (pelo meu contexto de trabalho). Por este motivo opto por realizar aqui referência/reflexão sobre aqueles que se demonstraram novidade para mim, desde monitorização Bispectral Index Monitoring (BIS), monitorização da Pressão Intra-Abdominal (PIA), técnica de remoção dialítica, aplicação de critérios de morte cerebral, ECMO.

A PIA refere-se à pressão de equilíbrio no interior da cavidade abdominal, tendo como valores de referência para o doente crítico 5 a 7 mmHg. O aumento da PIA pode relacionar-se com fatores como: trauma abdominal, queimadura, ascite massiva, pós laparotomia descompressiva ou pancreatite. O Enfermeiro deve reconhecer o benefício da obtenção deste dado, pois pode detetar precocemente síndrome de compartimento abdominal. Valores superiores a 15 mmHg podem induzir instabilidade hemodinâmica, nomeadamente: oligúria, hipoxemia, aumento da pressão respiratória, e redução do débito cardíaco (Silva, 2008). Infelizmente não tive oportunidade de avaliar a PIA em contexto de estágio, mas senti necessidade de pesquisar sobre esta temática.

O BIS é um parâmetro que deriva da análise do eletroencefalograma e que permite monitorizar de forma objetiva o grau de consciência dos doentes submetidos a sedação, e desta forma, evitar a infra ou sobredosagem terapêutica. Para tal avaliação, é necessário apenas um sensor BIS, composto por quatro elétrodos que são aplicados na testa do doente, conectados ao monitor. Traduz uma escala com valores entre 0 e 100, sendo que, valores

inferiores a 40 corresponde a silêncio cortical, valores entre 40 e 60 corresponde a anestesia geral, entre 61 e 92 a sedação e valores entre 93 e 100 a acordado.

A insuficiência renal surge associada a disfunções múltiplas, de etiologia médica ou cirúrgica, com repercussão cardiovascular, respiratória e metabólica, sendo nestes casos, necessário recorrer às Técnicas de Substituição Renal (TSR) (Martins, 2005). Ao longo deste módulo de estágio prestei cuidados a vários doentes que estavam submetidos a TSR, o que me proporcionou oportunidades múltiplas. Desde logo, fomentar a pesquisar e o estudo acerca das principais TSR usadas na UCIP, conhecer a responsabilidade do Enfermeiro na TSR, assim como as principais complicações, as formas de anticoagulação, as principais intervenções de enfermagem para diminuir o risco inerente, assim como a forma correta de montar as linhas do circuito da filtração extracorporal.

Durante os turnos que realizei na UCIP não tive oportunidade de assistir e colaborar na aplicação dos critérios de morte cerebral. No entanto, e uma vez que tinha interesse nesta temática fui investigar, nomeadamente as normas institucionais do hospital em questão. Sem dúvida que a situação em si gera uma série de sentimentos contraditórios, se por um lado estamos perante a confirmação da morte de um ser humano, e o processo de luto de toda a sua família; por outro lado poderá significar uma melhoria da qualidade de vida para outro possível recetor de órgãos e suas famílias. Os critérios médicos e as provas para determinar a morte cerebral são inquestionáveis, fiáveis e reprodutíveis, oferecendo especificidade absoluta, assegurando que a morte do indivíduo ocorreu sem qualquer dúvida (Pita & Carmona, 2004). Durante todo este processo é fundamental esclarecer dúvidas, atender, ouvir e facilitar a presença, à família, com um acompanhamento adequado.

O ECMO é uma técnica de suporte vital extracorporal. Como tal, permite a substituição temporária das funções pulmonar e cardíaca nos casos de falência respiratória e/ou circulatória, aguda ou grave, refratária ao tratamento convencional (ventilação mecânica invasiva e aminas simpaticomiméticas, respetivamente). Permite uma circulação extracorporal prolongada que oxigena e remove o dióxido de carbono diretamente do sangue. Na técnica veno-venosa, o sangue é retirado por uma veia central, passa pela membrana extracorporal onde é realizada a troca de gases e retorna por uma veia central. Há também o ECMO veno-arterial, em que o sangue retorna para o sistema arterial e fornece suporte hemodinâmico além do suporte ventilatório. Recentemente tem-se verificado grandes progressos, marcados por componentes mais biocompatíveis e sistemas miniaturizados, compactos e portáteis, vindo expandir a utilização do ECMO com a

possibilidade de referenciação atempada e resgate em segurança destes doentes para centros especializados. O hospital onde decorreu o segundo módulo de estágio, candidatou-se recentemente a Centro de Referência para a área de ECMO, e pretende assim contribuir para a equidade no acesso a esta técnica de suporte vital extracorporal temporário, em Portugal. Ao longo do estágio tive a possibilidade de acompanhar doentes em programa de ECMO, assistir à canulação e descanulação, e colaborar na vigilância destes doentes.

Outra das oportunidades que me foi permitido colaborar, foi no transporte intra-hospitalar, nomeadamente no acompanhamento à realização de exames, ou acompanhamento a outro serviço, permitindo-me avaliar os riscos inerentes à deslocação e as medidas preventivas a tomar. As regras do bom desempenho da medicina e da enfermagem, são consideradas princípios essenciais para que os riscos inerentes à instabilidade que caracteriza uma ação de transporte sejam diminuídos ou anulados. Algumas das intervenções prévias, passam por verificar a capacidade e testar o funcionamento de todos os equipamentos, fonte de oxigénio, fazendo-me acompanhar da mala de transporte como forma de acesso rápido fármacos de emergência, insuflador manual e algum material consumível que seja avaliado como necessário. Foi ponderada a suspensão de algumas medidas que eram passíveis de serem proteladas, e procedia ao contato prévio com o serviço de destino para assim iniciar o transporte.

Inicialmente, no projeto de estágio, tinha por objetivo analisar a temática da avaliação da dor no doente inconsciente. Após alguns turnos de estágio na UCIP, apercebi-me que caso prosseguisse com a pesquisa nesta área não traria nada de novo como contributo ao serviço, isto porque considero que a equipa multidisciplinar, tem tudo muito bem definido e protocolado, no que concerne a este tema. Realizam a avaliação da dor de forma sistemática, através de indicadores observáveis, indicadores não observáveis e componente comportamental. Nomeadamente, com recurso a escalas multidimensionais da dor (*Behavioral Pain Scale* (expressão facial, movimento dos membros superiores, *compliance* associada à ventilação mecânica)); escalas de avaliação da intensidade; avaliação comportamental (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular, *compliance* com o ventilador, sons ou vocalizações) e avaliação fisiológica (FC, TA, FR, SaO₂; CO₂ no final da expiração, sudação; palidez; pupilas). Relativamente ao tratamento e prevenção da dor é feito através de estratégias farmacológicas (opióides e não opióides), posicionamento adequado no leito, com alternância de decúbito frequente (desde que

possível), evitar estímulos físicos nocivos (ex: tração do tubo orotraqueal), estabilização de fraturas. Ainda a sedação muito bem gerida com recurso a escalas, especificamente *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* e a monitorização BIS (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Posto isto, foi-me proposto aprofundar conhecimentos relativos à temática Nutrição Entérica (NE), e elaborar uma proposta para alteração do protocolo de serviço.

Após análise do protocolo de NE em vigor na UCIP, percebi que o mesmo não se encontrava atualizado (era baseado em *guidelines* de 2009). Entretanto com a revisão da literatura efetuada verifico que as normas mais recentes são as da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) de 2016 e da Canadian Critical Practice Guidelines de 2015. Assim, elaborei uma proposta de alteração ao Protocolo de NE da UCIP, o qual remeto na íntegra para Apêndice (Apêndice II – Proposta de Protocolo de Nutrição Entérica). A proposta de alteração foi redigida com base na mais atual evidência científica e em consenso de especialistas.

Segundo a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) malnutrição pode ser definida como um estado nutricional em que uma deficiência ou excesso de energia, proteína e outros nutrientes provocam efeitos adversos mensuráveis nos tecidos, na forma corporal, nas funções orgânicas e na evolução clínica. Este estado associa-se a um aumento da frequência, dos custos e do tempo de internamento, do aparecimento de complicações, da taxa de morbilidade e de mortalidade (ESPEN, 2006).

A ASPEN defende que, todos os doentes internados na UCI devem passar por uma avaliação da nutrição, dentro de 48 horas após a admissão, sendo que os doentes com maior risco de desnutrição exigem uma avaliação nutricional mais completa (ASPEN, 2016). O hospital onde realizei o segundo módulo de estágio, usa o Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) para avaliar o *status* nutricional.

O doente crítico possui necessidades metabólicas aumentadas, devido à resposta inflamatória intensa e ao típico estado de *stress* catabólico a que se encontra sujeito. A introdução precoce da alimentação dos doentes é um fator de qualidade e contribui para a evolução positiva da condição do doente (ASPEN, 2016).

Para Kozeniecki & Fritzshall (2015), sempre que a alimentação por via oral seja insegura, insuficiente ou mesmo impossível a NE é considerada como suporte de primeira linha. Destaca-se, por ser mais prática, segura, económica, fisiológica e associada a: redução do tempo de internamento, da morbilidade infecciosa e de complicações em geral, permite a manutenção da integridade estrutural e funcional do intestino.

No entanto, surgem contraindicações ao início da NE, nomeadamente: obstrução intestinal; íleo paralítico grave e prolongado; hemorragia digestiva alta; vômitos e diarreia incoercíveis; instabilidade hemodinâmica grave; isquemia gastrointestinal e fistula gastrointestinal de alto débito. Nestas condições, deve-se preferir a nutrição parentérica.

Para o planeamento das necessidades energéticas, o mais adequado seria, através da avaliação por calorimetria indireta, no entanto, como na maioria das UCI, não se encontra disponível, a ASPEN (2016) definiu uma equação simples que poderá ser usada, baseada no peso, 25 a 30 Kcal/Kg/dia. A prioridade para a escolha da fórmula deve atender à ingestão proteica, sendo que a quantia recomendada segundo a ASPEN (2016) é de 1,2 a 2 g/Kg/dia. Relativo às necessidades hídricas, um doente normovolémico necessita de cerca 1 mL/Kcal de água/dia. Atenção que a NE contém cerca de 70-80% de água. É necessário avaliar as necessidades de água de forma individualizada, contabilizando o estado prévio de hidratação e volémia, as perdas insensíveis e as alterações hidro-eletrolíticas.

O Enfermeiro EEMC possui competências que permitem vigiar a tolerância à NE, assim como, planear e intervir de modo a prevenir complicações relativas a úlceras da pele, migração da sonda, obstrução da sonda, vômito, aspiração de conteúdo gástrico, diarreia, obstipação, hiperglicemias, desequilíbrios hidro-eletrolíticos, desidratação e síndrome de realimentação.

Blaser, et al (2014) identificou 3 grandes categorias para descrever uma intolerância nutricional: presença de sintomas gastrointestinais (distensão abdominal, desconforto, náuseas e vômitos); inadequado fornecimento de NE ou elevado volume de resíduo gástrico. Importa realizar uma correta avaliação por forma a distinguir se intolerância nutricional ou disfunção gastrointestinal.

A aspiração do volume de resíduo gástrico é das práticas mais comuns e controversas em UCI. A monitorização do resíduo gástrico perdeu a sua virtude como forma de deteção da intolerância alimentar, no entanto esta avaliação deve ser mantida por forma a avaliar o funcionamento do trato gastrointestinal, associando a outros indicadores. Segundo as guidelines canadianas (2015), consideram aceitável reintroduzir ou descartar volumes de resíduo gástrico até 250 ml. A ASPEN (2016) determinou que, na ausência de outros sinais de intolerância, a interrupção da nutrição entérica deve ser evitada para volume de resíduo gástrico inferior a 500 ml. Para Williams (2015) e nas guidelines canadianas (2015), relativo à frequência de aspiração do volume de resíduo gástrico, referem que não está definido na literatura, não existindo diferenças relevantes nas variáveis clínicas e nutricionais, para intervalos de 4/4 horas ou de 8/8 h.

Nesta proposta de protocolo de NE abordo ainda, quais as fórmulas de NE disponibilizadas no hospital e qual a mais adequada a cada doente, atendendo e apontando casos de doentes em situação especial.

Estabeleço um algoritmo de início e progressão da dieta por NE, e que se pode resumir no seguinte quadro:

Quadro 1: Início e progressão da dieta por Nutrição Entérica

Administração	Contínua, sem pausa noturna.
Velocidade de início	21 mL/h.
Avaliar resíduo gástrico	De 6/6 h até atingir a dose alvo; De 12/12 h, após 72 h na dose alvo.
Pesquisar sinais de intolerância nutricional	Resíduo gástrico > 250 mL; <ul style="list-style-type: none"> • 1ª avaliação: mantém o ritmo de perfusão prévio; • 2ª avaliação: reduz a perfusão para metade (até ao mínimo de 10mL/h). Pesquisar presença de distensão abdominal, desconforto, náuseas e vômito.
Progressão	Na ausência de sinais de intolerância, aumentar 10 mL/h ao débito, de 6/6 h até dose alvo.
Água	Segundo prescrição, contínua através de sistema em Y.

Considero que um protocolo de NE não deve ser elaborado por uma única categoria profissional, mas sim por uma equipa multiprofissional. Razão pela qual solicitei junto da Enfermeira chefe da UCIP, uma reunião com a equipa hospitalar de Nutrição Artificial. Posteriormente foi-me informado que não seria possível essa mesma reunião em tempo oportuno. No entanto, a Enfermeira chefe e a minha tutora comprometeram-se a dar continuidade ao trabalho por mim realizado.

Ao longo deste módulo de estágio, vários foram sendo os temas que me suscitavam dúvidas e que terminavam em debate com a minha tutora e com a restante equipa multidisciplinar.

Uma dessas temáticas levadas a discussão, foi referente a um caso clínico, de um doente com NE. Tratava-se então de um doente consciente, orientado e colaborante, com estabilidade hemodinâmica, sem suporte de aminas, internado com o diagnóstico de Pneumonia de aspiração, por provável fistula esofágica. Este doente aguardava realização de videofluoscopia (para confirmar ou descartar a presença de fistula esofágica), e era alimentado por Sonda Nasogástrica (SNG) com NE em perfusão contínua. Foi fácil entender que este doente não poderia ser alimentado por via oral (pela possível fistula esofágica), mas questionei-me se não seria mais benéfico para o doente ser alimentado por SNG com nutrição culinária (em vez de nutrição industrial), e em bólus (em vez de perfusão contínua). Esta consideração foi feita pelo facto de ser mais fisiológica, de fácil digestão e sendo em bólus daria ao doente algum grau de saciedade, que era algo que o doente referia frequentemente, o desejo de comer e beber.

Da revisão bibliográfica realizada não foi possível retirar conclusões, pelo facto de não encontrar estudos relativos a temática em questão. Pelo que, considero ser um tema interessante para estudo futuro. Ou seja, identifico as seguintes questões: Na presença de estabilidade hemodinâmica é mais benéfico para o doente a nutrição manipulada (culinária) ou a nutrição industrializada? Para o mesmo doente, entre alimentação por bólus ou administração contínua, qual possui maior efeito na sensação de saciedade?

Como referi não consegui encontrar evidência científica que corrobore a nossa convicção, mas da discussão com diferentes peritos, subjaz a noção de que, para um doente estável hemodinamicamente, e sem contraindicações, a nutrição manipulada (culinária) e por bólus, será mais benéfica, por se revelar mais fisiológica, mais próxima da alimentação geral, e que dará ao doente maior sensação de saciedade – “barriga cheia”.

Uma outra discussão quase diária com diferentes elementos da equipa refere-se à monitorização do volume de resíduo gástrico. Aqui, nem mesmo os peritos ajudam, pois não se verifica consenso na bibliografia. A aspiração do volume de resíduo gástrico é das práticas mais comuns e controversas em UCI. A monitorização do resíduo gástrico perdeu a sua virtude como forma de deteção da intolerância alimentar, no entanto esta avaliação deve ser mantida por forma a avaliar o funcionamento do trato gastrointestinal, associando a outros indicadores. Segundo as Canadian Critical Practice Guidelines (2015), consideram aceitável reintroduzir ou descartar volumes de resíduo gástrico até 250 ml. A ASPEN (2016) determinou que, na ausência de outros sinais de intolerância, a interrupção da nutrição entérica deve ser evitada para volume de resíduo gástrico inferior a 500 ml. Para Williams et al (2014), e nas Canadian Critical Practice Guidelines (2015), relativo à

frequência de aspiração do volume de resíduo gástrico, referem que não está definido na literatura, não existindo diferenças relevantes nas variáveis clínicas e nutricionais, para intervalos de 4/4 horas ou de 8/8 h.

Com a pertinência destas reflexões foi-me possível demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros e identificando necessidades formativas. Não faz sentido o Enfermeiro EEMC ser detentor de conhecimento e competências e não os partilhar com a restante equipa. Cabe ao Enfermeiro especialista realizar reflexões sobre a prática, abordando as temáticas mais emergentes, em momentos pertinentes como reuniões de equipa ou passagem de turno, de modo a identificar problemas suscetíveis de serem resolvidos com formação, promovendo a evolução de toda a equipa.

O facto de se questionarem sobre as práticas e as novas evidências procurando a melhoria contínua, demonstrou que estava perante uma equipa recetiva à melhoria e à mudança. Ao longo deste estágio foi minha intenção alicerçar a prática em sólidos conhecimentos teóricos.

As competências que considero adquiridas neste domínio são:

- ✓ Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
- ✓ Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

CONCLUSÃO

O estágio apresenta um papel crucial no desenvolvimento e no aperfeiçoamento de competências, o mesmo assegura experiências significativas e elucidativas da realidade, proporcionando as aptidões necessárias ao desempenho autónomo e eficaz e ao desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo.

A recente metodologia assente no novo paradigma de ensino, enfatiza o estudante como detentor das suas escolhas ao longo do percurso de aprendizagem, permitindo desenvolver a profissão, na medida em que o aluno procura obter e gerar conhecimentos e competências para atingir os objetivos a que se propôs. Através do recurso a estratégias como a partilha de conhecimentos, a análise e a discussão de ideias e procedimentos, tendo por base a prática baseada na evidência científica, permite o crescimento pessoal e profissional, trazendo ganhos quer para o profissional de saúde, mas essencialmente para o doente. Só através da prática baseada na evidência é que podemos atingir a excelência do cuidar.

Concluído este percurso, é impreterível a introspeção e reflexão acerca das experiências vividas, as dificuldades sentidas e as dificuldades superadas, mas acima de tudo as aprendizagens que permitiram adquirir competências especializadas no âmbito do Mestrado com especialização em EMC. Considero, após tal ponderação, ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente.

O estágio em EMC passou por diferentes fases, conforme foi avançado no tempo. Mais do que fazer, foi fundamental observar, refletir e integrar na reflexão saberes oriundos quer da experiência pessoal, quer da experiência profissional, e das aprendizagens que o próprio estágio proporciona, com consequentes ganhos de qualidade nos cuidados prestados.

Após a elaboração do “Relatório” de estágio, considero que este revelou-se uma ferramenta essencial para melhor refletir sobre a prática, fundamentar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e consequentemente as competências adquiridas que daí advém.

Este trabalho final é acima de tudo uma reflexão sobre a prática desenvolvida, pelo que, considero ter contribuído em muito para a minha aprendizagem, não só na vertente

acadêmica, mas como um contínuo desenvolvimento pessoal e profissional. A aquisição de competências está explicitada no desenvolvimento deste trabalho, assim como nos Apêndices, e atravessam os vários domínios de competências preconizadas quer pela UCP no âmbito da especialização em EMC relativo à área da prestação de cuidados à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico, quer pela OE através dos domínios de competências comuns do Enfermeiro especialista e do domínio de competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

O meu estágio de EMC iniciou-se pelo módulo III - APH, sendo que o mesmo decorreu em vários meios do INEM, designadamente no CODU, VMER e SIV. Neste módulo procurei não me deslumbrar com o encantamento que a emergência me traz, mas concentrar-me e focar a atenção em aspetos cruciais.

Este módulo de estágio facultou-me imensas experiências, cada uma com a sua individualidade, acrescentando a cada momento mais conhecimentos e competências. No total foram 33 ativações relacionadas com PCR, dor torácica, dispneia, alteração do estado de consciência, trauma (queda, atropelamento e acidente de viação), entre outras.

O percurso foi marcado pela imensa partilha de conhecimentos, sustentados na mais recente evidência científica, gerando debate de ideias e questionando procedimentos e protocolos. Alguns dos temas levados a discussão com posterior pesquisa para sustentação e argumentação passaram pela decisão de não reanimar, com os seus dilemas éticos associados; a tão importante comunicação com o doente e família; investigação recente em Anti-trombóticos, fazendo repensar na necessidade de atualizar o protocolo de atuação no caso de Dor torácica e na terapêutica disponível, em contexto de ambulância SIV, para um caso de provável EAM; ainda acerca da ignorância de parte da população relativa aos dados a transmitir ao CODU e à importância dos mesmos, aquando de uma chamada de socorro, aqui foi importante a consciencialização dos profissionais de saúde para a clarificação da população sempre que oportuno. Estes foram alguns dos temas que junto dos diferentes profissionais, dos diferentes meios do INEM, levamos a discussão com o objetivo de gerar uma consciência crítica, uma melhoria de cuidados e uma sociedade mais capaz.

De ressaltar ainda um momento de grande aprendizagem, partilha de saberes e discussão de ideias, relativo à elaboração, apresentação e discussão de um estudo de caso. Este momento encarado como de formação em serviço, foi imensamente proveitoso enquanto formador.

Não intensifico as competências técnicas que daqui advieram, uma vez que, a realidade pré-hospitalar não é de toda nova para mim. Isto porque sou bombeira voluntária desde há 13 anos, lidando, embora que de uma outra perspectiva, com a APH e de onde advém certas competências e um certo à-vontade. Assim, durante o módulo de estágio procurei aprimorar parte das competências que trazia e estar desperta para focos de atenção diversos, como a deteção de situações-problema.

No segundo e último módulo de estágio - CI que decorreu na UCIP, foram aprimoradas e desenvolvidas competências inerentes aos vários domínios do EEMC. Apesar da UCIP apresentar um grande avanço tecnológico, podendo criar uma certa ilusão e encantamento pelo intensivismo, o essencial para uma prática que busca a excelência do exercício profissional não ficou encoberto. As competências de utilização deste avanço tecnológico foi uma preocupação, mas não assumiu o cerne principal da minha atenção, foi-se revelando num processo gradual.

Aspetos da componente relacional, que geram sentimentos contraditórios e muitas das vezes perturbadores da prática, assumiram-se como um desafio, que muito valorizei. Ser capaz de aprimorar competências comunicacionais com o doente que muitas vezes não fala, seja por estar sob sedação, curarização ou traqueostomizado, e com a sua família, que vivencia toda uma experiência geradora de medo e ansiedade, foi o meu propósito.

Neste estágio também fortaleci e aprofundei a componente técnica, sustentada na enfermagem avançada, no sentido de desenvolver intervenções de enfermagem intensivistas na área da especialização, com a rapidez, a eficácia e a qualidade necessárias para a atuação perante o doente crítico e família. Nas variadas técnicas associadas a doentes ventilados, a doentes com TSR por falência renal, doentes sob ECMO, a doentes com necessidade de vigilância intensiva e monitorização específica, como a Pressão Intracraniana, monitorização BIS, entre outras. Assim procurei adequar a vigilância e os procedimentos às especificidades e necessidades de cada doente, tendo em conta o seu diagnóstico e antecedentes de doença. Procurei prestar cuidados de alta qualidade, adequados às necessidades do doente utilizando a tecnologias necessária e apropriada ao doente, não descurando a sua dimensão biopsicossocial numa visão holística.

O meu contributo de melhoria para o serviço passou pela elaboração de uma proposta de alteração ao protocolo de Nutrição Entérica em vigor no serviço, uma vez que o mesmo já não se encontra atualizado. Trata-se de um projeto inacabado, por impossibilidade em reunir com a equipe hospitalar de nutrição artificial, e pelo facto de eu considerar que um protocolo deste género não deve ser elaborado por uma única categoria

profissional, uma vez que, engloba cuidados prestados por diferentes grupos profissionais. No entanto, ficou o compromisso, pela Enfermeira chefe de em breve dar continuidade ao trabalho iniciado.

Nesta proposta de protocolo de NE abordo a necessidade de realizar a avaliação nutricional do doente crítico, e como a realizar; as contraindicações para o início da NE; como determinar as necessidades nutricionais; quais as fórmulas de NE disponibilizadas no hospital e qual a mais adequada a cada doente, atendendo e apontando casos de doentes em situação especial; menciono as complicações possíveis e as intervenções de enfermagem individualizadas para as colmatar; realizo uma análise crítica relativa ao resíduo gástrico (entre outros aspetos) e proponho um algoritmo de início e progressão da dieta por NE.

Várias foram as competências desenvolvidas na área da prevenção e controlo de infeção, nomeadamente na auditoria ao cumprimento de normas de atuação, na divulgação e discussão dos feixes de intervenções emanados pela DGS.

Em suma, as competências inerentes a Mestre como, comunicar aspetos complexos, seja a profissionais ou ao público em geral através de um discurso fundamentado, profissional e assertivo tendo em conta várias perspetivas, ser capaz de formular e analisar questões de maior complexidade com juízo crítico, procurar o autodesenvolvimento pessoal e profissional, refletindo na e sobre a prática, tomando iniciativas e sendo criativo na interpretação e resolução de problemas sejam eles previsíveis ou imprevisíveis através da prática baseada na evidência foram aprimorados e desenvolvidos.

O desenvolvimento da profissão através do reconhecimento da importância da investigação, da supervisão clínica, da gestão e do zelo pelos cuidados prestados foram pilares fundamentais desenvolvidos ao longo desta caminhada e perspetivam-se no futuro.

Terminado este relatório, considero ter desenvolvido todas as competências projetadas e correspondentes à evolução de um Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Julgo que esta foi mais uma jornada de aprendizagem, com a qual adquiri uma grande bagagem (a nível de competências desenvolvidas e adquiridas) que me irão permitir abraçar novos projetos e desafios.

Uma prática assente e baseada em evidência faz agora parte do meu processo de desenvolvimento da arte de enfermagem, seja através da prestação direta de cuidados, através da formação ou de projetos de investigação.

Da reflexão final também sobressaem algumas dificuldades, nomeadamente a gestão de horário, ou seja, a dificuldade em conciliar horários de trabalho com horário do

tutor de estágio, com tempo dedicado à família. Aliado ainda, ao facto de morar em Braga e ter realizado estágio no Porto.

Por tudo isto e muito mais, considero que a aquisição de conhecimentos que gradualmente tenho vindo a incorporar, ajuda-me diariamente a cumprir o grande objetivo final: Prestar Cuidados de Excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACT. (2017). *Acidentes de trabalho: estatística. Gabinete de estratégia e Planeamento*. Lisboa.
- ASPEN. (2016). *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient*. Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition .
- ATLANTIC. (2014). *Pre-hospital Ticagrelor in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction*. NEJM.
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de Catástrofe: da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Porto: Universidade do Porto.
- Blaser, A., Starkopf, J., Kirsimagi, U., & Deane, A. (2014). Definition, prevalence, and outcome of feeding intolerance in intensive care: a systematic review and meta-analysis. *Acta Anaesthesiol Scand*.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Burkardt, M., & Nathaniel, A. (2001). *Ethics & Issues in Contemporary Nursing* (2 ed.). New York: Delmar.
- Canadian Critical Practice Guidelines. (2005). Strategies to Optimize the Delivery of EN: Use of and Threshold for Gastric Residual Volumes. *Crit Care Nutr*.
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. (2011).Lisboa
- Castle, N., Owen, R., Kenward, G., & Ineson, N. (2003). *Pre-printed "Do not Attempt Resuscitation" forms improvise documentation?* Elsevier.
- Centers for Diseases Control and Prevention. (2009). *Guidelines for Preventing of Catheter-Associated Urinary Tract Infections*.
- Centers for Diseases Control and Prevention. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*.
- Código Penal. (2007, Setembro 4). Lei nº 59/2007. DR I série 170.
- Comissão de Controlo de Infecção . (2007). *Manual da CCI*. Porto: Centro Hospitalar do Porto.

- Constituição da República Portuguesa. (2005). Lisboa.
- Cornock, M. (1998). Stress and intensive care patient: perceptions of the patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27 n° 3, 518-527.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção: Norma N° 029/2012*.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical: Norma n°019/2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *"Feixe de intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação: Norma n° 021/2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2015a). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central: Norma n° 022/2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*.
- ESC Clinical Practice Guidelines. (2014). *Guidelines on myocardial revascularization*. Barcelona.
- ESPEN. (2006). Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clin Nutr*.
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015, Setembro 16). Lei n° 156/2015 de 16 de Setembro.
- Eurostat. (2015). *Statistic Explained*. Retrieved from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics#Main_statistical_findings
- Gaynes, R. (2001). *Surgical-site infections (SSI) and the NNIS Basic Risk Index, part II: room for improvement*. *Infect Control Hosp Epidemiol*.
- INEM. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida (2º ed.)*. Lisboa: INEM.
- INEM. (2012). *Abordagem à vítima (1ª ed.)*. Lisboa
- INEM. (2013). *Protocolo PCR Adulto*. INEM. Lisboa.
- INEM. (2017). Retrieved Janeiro 20, 2018, from www.inem.pt: <http://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- INEM. (2018). *Estatística: N° de casos por Ano*. Retrieved Janeiro 2, 2018, from <http://oldsite.inem.pt/stats/stats.asp?stat=80&ano=2017>
- Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., . . . Griffith, R. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14.

- Kozeniecki, M., & Fritzshall, R. (2015). Enteral Nutrition for Adults in the Hospital Setting. *Nutr Clin Pract.*
- Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. (2015). *Código Deontológico.*
- Lei nº 48/90 DR. I série. 195. (1990, Agosto 24). Lei de Bases da Saúde.
- Leske, J. (2002, Dezembro). Protocols for practice: Applying Research at Bedside. *Critical Care Nurse, 22, n° 6.*
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais* (1º ed.). Lousã: Monitor.
- Martins, J. (2005). *Técnicas Contínuas de Substituição Renal.* Retrieved Janeiro 2, 2018, from <http://www.revistadelaofil.org/articulo.asp?id=43>.
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos.* Lisboa.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012, Março 21). Portaria nº 62/2012. *Artigo 9 - Processo individual.*
- Nascimento, E., & Trentin, M. (2004, Março/Abril). O cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Ziderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12, n° 2.*
- Neves, M. P., & Osswald, W. (2008). *Bioética Simples.* Lisboa: Editorial Verbo.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.* Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. *Divulgar.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer: Plano Estratégico de Recursos Humanos de Emergência Pré-Hospitalar.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Regulamento nº 122/2011, Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de Fevereiro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Regulamento nº 124/2011, Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de Fevereiro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REgulamento dos Padrões de Qaulidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Padilha, K. e. (2005). Therapeutic Intervention Scoring System-28: diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Parreira, J., Matar, M., Torres, A., & Perlingeiro, J. (2014). Análise comparativa entre as lesões identificadas em vitimas de queda de altura e de outros mecanismos de trauma fechado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 272-277.
- Phaneuf, M. (2003). *Tendências atuais da formação em Enfermagem. Gestão, formação e investigação em Enfermagem: partilha de experiências* (Vol. 2). Coimbra: Direção de Enfermagem dos HUC.
- Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do dados vivo. *Acta Médica Portuguesa*, 70-75.
- PLATO. (2010). *Comparison of Ticagrelor with Clopidogrel in patients with a planned invasive strategy for acute coronary syndromes: a randomised double-blind study* *Lancet*.
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. (2014). *Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2014*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- REPE. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Decreto-Lei n° 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n° 104/98, de 21 de Abril*.
- Sá, E. (1999). Comunicação com doentes ventilados. *Nursing n° 129*, 26-29.
- Silva, A. (2007). *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Lisboa: Servir 55.
- Silva, M. (2006). *Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. (4ª edição ed.). S. Paulo: Edições Loyola.
- Silva, M. (2008). *Mensuração da Pressão Intra-Abdominal em Pacientes Criticamente Graves*. Retrieved Dezembro 12, 2017, from <http://clinicamedicaepm.wordpress.com/2008/04/10/mensuracao-da-pressao-intra-abdominal-em-pacientes-criticamente-graves/>
- Takala, J., Hamalainen, P., Saarela, K., Yun, L., Manickam, K., Jin, T., & Lin, G. (2014). Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012. *Journal of Occupational and Environment Hygiene*, 326-337.

- Teixeira, S. (2011). *Gestão das Organizações* (2º ed.). Verlag Dashofer Edições Profissionais, Unip. Lda.
- Universidade Católica Portuguesa. (2012). *Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional - Regulamento Geral*.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Thelan's, enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenções* (5º ed.). Loures: Lusodidacta.
- Vieira, M. (2010, Junho). Segurança da Informação. Sigilo Profissional em Enfermagem: Prespetiva ética. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 34-35.
- Williams, T., Leslie, G., Mills, L., Leen, T., & Davies, H. (2014). *Frequency of aspirating gastric tubes for patients receiving enteral nutrition in the ICU: a randomized controlled trial*. JPEN.
- Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs os Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25, n° 4, 79-86.
- Zeichner, K. (2005, Maio/Agosto). Pesquisa dos educadores e formação docente voltada para a transformação social. *Cadernos de Pesquisa*, 35, n°125. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n125/a0535125.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Estudo de Caso: Queda de altura



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**ESTUDO DE CASO:
QUEDA DE ALTURA**

Por: Catarina Tinoco da Silva nº396416026

Sob orientação de: Professora Lúcia Rocha

Porto, 27 de Junho de 2017

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio, Módulo III – Assistência Pré-Hospitalar, enquadrado no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do ano letivo 2016/2017, promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Foi-me proposto por parte do tutor do módulo de estágio, a concretização de um estudo de caso, relativo a uma das situações, que tive a oportunidade de intervir, durante a prestação de cuidados no âmbito pré-hospitalar.

No caso clínico relatado mais adiante, será debatida a situação de uma vítima que sofreu uma queda de altura, no contexto de um acidente de trabalho. A escolha do caso que será descrito, prende-se pelo fato de se tratar de uma vítima crítica, com forte componente reflexivo, onde considero que a prestação de cuidados dos diferentes intervenientes, foram determinantes para a evolução positiva no estado de saúde da vítima.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo: Relatar um caso clínico, no qual foi acionado o meio SIV para atender uma vítima de queda de altura, em contexto de acidente de trabalho; Analisar a abordagem à vítima; Analisar a gravidade das lesões da presente vítima; Refletir sobre aspetos que previnam a recorrência do acidente de trabalho e atenuem a gravidade das lesões. Deverá ainda, proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e competências no domínio da prestação de cuidados no âmbito pré-hospitalar, da formação em serviço, e servir como parte da avaliação final, da unidade curricular acima mencionada.

Este trabalho está dividido em cinco partes, contando com a presente introdução; a segunda parte contextualiza a problemática dos acidentes de trabalho na nossa sociedade; a terceira parte relata o caso clínico; segue-se a discussão, sendo portanto, a parte do trabalho que dará resposta aos objetivos previamente estabelecidos; e por fim, as referências bibliográficas. Seguindo uma metodologia descritiva, numa abordagem critico-reflexiva, de acordo com as orientações, fornecidas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para elaboração do estudo de caso.

Pretende-se que a realização deste trabalho contribua, gradualmente, para a motivação enquanto profissional de saúde, a fim de satisfazer as necessidades individuais, aumentando as competências enquanto mestre e enquanto enfermeira especialista e, concomitantemente, a melhoria da prestação de cuidados ao utente.

1. ACIDENTE DE TRABALHO: CONTEXTUALIZAÇÃO

A nível mundial, os acidentes de trabalho apresentam números alarmantes. O número total de acidentes é elevado, assim como, o número de acidentes mortais.

Estima-se que em cada ano, em todo o mundo, morrem aproximadamente 2 milhões de trabalhadores vítimas de doenças relacionadas com o trabalho e 300 mil de acidentes de trabalho mortais. Por cada dia do ano, morrem aproximadamente 6 300 trabalhadores, sendo que, 960 são vítimas de acidentes de trabalho mortais e cerca de 5 400 de doenças relacionadas com o trabalho (Takala *et al.*, 2014).

Na União Europeia, em 2012, 3 515 trabalhadores foram vítimas de acidentes de trabalho mortais, dos quais, 162 em Portugal (Eurostat, 2015).

As definições de acidentes de trabalho são diversas, mas todas têm o mesmo propósito - um ato imprevisto de que resulta dano físico ou morte.

A Eurostat (2015), define acidente de trabalho como *“uma ocorrência imprevista, durante o tempo de trabalho, que provoque dano físico ou mental”*.

A legislação Portuguesa, Lei nº 98/2009 de 4 de Setembro define acidentes de trabalho como sendo *“aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, produzindo, direta ou indiretamente, lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou ganho, ou a morte”*.

A tipificação dos acidentes segundo as causas, tem demonstrado que a principal causa é o fator humano. As causas dos acidentes são muito complexas, em muitos casos, a causa do acidente de trabalho é fácil de identificar, no entanto, muitas vezes existe diversos fatores não evidentes que provocam o acidente.

É essencial que exista um forte empenho por parte dos órgãos de gestão, bem como, a participação dos trabalhadores no sentido de criar e manter um local de trabalho seguro e saudável. Deverá prestar-se mais atenção às condições de trabalho e ao grau de satisfação dos trabalhadores. Estes são sem dúvida um ponto sobre o qual, podemos e devemos atuar, o sentido da prevenção de acidentes de trabalho, e para a formação acerca dos cuidados necessários à prestação dos primeiros cuidados, caso um acidente ocorra.

Nos gráficos seguintes, é possível verificar a elevada taxa de incidentes fatais e não fatais no contexto de trabalho, na Europa, nos anos de 2014 e 2015, assim como, a comparação com base na atividade económica.

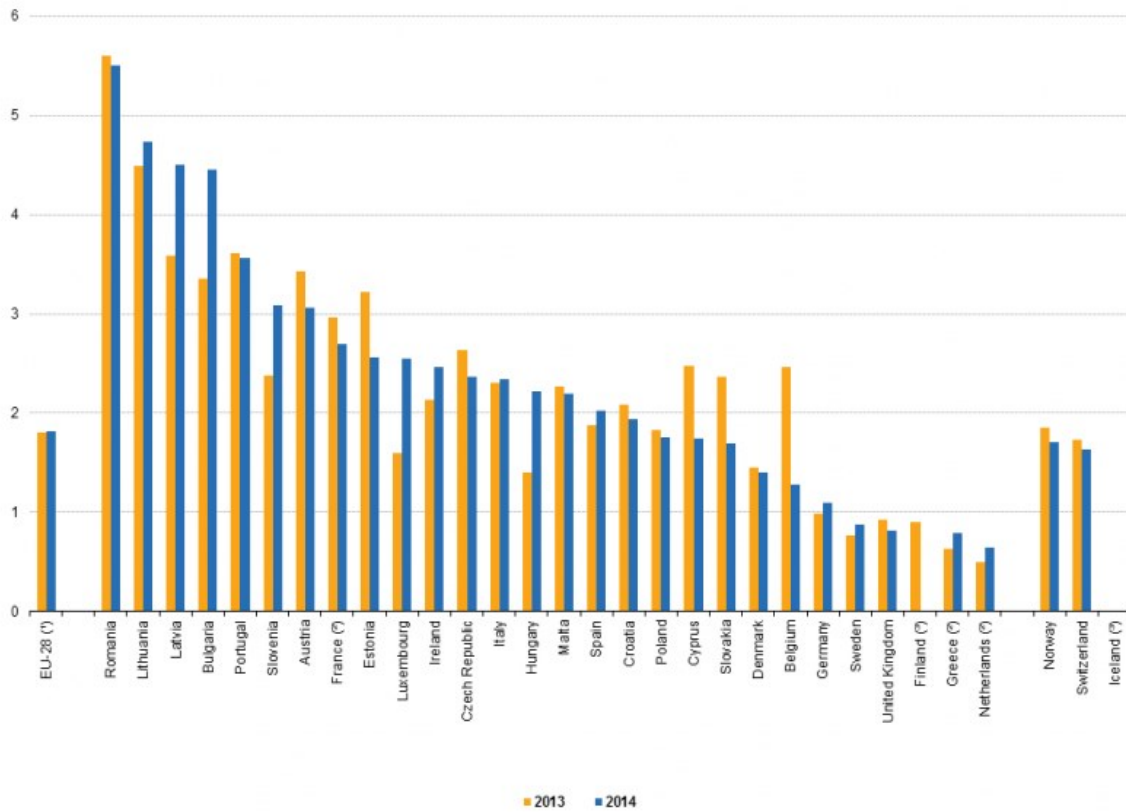


Gráfico 1: Acidentes fatais no trabalho (taxa de incidência de 2013 e 2014 por 100 000 pessoas empregadas) (EUROSTAT, 2015).

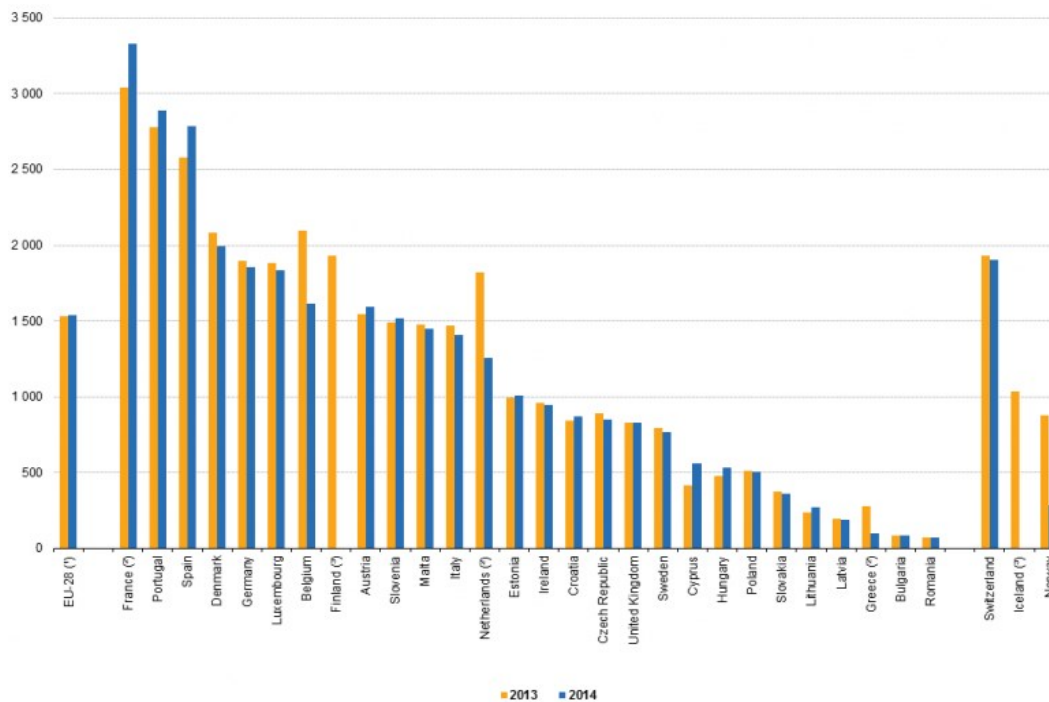


Gráfico 2: Acidentes não fatais no trabalho (taxa de incidência de 2013 e 2014 por 100 000 pessoas empregadas) (EUROSTAT, 2015)

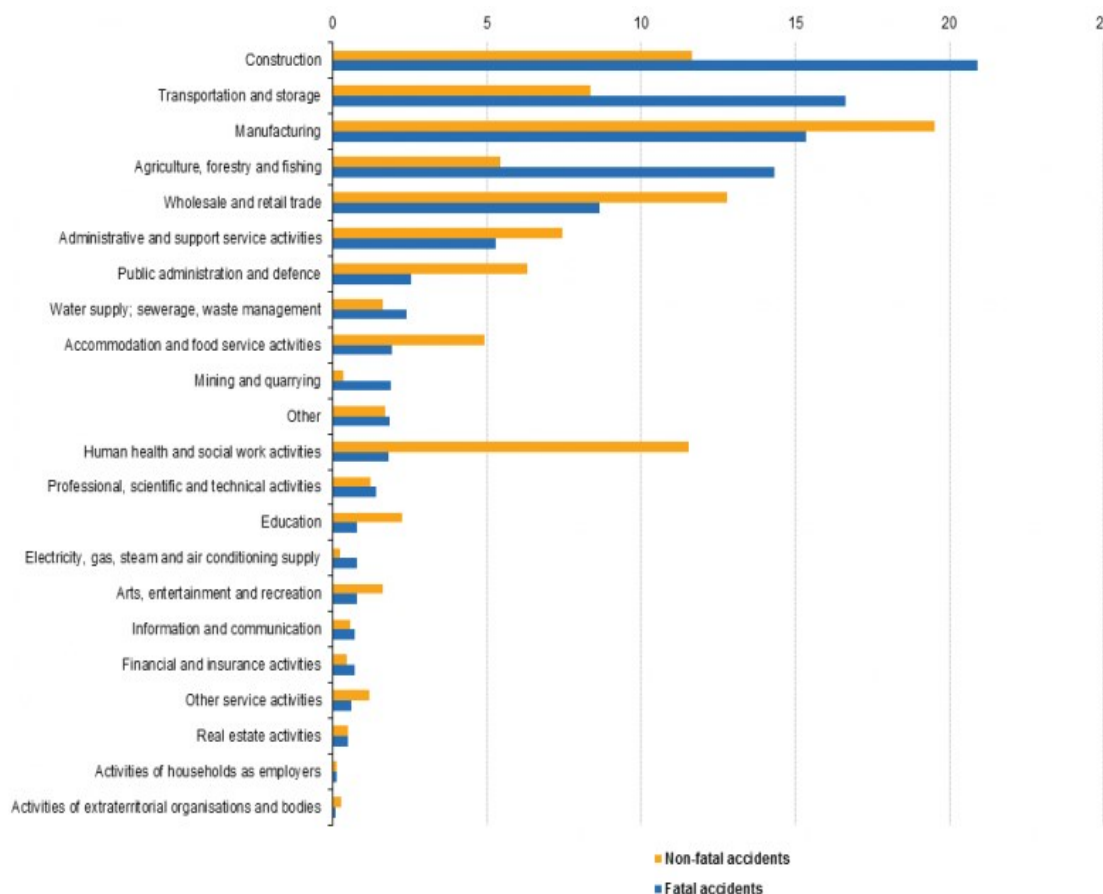


Gráfico 3: Acidentes fatais e não fatais no trabalho, por atividade econômica (taxa de incidência de 2013 e 2014 por 100 000 pessoas empregadas) (EUROSTAT, 2015)

Nas tabelas seguintes é possível verificar o número de acidentes mortais e acidentes graves, em contexto de trabalho, em Portugal, comparando os mesmos nos últimos quatro anos.

Mês	2014	2015	2016	2017
Janeiro	17	25	23	9
Fevereiro	2	10	17	3
Março	12	15	13	10
Abril	14	7	8	13
Mai	12	5	10	7
Junho	11	13	13	0
Julho	13	10	7	0
Agosto	11	12	13	0
Setembro	10	5	12	0
Outubro	17	21	7	0
Novembro	8	9	10	0
Dezembro	8	8	5	0
Total	135	140	138	42

Tabela 1: Acidentes de trabalho mortais em Portugal, entre 2014 e 2017 (ACT, 2017)

Mês	2014	2015	2016	2017
Janeiro	45	175	137	66
Fevereiro	47	26	33	9
Março	31	24	18	8
Abril	25	27	10	2
Mai	40	31	10	1
Junho	26	29	17	0
Julho	23	26	11	0
Agosto	12	28	9	0
Setembro	27	20	8	0
Outubro	14	12	7	0
Novembro	12	15	1	0
Dezembro	6	4	3	0
Total	308	417	264	86

Tabela 2: Acidentes de trabalho graves em Portugal, entre 2014 e 2017 (ACT, 2017)

O trauma constitui um dos principais problemas de saúde pública em todos os países, correspondendo à terceira causa de morte no mundo.

Segundo Parreira (2014), as vítimas de queda de altura apresentam, em geral, maior gravidade anatômica do trauma, maior frequência e gravidade de lesões em segmento torácico e em extremidades.

RELATO DO CASO CLÍNICO

No dia 30 de Maio de 2017 às 14:27h, foi acionado por parte do CODU a SIV de Fafe para a ocorrência nº 539740, com a seguinte descrição:

“1 Vítima do sexo masculino, de 53 anos, que sofreu uma queda de um andaime de cerca 10 metros, com TCE (traumatismo cranioencefálico), numa obra. Apresenta alteração do estado de consciência, com hemorragia ativa a nível da face.”

Enquanto a equipa se deslocava para o local de ocorrência do incidente, foram sendo realizados mentalmente ensaios de previsão (revisão mental de algoritmos de atuação), acerca do tipo de sinistro, mecanismos de lesão e do possível estado da vítima, numa tentativa de preparação, como forma de diminuir o inevitável estado de surpresa/desconhecido.

Em análise, baseado no tipo de incidente, considerando o respetivo mecanismo de lesão/cinemática:

TIPO DE TRAUMA	TIPO DE INCIDENTE	MECANISMO DE LESÃO (cinemática)
FECHADO PENETRANTE	ACIDENTES COM VEÍCULOS AUTOMÓVEIS	Impacto frontal
		Para cima e sobre
		Para baixo e sob
		Impacto lateral
		Impacto traseiro
		Impacto rotacional
	Capotamento	
	ACIDENTES COM MOTOCICLOS	Impacto frontal
		Impacto angular
		Ejeção
	ATROPELAMENTO	Adulto
		Criança
	QUEDAS	Queda de pé
		Queda de braços
Queda de cabeça		
ARMAS	Baixa energia	
	Média e alta energia	
EXPLOSÃO		

Tabela 1: Relação entre o mecanismo de lesão e o tipo de trauma (INEM, 2012, pág.13)

Após chegada ao local, a primeira apreciação realizada foi relativa à avaliação do local em termos de condições de segurança, as quais se verificaram estar reunidas.

Deparamo-nos com uma vítima do sexo masculino sentado junto a um andaime, com hemorragia ativa a nível do crânio e face, a emitir gemidos. Não visualizamos capacete de proteção junto da vítima, nem guarda corpos na estrutura/andaime.

Segundo os colegas de trabalho, estaria a trabalhar no andaime e após ouvirem um barulho, encontram a vítima caída, com provável queda de cerca 3,5 metros.

Procedemos à avaliação primária da vítima seguindo a metodologia ABCDE:

A – Permeabilização da via aérea (VA) com controlo da coluna cervical;

- Realizada pesquisa da cavidade oral, que revela vestígios hemáticos, mas sem compromisso da VA. Assim, VA assegurada;
- Realizada inspeção e palpação do pescoço – sem alterações;
- Realizada estabilização da coluna cervical e aplicado de colar cervical;

B – Ventilação e Oxigenação;

- Vítima com ventilação espontânea;
- Com dor à palpação da parede torácica, sem enfisema, instabilidade ou deformidade;
- Movimentos superficiais e simétricos da parede torácica, sem uso de músculos acessórios, cianose ou presença de lesões;
- Presença de sons respiratórios bilateralmente e sons cardíacos na auscultação;
- SpO2: 94%; FR: 24 cpm;
- Administrado O2 suplementar a 15l/min, por máscara de alta concentração;

C – Circulação com controlo de hemorragia;

- Apresenta ferida corto-contusa com cerca de 3 cm a nível frontal - realizado controlo da hemorragia por pressão local com compressas. Com melhor exploração verifica-se que não tem hemorragia pela cavidade oral;
- Corado e hidratado, com presença de hipersudorese;
- Abdómen mole e depressível, doloroso à palpação em especial no quadrante superior direito;
- FC: 99 bpm, pulsos periféricos cheios e regulares, TA: 145/90 mmHg, TPC<2 seg;

- Assegurados dois acessos venosos periféricos de grande calibre;
- Administrado Morfina 4mg Ev, Metoclopramida 10 mg EV, Cloreto de Sódio 1000 ml perfusão EV;

D – Disfunção Neurológica;

- Glasgow Coma Scale 11 (O4V2M5), agitado, com fâcies de dor intensa;
- Pupilas isocóricas e fotorreativas, mobiliza ativamente os 4 membros, força e sensibilidade mantida bilateralmente;
- Glicemia capilar: 153 mg/dl;

E – Exposição com controlo da temperatura

- Aplicado colete de extração;
- Imobilizado em plano duro e aranha;
- Realizada exposição de vítima;
- Realizada limpeza das feridas e aplicação de penso compressivo;
- Colocada manta de aquecimento;
- Presença de hálito etílico;
- T: 36°C;

De seguida prosseguimos com a avaliação secundária:

- Reavaliados sinais vitais, SPO2 e estado de consciência;
- Recolha de informação:
 - C – Circunstâncias do acidente: queda não presenciada, estimada 3,5 metros, durante a queda terá embatido num muro lateral;
 - H – História anterior de doença: desconhecido;
 - A – Alergias: desconhecido;
 - M – Medicação habitual: desconhecido;
 - U – Última refeição: almoçou às 13h com ingestão de álcool;

Impossível a recolha de mais informação por incapacidade de resposta por parte da vítima e desconhecimento dos presentes (colegas de trabalho).

- Exame físico de forma sistematizada, segmento a segmento – sem mais achados;

Evolução da vítima após intervenções realizadas, seguindo a mesma metodologia ABCDE:

A – Permeabilização da VA com controlo da coluna cervical;

- Patente e permeável. Assim, VA assegurada;
- Realizada inspeção e palpação do pescoço – sem alterações;
- Com colar cervical;

B – Ventilação e Oxigenação;

- Vítima com ventilação espontânea;
- Com dor à palpação da parede torácica, sem enfisema, instabilidade ou deformidade;
- Movimentos superficiais e simétricos da parede torácica, sem uso de músculos acessórios, cianose ou presença de lesões;
- Presença de sons respiratórios bilateralmente e sons cardíacos na auscultação;
- SpO₂: 97%; FR: 19 cpm;
- Reduz administração de O₂ suplementar para 10l/min, por ventimask;

C – Circulação com controlo de hemorragia:

- Apresenta ferida corto-contusa com cerca de 3 cm a nível frontal – com hemorragia controlada;
- Corado e hidratado, com presença de hipersudorese;
- Abdómen mole e depressível, doloroso à palpação em especial no quadrante superior direito;
- FC: 78 bpm, pulsos periféricos cheios e regulares, TA: 135/84 mmHg, TPC < 2 seg;
- Com 2 acessos venosos periféricos de grande calibre;
- Administrado cloreto de Sódio 500 ml perfusão EV;

D – Disfunção Neurológica;

- Glasgow Coma Scale 11 (O4V2M5), calmo, com fácies de dor ligeira;
- Pupilas isocóricas e fotorreativas, mobiliza ativamente os 4 membros, força e sensibilidade mantida bilateralmente;
- Glicemia capilar: 153 mg/dl;

E – Exposição com controlo da temperatura

- Imobilizado em plano duro e aranha;
- Penso compressivo a nível do crânio;
- Mantém manta de aquecimento;
- T: 36°C;

Transporte:

Realizado transporte da vítima com apoio da VMER de Guimarães, com acompanhamento médico, para o Centro Hospitalar do Alto Ave.

Após avaliação imagiológica:

- TCE – discreta quantidade de sangue interventricular no atrio direito e periventricular, sem hidrocefalia, sem apagamento dos sulcos com cisternas permeáveis;
- Trauma da face - fratura da arcada zigomática;
- Trauma torácico – pneumotorax de médio volume à direita;
- Trauma abdominal – laceração com cerca de 5 cm hepática;
- Fratura da face anterior da asa do íliaco;

DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

Nas vítimas de queda de altura, a troca de energia entre o corpo e a zona de impacto determina o tipo de lesões e de gravidade variáveis. Há vários fatores envolvidos, nomeadamente a altura da queda e a maneira que o corpo atinge o solo, as características do impacto e a velocidade da queda.

Parreira et all (2014), com o estudo – *Análise comparativa entre as lesões identificadas em vítimas de queda de altura e de outros mecanismos de trauma fechado*. – Analisou 4532 casos de trauma fechado, sendo que 555 (12,2%) foram de vítimas de queda de altura.

A estratificação da gravidade das lesões, no estudo acima identificado, foi realizada pelos índices de trauma - Abbreviated Injury Scale (AIS) - escala de gravidade de lesões orgânicas publicada pela Association for the Advancement of Automotive Medicine. Cada órgão tem lesões agrupadas em gravidades crescentes, variando de 1 a 6. As lesões AIS=1 são definidas como “menores”, as AIS=2, como “moderadas”, as AIS=3, como “graves”, as AIS=4 como “muito graves”, as AIS=5, como “críticas” e as AIS=6 são letais. As lesões foram agrupadas em seis segmentos: cabeça e pescoço; face; tórax; abdómen; extremidades e pélvis; e externas.

Segmento / AIS	1	2	3	4	5	Total
Cabeça	25,4%	3,2%	3,2%	2,5%	2,7%	37,1%
Tórax	1,1%	2,3%	3,8%	1,3%	0,4%	8,8%
Abdome	0,9%	0,9%	1,3%	0,9%	0,7%	4,7%
Extremidades/pelve óssea	31,0%	11,2%	9,7%	4,7%	3,1%	59,6%

Tabela 1: Frequência das lesões diagnosticadas nas vítimas de quedas de altura, divididas de acordo com o segmento corporal e a gravidade (AIS) (Parreira et all, 2014).

Das 555 (12,2%) vítimas de quedas de altura, em geral, os segmentos mais lesados foram as extremidades/pélvis, seguidas das lesões no crânio, tórax e abdómen (Tabela 1).

No seu estudo, os autores concluíram que as vítimas de queda de altura apresentaram maior gravidade anatômica do trauma, maior frequência e maior gravidade de lesões torácica e de extremidades. As lesões consideradas graves ($AIS \geq 3$) foram verificadas em extremidades (17,5%), crânio (8,4%), torácico (5,5%) e em abdômen (2,9%).

As presentes conclusões vão de encontro ao caso clínico anteriormente explanado. A vítima identificada, apresentava trauma cranioencefálico e face, torácico, abdome e pelvis com níveis de gravidade diferentes, sendo que as lesões com maior gravidade identificadas foram o TCE, trauma torácico e abdominal.

Torna-se importante o reconhecimento precoce de características específicas, quer relativas ao estado da vítima, quer ao mecanismo de lesão, durante o período pré-hospitalar e hospitalar, nas vítimas de quedas de altura, uma vez que, auxilia na triagem (prioridade dada) destes doentes, bem como no encaminhamento para o hospital mais adequado, monitorização/vigilância e adequação aos exames complementares de diagnóstico necessários. É fundamental reconhecer que vítimas de trauma com lesões potencialmente letais, muitas vezes não apresentam sinais clínicos inicialmente evidentes, podendo passar despercebidas numa avaliação inicial. Ou seja, doentes inicialmente estáveis e considerados como de “baixo risco” podem evoluir, em pouco tempo, para risco iminente de morte, o que evidencia a necessidade de monitorização/vigilância apertada e adequada. O tempo perdido neste “atraso diagnóstico” causa um impacto significativo no prognóstico e pode ser responsável por complicações graves e mesmo a morte do doente. Desta forma, métodos de reconhecimento rápido e efetivo das vítimas de trauma com lesões potencialmente graves, mesmo antes das primeiras manifestações clínicas, tornam-se de extrema importância. A compreensão da gravidade do mecanismo de trauma que as quedas de altura proporcionam é extremamente importante. Mesmo em doentes com poucos sintomas, a valorização deste mecanismo de trauma chama a atenção para a necessidade de rápida avaliação clínica e pronta realização de exames diagnósticos. Isto certamente reduziria o tempo para diagnóstico e tratamento, propiciando os melhores resultados e prognóstico. (Parreira, 2014).

Outro aspeto que se torna necessário refletir é acerca da origem do problema e na forma de prevenir a sua recorrência. Ou seja, torna-se necessário criar estratégias para uma averiguação mais apertada no que respeita ao cumprimento das normas de segurança. Com isto, refiro-me ao fato de o acidente ter ocorrido após a hora de almoço, e o utente apresentar hálito etílico. Sabendo que o consumo de álcool diminui a capacidade de

concentração e reação, estaria este funcionário em plenas capacidades de exercer a sua função, em cima de um andaime? Não foi visualizado pela equipe presente no local, capacete de proteção da vítima nem guardacorpos na estrutura/andaime. Caso estivessem a ser utilizados os equipamento de proteção identificados, poderia-se ter diminuído o risco de queda? E contribuiria para diminuir a gravidade das lesões que se verificaram?

Quando a reflexão recai sobre os cuidados prestados pela equipe do pré-hospitalar a questão que se coloca é: “o que poderia ter corrido melhor?” Da minha reflexão, apuro que foram prestados os melhores cuidados perante a situação e o ambiente que se apresentou, no entanto, os tempos podem sempre ser melhorados com treinos e práticas simuladas. Um aspecto que me sobressai, é o fato do transporte da vítima, se ter realizado para o Hospital (por indicação do médico da VMER), hospital este que não disponibiliza da especialidade de Neurocirurgia. Visto que o utente apresentava TCE com alteração do estado de consciência, e estando outro Hospital a cerca de 30 min do local, com disponibilidade de especialidade de Neurocirurgia, não teria sido mais prudente o transporte para este hospital?

Concluindo, as vítimas de queda de altura apresentam maior gravidade anatômica do trauma, maior frequência e gravidade de lesões em segmento torácico e em extremidades/pélvis, além de maior frequência de trauma raquimedular, quando comparadas às vítimas de outros mecanismos de trauma fechado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACT. (2017). Acidentes de trabalho: estatística. Gabinete de estratégia e Planeamento. Lisboa.
- Association for Advancement of Automotive Medicine. The Abbreviated Injury Scale. 1990 Revision. 1990, Des Plaines, IL 60018, USA.
- Eurostat – Statistics Explained. (2015). Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics#Main_statistical_findings
- INEM - Manual de Abordagem à vítima, versão 2.0, 1ª Edição, 2012, ISBN 978-989-8646-04-0
- Lei n.º 98/2009 de 4 de Setembro. Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Diário da República, Lisboa, I Série A, n.º 172 de 4 de Setembro de 2009, p. 5894-5920.
- Parreira, José Gustavo, Matar, Marina Raphe, Tôrres, André Luis Barreto, Perlingeiro, Jacqueline A. G., Solda, Silvia C., & Assef, José Cesar. (2014). Análise comparativa entre as lesões identificadas em vítimas de queda de altura e de outros mecanismos de trauma fechado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, pág. 272-277.
- Takala, J., Hämäläinen, P., Saarela, K., Yun, L., Manickam, K., Jin, T. ... Lin, G. (2014). Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012. *Journal of Occupational and Environment Hygiene*, 11, 326-337.

APÊNDICE

(a) Apresentação do estudo de caso: Queda de altura

Estudo de caso:

Queda de altura



Autor: *Catarina Tinoco da Silva*
Sob orientação: *Professora Lúcia Rocha*
Módulo de estágio opcional: *Assistência Pré-hospitalar*

SIV / VMER

Porto, 28/06/2017

Objetivos:

- Relatar um caso clínico, no qual foi acionado o meio SIV para atender uma vítima de queda de altura, em contexto de acidente de trabalho;
- Analisar a abordagem à vítima;
- Analisar a gravidade das lesões da presente vítima;
- Aspetos a refletir para prevenir a recorrência do acidente de trabalho e atenuar a gravidade das lesões;

Por cada dia do ano, morrem aproximadamente 6 300 trabalhadores, sendo que, 960 são vítimas de acidentes de trabalho mortais e cerca de 5 400 de doenças relacionadas com o trabalho

(Takala *et al.*, 2014)

Acidente de trabalho:

“Aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, produzindo, direta ou indiretamente, lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou ganho, ou a morte”.

(Lei nº 98/2009 de 4 de Setembro)

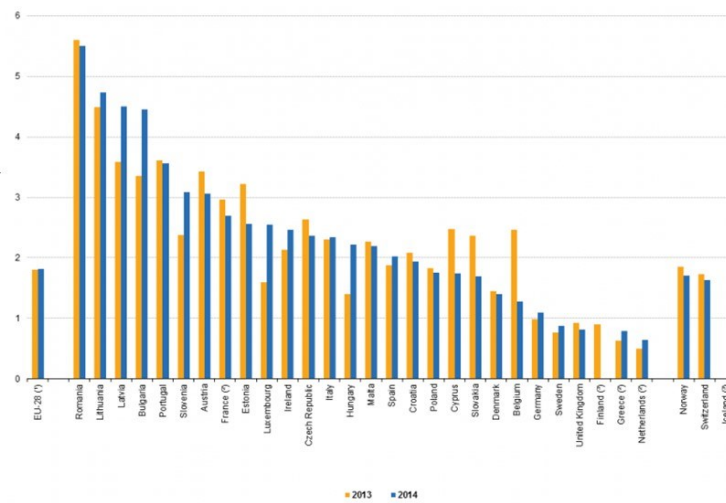


Gráfico 1: Acidentes fatais no trabalho (taxa de incidência de 2013 e 2014 por 100 000 pessoas empregadas) (EUROSTAT, 2015).

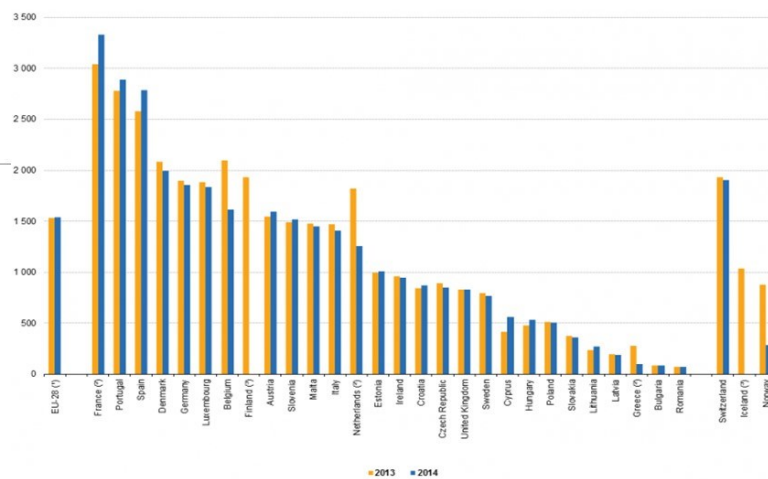


Gráfico 2: Acidentes não fatais no trabalho (taxa de incidência de 2013 e 2014 por 100 000 pessoas empregadas) (EUROSTAT, 2015).

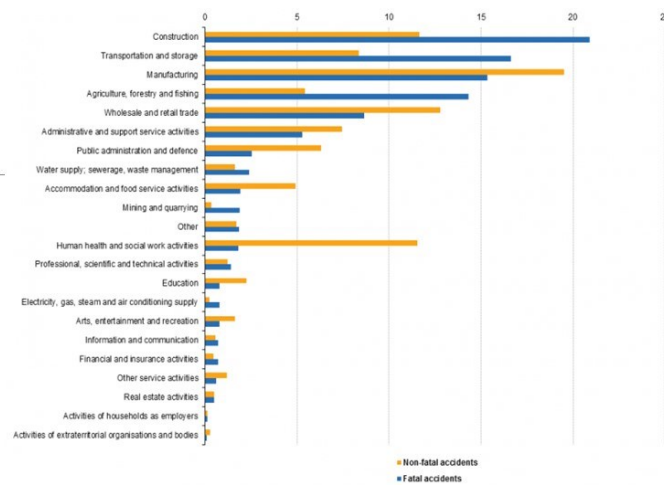


Gráfico 3: Acidentes fatais e não fatais no trabalho, por atividade económica (taxa de incidência de 2013 e 2014 por 100 000 pessoas empregadas) (EUROSTAT, 2015)

Ativação:

•30/05/17 às 14:27h

•Nº CODU 539740

•“1 Vítima do sexo masculino, de 53 anos, que sofreu uma queda de um andaime de cerca 10 metros, com TCE, numa obra. Apresenta alteração do estado de consciência, com hemorragia ativa a nível da face.”

Preparação:

- Relação entre o mecanismo de lesão e o tipo de trauma:


TIPO DE TRAUMA	TIPO DE INCIDENTE	MECANISMO DE LESÃO (cinemática)	
FECHADO PENETRANTE	ACIDENTES COM VEÍCULOS AUTOMÓVEIS	Impacto frontal	Para cima e sobre
			Para baixo e sob
		Impacto lateral	
		Impacto traseiro	
		Impacto rotacional	
		Capotamento	
	ACIDENTES COM MOTOICLOS	Impacto frontal	
		Impacto angular	
		Ejeção	
	ATROPELAMENTO	Adulto	
		Criança	
	QUEDAS	Queda de pé	
		Queda de braços	
		Queda de cabeça	
	ARMAS	Baixa energia	
		Média e alta energia	
	EXPLOÇÃO		

(INEM, 2012, pág.13)


Avaliação do local e das condições de segurança:

- Condições de segurança: reunidas.

O que observamos:


- 1 vítima do sexo masculino, sentado junto a um andaime, com hemorragia ativa a nível do crânio e face, a emitir gemidos.
 - Estaria a trabalhar no andaime e após um barulho, encontram a vítima caída, com provável queda de cerca 3,5 metros.
 - Não visualizamos capacete de proteção junto da vítima, nem guarda corpos na estrutura/andaime.
- 

Avaliação Primária:

- A – Permeabilização da VA com controlo da coluna cervical;
 - B – Ventilação e Oxigenação;
 - C – Circulação com controlo de hemorragia;
 - D – Disfunção Neurológica;
 - E – Exposição com controlo da temperatura;
- 

A – Permeabilização da VA com controlo da coluna cervical:


- Realizada pesquisa da cavidade oral, que revela vestígios hemáticos, mas sem compromisso da VA. Assim, VA assegurada;
- Realizada inspeção e palpação do pescoço – sem alterações;
- Realizada estabilização da coluna cervical e aplicado colar cervical;




B – Ventilação e Oxigenação;

- Ventilação espontânea;
- Dor à palpação da parede torácica, sem enfisema, instabilidade ou deformidade; movimentos superficiais e simétricos da parede torácica, sem uso de músculos acessórios, cianose ou presença de lesões;
- Presença de sons respiratórios bilateralmente e de sons cardíacos, na auscultação;
- SpO2: 94%; FR: 24 cpm;
- Administrado O2 suplementar a 15l/min;

C – Circulação com controlo de hemorragia:

- Ferida corto-contusa com cerca de 3 cm a nível frontal - realizado controlo da hemorragia por pressão local. Sem hemorragia pela cavidade oral;
 - Corado e hidratado, com presença de hipersudorese;
 - Abdómen mole e depressível, doloroso à palpação em especial no QSD;
 - FC: 99 bpm, pulsos periféricos cheios e regulares, TA: 145/90 mmHg, TPC < 2 seg;
 - Assegurados dois acessos venosos periféricos de grande calibre;
 - Administrado Morfina 4 mg Ev, Metoclopramida 10 mg EV, Cloreto de Sódio 1000 ml perfusão EV;
- 

D – Disfunção Neurológica:

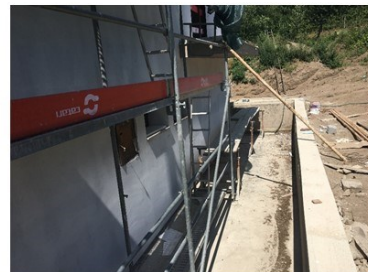
- GCS 11 (O4V2M5), agitado, com fácies de dor intensa;
 - Pupilas isocóricas e fotorreativas, mobiliza ativamente os 4 membros, força e sensibilidade mantida bilateralmente;
 - Glicemia capilar: 153 mg/dl;
- 

E – Exposição com controlo da temperatura:

- Aplicado colete de extração;
- Imobilizado em plano duro e aranha;
- Realizada exposição de vítima;
- Realizada limpeza das feridas e aplicação de penso compressivo;
- T: 36°C, colocada manta de aquecimento;
- Presença de hálito etílico;

Avaliação Secundária:

- Reavaliados sinais vitais e estado de consciência;
- Recolha de informação:
 - C – queda não presenciada, estimada 3,5 metros, durante a queda terá embatido num muro lateral;
 - H – desconhecido;
 - A – desconhecido;
 - M – desconhecido;
 - U - almoçou às 13h com ingestão de álcool;
- Exame físico de forma sistematizada – sem mais achados;




Transporte:

- Realizado transporte da vitima com apoio da VMER, para o Hospital;


Após avaliação imagiológica:

- TCE – discreta quantidade de sangue interventricular no átrio direito e periventricular, sem hidrocefalia, sem apagamento dos sulcos com cisternas permeáveis.
- Trauma da face - fratura da arcada zigomática;
- Trauma torácico – pneumotórax de médio volume à direita;
- Trauma abdominal – laceração com cerca de 5 cm hepática;
- Fratura da face anterior da asa do íliaco;

Nas vítimas de queda de altura, a troca de energia entre o corpo e a zona de impacto determina o tipo de lesões e de gravidade variáveis. Há vários fatores envolvidos, nomeadamente a altura da queda e a maneira que o corpo atinge o solo, as características do impacto e a velocidade da queda.



Parreira et al, com o estudo realizado em 2014 – *Análise comparativa entre as lesões identificadas em vítimas de queda de altura e de outros mecanismos de trauma fechado*.
– Analisou 4532 casos de trauma fechado, sendo que 555 (12,2%) foram de vítimas de queda de altura.



Frequência das lesões diagnosticadas nas vítimas de quedas de altura, divididas de acordo com o segmento corporal e a gravidade (AIS).

Segmento / AIS	1	2	3	4	5	Total
Cabeça	25,4%	3,2%	3,2%	2,5%	2,7%	37,1%
Tórax	1,1%	2,3%	3,8%	1,3%	0,4%	8,8%
Abdome	0,9%	0,9%	1,3%	0,9%	0,7%	4,7%
Extremidades/pelve óssea	31,0%	11,2%	9,7%	4,7%	3,1%	59,6%

(Parreira et al, 2014)


Das 555 (12,2%) vítimas de quedas de altura, em geral, os segmentos mais lesados foram as extremidades/pélvis, seguidas das lesões no crânio, tórax e abdómen.

No seu estudo, os autores concluíram que as vítimas de queda de altura apresentaram maior gravidade anatômica do trauma, maior frequência e maior gravidade de lesões torácica e de extremidades. As lesões consideradas graves (AIS \geq 3) foram verificadas em extremidades (17,5%), crânio (8,4%), torácico (5,5%) e em abdómen (2,9%).


Aspetos a discutir:

- Reconhecimento precoce de características específicas, quer do estado da vítima, quer do mecanismo de lesão, nas vítimas de queda de altura, uma vez que, auxilia na triagem (prioridade dada) das vítimas, bem como no encaminhamento para o hospital mais adequado, monitorização/vigilância e adequação aos exames complementares de diagnóstico necessários.
- A compreensão da gravidade do mecanismo de trauma é extremamente importante.

(Parreia, 2014).



Aspetos a discutir:

- Cumprimento das normas de segurança:
 - Vítima apresenta hálito etílico. Sabendo que o consumo de álcool diminui a capacidade de concentração e reação, estaria este funcionário em plenas capacidades de exercer a sua função, em cima de um andaime?
 - Não foi visualizado capacete de proteção da vítima nem guardacostas na estrutura/andaime. Caso estivessem a seu utilizados os equipamento de proteção, poderia ter diminuído o risco de queda? E contribuiria para diminuir a gravidade das lesões que se verificaram?
- 

Aspetos a discutir:

- Cuidados prestados pela equipe: “o que poderia ter corrido melhor?”:
 - Foram prestados os melhores cuidados perante a situação e o ambiente que se apresentou, no entanto, os tempos podem sempre ser melhorados com treinos e práticas simuladas.
 - Transporte da vítima para um Hospital, que não disponibiliza da especialidade de Neurocirurgia.

Obrigada pela atenção!



Referências bibliográficas:

- Association for Advancement of Automotive Medicine. The Abbreviated Injury Scale. 1990 Revision. 1990, Des Plaines, IL 60018, USA.
- Eurostat – Statistics Explained. (2005). Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics#Main_statistical_findings
- INEM - Manual de Abordagem à vítima, versão 2.0, 1ª Edição, 2012, ISBN 978-989-8646-04-0
- Lei nº 98/2009 de 4 de Setembro. Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Diário da República, Lisboa, I Série A, n.º 172 de 4 de Setembro de 2009, p. 5894-5920.
- Parreira, José Gustavo, Matar, Marina Raphe, Törres, André Luis Barreto, Perlingeiro, Jacqueline A. G., Solda, Sílvia C., & Assef, José Cesar. (2014). Análise comparativa entre as lesões identificadas em vítimas de queda de altura e de outros mecanismos de trauma fechado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, pág. 272-277.
- Raouf, A. (1998). Teoría de las causas de los accidentes. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (Vol. II, Parte VIII, p. 56.6). OIT.
- Takala, J., Hämäläinen, P., Saarela, K., Yun, L., Manickam, K., Jin, T. ... Lin, G. (2014). Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012. *Journal of Occupational and Environment Hygiene*, 11, 326-337.

APÊNDICE II

Proposta para Protocolo de Nutrição Entérica



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Proposta para Protocolo de Nutrição Entérica na UCIP

Por: Catarina Tinoco da Silva nº396416026

Sob orientação de: Professora Lúcia Rocha

Porto, 11 de Janeiro de 2018

NOME: Nutrição Entérica (NE) na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

OBJETIVO: Uniformizar procedimentos na administração de nutrição entérica.

ÂMBITO: O presente protocolo de nutrição entérica é aplicável na UCIP.

NOTAS TÉCNICAS:

Segundo a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (2006), malnutrição pode ser definida como um estado nutricional em que uma deficiência ou excesso de energia, proteína e outros nutrientes provocam efeitos adversos mensuráveis nos tecidos, na forma corporal, nas funções orgânicas e na evolução clínica. Este estado, associa-se a um aumento da frequência, dos custos e do tempo de internamento, do aparecimento de complicações, da taxa de morbidade e de mortalidade.

A American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (2016) defende que, todos os doentes internados na UCI devem passar por uma avaliação da nutrição, dentro de 48 horas após a admissão, sendo que os doentes com maior risco de desnutrição exigem uma avaliação nutricional mais completa. Existem várias ferramentas disponíveis para avaliar o status nutricional, o Hospital de S. João usa o Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). No entanto, apenas o NRS-2002 e o escore NUTRIC determina o status nutricional e gravidade da doença. Doentes em "risco" são definidos por um NRS-2002 > 3 e aqueles em "alto risco" com uma pontuação ≥ 5 ; ou um índice NUTRIC ≥ 5 .

O doente crítico possui necessidades metabólicas aumentadas, devido à resposta inflamatória intensa e ao típico estado de stress catabólico a que se encontra sujeito. A introdução precoce da alimentação dos doentes é um fator de qualidade e contribui para a evolução positiva da condição do doente (ASPEN, 2016).

Para Kozeniecki M. e Fritzshall R. (2015), sempre que a alimentação por via oral seja insegura, insuficiente ou mesmo impossível a NE é considerada como suporte de primeira linha. Destaca-se, por ser mais prática, segura, económica, fisiológica e associada a: redução do tempo de internamento, da morbidade infecciosa e de complicações em geral, permite a manutenção da integridade estrutural e funcional do intestino.

1- *Timing* para início da nutrição entérica:

A NE deve ser iniciada nas primeiras 48 horas após a admissão do doente, na ausência de contraindicações à sua instituição.

2- Contraindicações ao início da nutrição entérica:

- Obstrução intestinal;
- Íleo paralítico grave e prolongado;
- Hemorragia digestiva alta;
- Vômitos e diarreia incoercíveis;
- Instabilidade hemodinâmica grave;
- Isquemia gastrointestinal;
- Fístula gastro-intestinal de alto débito.

Nestas condições, deve-se preferir a nutrição parentérica.

3- Determinação das necessidades nutricionais:

Todos os doentes admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos, devem ser alvo da avaliação do estado nutricional, pelo que necessária a avaliação do peso, da altura, do índice de massa corporal (IMC) e do perímetro abdominal.

a. Peso Referência:

IMC < 18.5 kg/m ²	Usar o peso real
IMC > 18.5 e < 30 kg/m ²	Usar o peso real e subtrair eventuais edemas
IMC > 30 kg/m ²	Ajustar peso (1.1 x peso ideal)
Peso ideal	Homem = [altura (cm) -154) x 0.9] + 50
	Mulher = [(altura (cm) -154) x 0.9] + 45.5

b. Cálculo das necessidades energéticas:

Para o planeamento das necessidades energéticas, o mais adequado seria, através da avaliação por calorimetria indireta, no entanto, como na maioria das UCI, não se encontra

disponível, a ASPEN (2016) definiu uma equação simples que poderá ser usada, baseada no peso: **25 a 30 Kcal/Kg/dia**.

c. Cálculo das necessidades proteicas:

A prioridade para a escolha da fórmula deve atender à ingestão proteica, sendo que a quantia recomendada segundo a ASPEN (2016) é de **1,2 a 2 g/Kg/dia**.

d. Cálculo das necessidades de água:

Um doente normovolémico necessita de cerca 1 mL/Kcal de água/dia. Atenção que os frascos de NE contêm cerca de 70-80% de água.

É necessário avaliar as necessidades de água de forma individualizada, contabilizando o estado prévio de hidratação e volémia, as perdas insensíveis e as alterações hidro-eletrolíticas.

Tipo	Conteúdo Água
Standard Fresubin Standard [□] Nutrison Standard [□]	84 mL/100mL
Fibras Fresubin Original Fibra [□] Nutrison Multifibra [□]	84 mL/100mL
Alta energia Fresubin Energy [□] Nutrison Energy [□]	78 mL/100mL
Semi-elementar Nutricomp [□] Peptisorb [□]	84 mL/100 mL
Diabéticos Diben [®]	83 mL/100 mL

4- Seleção da Fórmula:

Tipo	Conteúdo Calórico	Conteúdo Proteico
Standard Fresubin Standard [□] Nurison Standard [□]	100 kcal/100mL	4 g/100 mL
Fibras Fresubin Original Fibra [□] Nutrison Multifibra [□]	100 Kcal/100mL	3,8 g/100 mL
Alta energia Fresubin Energy [□] Nutrison Energy [□]	150 Kcal/100mL	5,6 g/100 mL
Semi-elementar Nutricomp [□] Peptisorb [□]	100 kcal/100 mL	4 a 4,5 g/100 mL

Nota:

- Iniciar com NE Standard;
- Usar NE com fibras para a prevenção da obstipação;
- Evitar NE com fibras, em doentes com suporte vasopressor pelo risco de bezoares;
- Usar NE de alta energia, em doentes com indicação para restrição de volume.

5- Situações Especiais:

Insuficiência Respiratória Grave	Evitar excesso energético em doentes com retenção de CO ₂ ; Preferir densidade calórica superior 1.5-2 kcal/mL em doentes com restrição de volume.
Insuficiência Renal	Evitar restrição proteica em doentes pré-diálise; Aumentar o aporte proteico em doentes sob terapia de substituição renal (máx. 2.5 g/kg/d).

Insuficiência Hepática	<p>Evitar restrição proteica;</p> <p>Usar formulações enriquecidas com aminoácidos de cadeia ramificada em doentes com encefalopatia refratária à terapêutica.</p> <p>Usar o peso ideal em vez do peso real, nas equações preditivas para determinar a energia e proteína em pacientes com insuficiência hepática, devido a complicações de ascite, depleção de volume intravascular, edema, hipertensão portal e hipoalbuminemia.</p>
Pancreatite Aguda	<p>Na forma severa a NE deve ser iniciada após correção da volêmia;</p> <p>Início precoce de NE;</p> <p>Administração mais distal;</p> <p>Formulações semi-elementares;</p>
Trauma Cerebral	<p>Lentificação do esvaziamento gástrico com aumento da probabilidade de intolerância à NE.</p>

6- Complicações possíveis:

		Atitudes
Mecânicas	Úlcera da pele	Realizar diariamente: limpeza da pele (local de inserção da sonda nasogástrica (SNG)), alternar local e o adesivo de fixação da SNG.
	Migração da sonda	<p>Confirmar o posicionamento da SNG;</p> <p>Preferir material de silicone e poliuretano;</p> <p>Preferir sondas de menor calibre;</p> <p>Fixar corretamente a SNG.</p>
	Obstrução da sonda	<p>Administrar terapêutica preferencialmente em solução;</p> <p>Lavar a sonda com 30 ml de água morna e esterilizada de 4/4 horas durante a alimentação contínua, antes e após a alimentação intermitente e após aspiração do conteúdo gástrico.</p>
	Vômito	<p>Suspender NE e colocar SNG em drenagem durante 2 horas;</p> <p>Retomar à mesma velocidade de perfusão.</p>
	Aspiração	<p>Elevação da cabeceira a 30-45°;</p> <p>Avaliar periodicamente a presença de resíduo gástrico;</p> <p>Uso de pró-cinéticos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida: 10 mg 8/8 horas; • Eritromicina: - 1º dose: 250 mg, - Manutenção: 150-200 mg 8/8 h <p>Ponderar colocação de SNG pós-pilórica ou PEG; Preferir NE contínua, em vez de “bólus”; Considerar a utilização de clorexidina 2x/dia (por forma a otimizar a saúde oral).</p>	
Diarreia	<p>Rever terapêutica: laxantes, antibióticos, IBP, suspensões com Sorbitol;</p> <p>Introduzir NE com fibras;</p> <p>Ajustar o débito de infusão para valor mais baixo;</p> <p>Avaliar probabilidade de infeção com <i>Clostridium</i> – colheitas em 3 dias consecutivos.</p>	
Obstipação	<p>Corrigir hidratação;</p> <p>Vigiar eliminação intestinal;</p> <p>Pesquisar a presença de fecalomas;</p> <p>Introduzir NE com fibras (evitar dieta com fibras em doentes sob vasopressores pelo risco de bezoares e obstrução);</p> <p>Realizar treino intestinal.</p>	
Metabólicas	Hiperglicemia	<p>Realizar controlo glicémico metuculoso (considerar aceitável nível sérico de glicose entre 80-150 mg/dl);</p> <p>Cumprir “<i>Protocolo de Controlo Glicémico com Insulina em Perfusão EV</i>”, em uso na UCIPG.</p>
	Desequilíbrios hidro-eletrolíticos	Monitorização e reposição adequada.
	Desidratação	Suplementação de água adequada – a NE só fornece cerca de 80% das necessidades diárias.
	Síndrome de realimentação	Em doentes muito desnutridos há risco de depleção eletrolítica grave (fósforo, potássio e magnésio) podendo desencadear arritmias.

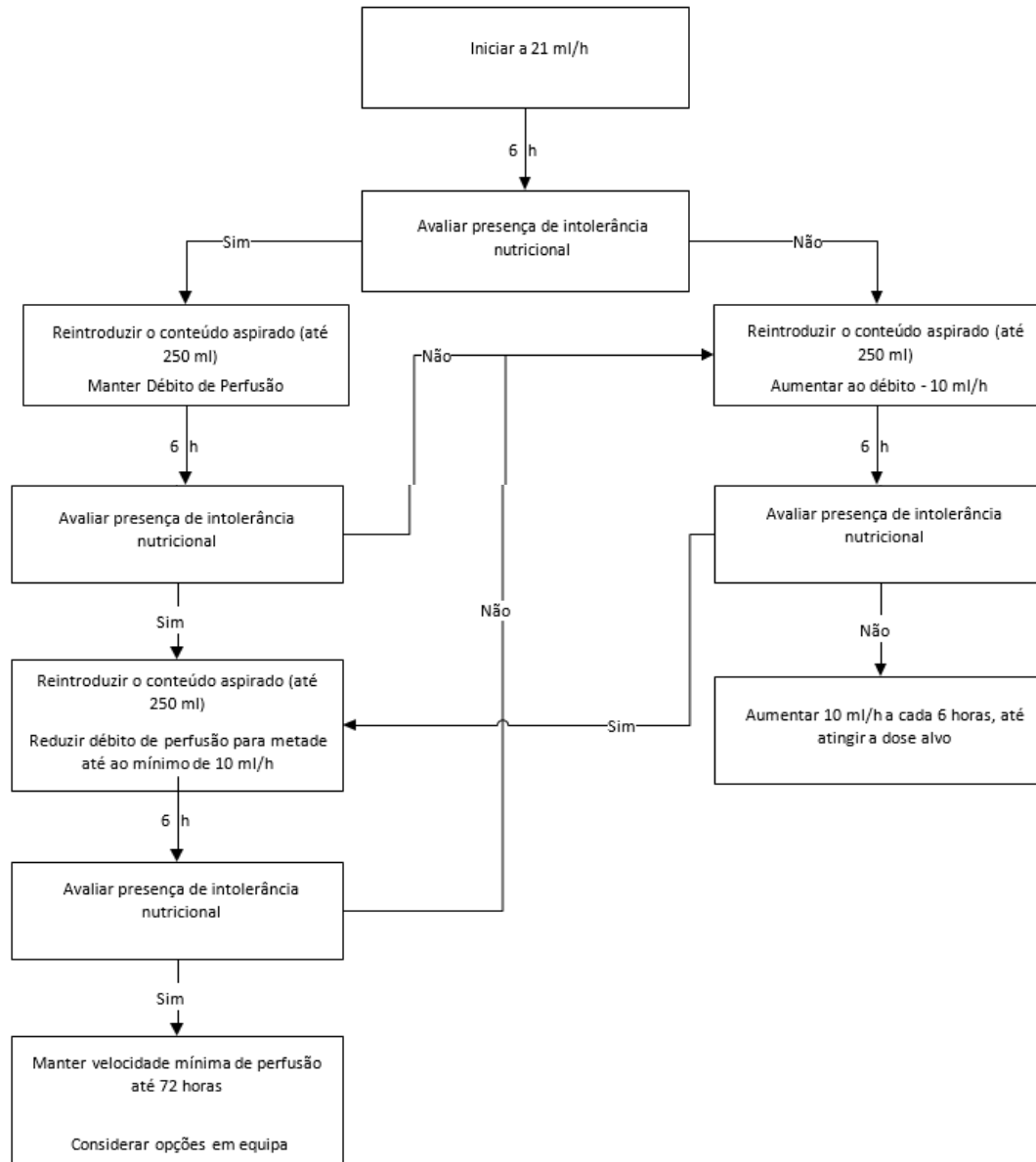
Análise Crítica:

A aspiração do volume de resíduo gástrico é das práticas mais comuns e controversas em UCI. A monitorização do resíduo gástrico perdeu a sua virtude como forma de deteção da intolerância alimentar, no entanto esta avaliação deve ser mantida por forma a avaliar o funcionamento do trato gastrointestinal, associando a outros indicadores. Segundo as guidelines canadianas (2015), consideram aceitável reintroduzir ou descartar volumes de resíduo gástrico até 250 ml. A ASPEN (2016) determinou que, na ausência de outros sinais de intolerância, a interrupção da nutrição entérica deve ser evitada para volume de resíduo gástrico inferior a 500 ml. Para Williams (2015) e nas guidelines canadianas (2015), relativo à frequência de aspiração do volume de resíduo gástrico, referem que não está definido na literatura, não existindo diferenças relevantes nas variáveis clínicas e nutricionais, para intervalos de 4/4 horas ou de 8/8 h.

Blaser, et all (2014), identificou 3 grandes categorias para descrever uma intolerância nutricional: presença de sintomas gastrointestinais (distensão abdominal, desconforto, náuseas e vômitos); inadequado fornecimento de NE ou elevado volume de resíduo gástrico. Importa realizar uma correta avaliação por forma a distinguir se intolerância nutricional ou disfunção gastrointestinal.

Berger em 2006, defende que, atualmente com os sistemas de informação disponibilizados num ambiente de UCI, os alvos nutricionais deveriam também ser monitorizados (a par com os sinais vitais, balanço hídrico...), integrando dados acerca da ingestão de energia e proteínas em relação ao objetivo, quantidade de carboidratos e lípidos, assim como calorias não nutricionais (propofol, perfusão de dextrose, citrato).

7- Algoritmo para início da Nutrição Entérica



Nota:

Administração	Contínua, sem pausa noturna.
Velocidade de início	21 mL/h.
Avaliar resíduo gástrico	De 6/6 h até atingir a dose alvo; De 12/12 h, após 72 h na dose alvo.
Pesquisar sinais de intolerância nutricional	Resíduo gástrico > 250 mL; <ul style="list-style-type: none">• 1º avaliação: mantém o ritmo de perfusão prévio;• 2ª avaliação: reduz a perfusão para metade (até ao mínimo de 10mL/h). Pesquisar presença de distensão abdominal, desconforto, náuseas e vômito.
Progressão	Na ausência de sinais de intolerância, aumentar 10 mL/h ao débito, de 6/6 h até dose alvo.
Água	Segundo prescrição, contínua através de sistema em Y.

8- Referência Bibliográficas

- Berger MM, Revelly JP, Wasserfallen JB, Schmid A, Bouvry S, Cayeux MC, et al. Impact of a computerized information system on quality of nutritional support in the ICU. *Nutrition*. 2006.
- Blaser AR, Starkopf J, Kirsimagi U, Deane AM. Definition, prevalence, and outcome of feeding intolerance in intensive care: a systematic review and meta-analysis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014.
- Canadian Critical Practice Guidelines. Strategies to Optimize the Delivery of EN: Use of and Threshold for Gastric Residual Volumes. *Crit Care Nutr*; 2015. [consultado em: 02/01/2018]. Disponível em: <https://www.criticalcarenutrition.com/docs/CPGs%202015/Summary%20CPGs%202015%20vs%202013.pdf>.
- Kozeniecki M, Fritzhall R. Enteral Nutrition for Adults in the Hospital Setting. *Nutr Clin Pract*. 2015.

- Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. Clin Nutr. 2006.
- McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN. 2016.
- Williams TA, Leslie G, Mills L, Leen T, Davies H, et al. Frequency of aspirating gastric tubes for patients receiving enteral nutrition in the ICU: a randomized controlled trial. JPEN 2014; 38(7):809-16.