



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Construindo o Futuro, Refletindo sobre o Passado

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

Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes

março de 2014



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Construindo o Futuro, Refletindo sobre o Passado

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

Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes
Sob orientação de Mestre Patrícia Coelho

março de 2014

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais, Irmão, Cunhada, Sobrinhos e melhores amigos que sempre compreenderam a minha ausência, escutaram as minhas vivências e apoiaram incondicionalmente todo o meu percurso. Os conselhos, as palavras sábias e de apoio proferidas nos momentos necessários.

Dirijo um agradecimento especial à minha Orientadora, Professora Patrícia Coelho o acompanhamento, disponibilidade e a orientação dada ao longo dos estágios, nos trabalhos produzidos e na realização do relatório contribuindo com as suas opiniões e os seus saberes.

Aos Enfermeiros Tutores e restantes equipas multidisciplinares por toda a disponibilidade, orientação e conhecimentos sem os quais não seria possível o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos um sincero OBRIGADA!

“Quero ensinar-te o que aprendi, mas quero oferecer-te sem nada te cobrar, porque farás com essa aprendizagem algo diferente do que fiz eu... E sei que, de alguma forma, encontrarás maneira de me dizer o que fizeste diferente e porquê.”

Richard Bach (1936)

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

O relatório demonstra o percurso percorrido nos diversos locais de estágio focando as principais atividades e competências desenvolvidas, pensamentos e reflexões, respetivamente no módulo I: Serviço de Urgência, Módulo II: Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III: Pré hospitalar – Instituto Nacional de Emergência Médica. Tendo como finalidade servir de instrumento para certificação das competências técnicas, humanas, relacionais e comunicacionais como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e para obtenção do grau de mestre.

A metodologia adotada foi a descritiva e reflexiva, alicerçada em pesquisa bibliográfica predominantemente, publicada nos últimos cinco anos e que auxiliaram na fundamentação das reflexões e ações realizadas.

O relatório espelha, os contributos, as grandes aprendizagens e os trabalhos realizados, nomeadamente, dois artigos de revisão referentes ao tema distanásia nas Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e o *burnout* nas Equipas do Pré Hospitalar. Elaboração de um guia de bolso sobre o Dispositivo Intraósseo, realização de três estudos de caso, dois referentes ao atendimento ao doente politraumatizado em contexto Serviço de Urgência e Pré Hospitalar, o outro sobre morte cerebral. Em conjunto com uma colega de curso, foi realizado um vídeo-projeto para a sensibilização da população face à aproximação de um veículo de emergência e um *flyer* de Boas Festas para felicitação à população, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

Estes trabalhos permitiram o autoconhecimento e reflexão bem como contribuíram para o crescimento, desenvolvimento e consolidação das competências definidas pelo Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros.

ABSTRACT

This report comes under the Master Degree in Nursing with specialization in Medical Nursing - Surgical Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal, Porto.

The report shows the route traversed in many places of the main activities focusing on training and developed skills , thoughts and reflections , respectively in Module I: ER , Module II : Intensive Care Unit and Module III : prehospital - National Institute of Medical Emergency . Having intended to serve as a tool for certification of technical, human, relational and communicational skills as a specialist nurse in medical-surgical nursing and for the degree of Master.

The methodology was descriptive and reflective, based on a literature predominantly published in the last five years and assisted in the foundation of the reflections and actions taken.

The report reflects the contributions, the great learning and the work carried out, including two review articles on the topic in futility Polyvalent Intensive Care Unit Teams and burnout in the Pre Hospital. Preparation of a pocket guide on intraosseous device, performing three case studies, two relating to care trauma patients in the context ER and Prehospital, the other on brain death. Together with a classmate, a video - project for public awareness in the face of an approaching emergency vehicle and a flyer for some festive greeting to the people, by the National Medical Emergency Institute was held.

This work allowed the self-awareness and reflection as well as contributed to the growth, development and consolidation of competencies defined by Regulation of the common skills of specialist nurses of the Order of Nurses.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓMIOS E ABREVIATURAS

APH – Atendimento Pré-hospitalar

CHSJ – Centro Hospitalar São João E.P.E.

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro Orientador de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

DIO – Dispositivo Intraósseo

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica

Enf.^a – Enfermeira

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPH – Equipa Pré-hospitalar

ECG – Electrocardiograma

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

N.º – Número

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PH – Pré-hospitalar

RENDA – Registo Nacional de Não Dador

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SE – Sala de Emergência

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	10
1.COMPETÊNCIAS ADEQUIRIDAS	15
1.1.COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	15
1.2.COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	25
1.3.COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	42
1.4.COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	49
1.5.COMPETÊNCIA NO DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	56
2.CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS.....	77
Anexo I - Estudo de Caso: Perspetiva sobre o Politraumatizado	78
Anexo II - Estudo de Caso: Dar dias à vida	112
Anexo III - Estudo de Caso: A vida que fica.....	163
Anexo IV – Fundamentação da ordem de colheita dos tubos de sangue	197
Anexo IV A) – Poster sobre ordem de colheita dos tubos de sangue.....	220
Anexo V – Fundamentação Progressão de um Veículo de Emergência	222
Anexo V A) – Fundamentação Progressão de um Veículo de Emergência.....	234

Anexo VI – Fundamentação sobre o uso do Dispositivo Intraósseo.....	236
Anexo VI A) – Guia de Bolso sobre o uso do Dispositivo Intraósseo	259
Anexo VII – <i>Flyer</i> de Boas Festas.....	262
Anexo VIII – Artigo: As unidades de cuidados intensivos face à distanásia: revisão integrativa.....	264
Anexo IX – Artigo: Síndrome de <i>Burnout</i> nos profissionais de Saúde em Contexto Pré-hospitalar: Revisão Integrativa	280
Anexo IX A) – Poster: Síndrome de <i>Burnout</i> nos profissionais de Saúde em Contexto Pré-hospitalar: Revisão Integrativa	298

0. INTRODUÇÃO

Com a crescente exigência da sociedade em cuidados de excelências, a enfermagem vê-se coagida a estar um passo à frente. O avanço da tecnologia impõe cada vez mais a prestação de cuidados complexos obrigando a tomadas de decisões fundamentadas. Deste modo, o enfermeiro tem de acompanhar a evolução necessitando de manter os seus conhecimentos atuais (Sheehy, 2010). Querendo acompanhar a evolução feroz dos tempos, acredito que era pertinente promover o meu desenvolvimento profissional para poder responder eficientemente às exigências do doente/família.

A opção pela especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC), surgiu no âmbito do meu interesse na área do doente em situação crítica. Assim, ingressei no sexto curso da Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, certa que iria aprofundar conhecimentos e adotar competências específicas neste campo.

No âmbito da unidade curricular de estágio, surgiu o presente relatório cujo objetivo foi:

- Descrever as atividades desenvolvidas e as vivências ao longo dos estágios;
- Demonstrar as competências adquiridas, as aprendizagens e os contributos enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica;
- Demonstrar capacidade critico-reflexiva face às inúmeras experiências, confrontos de ideias, saberes e reflexões pessoais e críticas;
- Servir como instrumento para obtenção do grau de mestre.

O processo de aprendizagem foi baseado no Processo de Bolonha, o que demonstrou ser um ponto importante porque sendo a sua base a procura do autoconhecimento e o aprofundamento da promoção do espírito critico-reflexivo, permitiu desenvolver aspetos no âmbito da autonomia e da responsabilidade.

O processo de aprendizagem não era um ponto de chegada mas sim um percurso contínuo, em que ao longo do mesmo eramos confrontados com conflitos, diferentes preocupações e valores e momentos de reflexão (Abreu, 2007).

Cabe ao enfermeiro prestar cuidados centrados na prevenção e no cuidar do doente, segundo o princípio de promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida, garantindo os direitos do doente e equidade no cuidar (Nunes, 2011)

A unidade curricular de estágio era composta por três módulos distintos, cada um com as suas particularidades. O relatório surge como uma compilação das melhores experiências e aprendizagens, das dificuldades sentidas, situações-problemas observados e propostas de melhoria vividos em cada contexto.

Os estágios corresponderam respetivamente ao Módulo I: Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar do São João, E.P.E. (CHSJ), Porto entre 13 de maio e 13 de julho de 2013; Módulo II: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga entre 1 de outubro e 23 de novembro de 2013 e Módulo III: Emergência Pré-hospitalar (EPH) nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) entre 25 de novembro de 2013 e 1 de fevereiro de 2014.

Para a escolha dessa sequência foi tido em conta que seria mais pertinente e enriquecedor iniciar o percurso no SU, receber o doente do pré-hospitalar (PH), atuar e após estabilizado seguir para a UCIP onde poderia perceber o que poderia ser melhorado e o porque de determinadas ações terem sido executadas previamente. Ao finalizar no PH, já possuía a visão de dois patamares superiores e dos cuidados que aí se prestavam. Tinha já vivenciado as dificuldades em ambos e adquirido uma visão mais ampla do que poderia ser melhorado. Contudo, também foi mais fácil compreender o porquê de determinadas ações executadas e que em contexto de SU, não tinha inicialmente entendido.

Os respetivos campos de estágio foram escolhidos tendo em conta o potencial de experiências e conhecimentos que poderia transmitir. O SU do CHSJ era uma referência a nível norte encontrando-se a nível nacional no topo dos serviços com prestação de cuidados de excelência e gestão eficiente. A UCIP do Hospital de Braga era o hospital de referência para a região do Minho pelo que todos os casos delicados fluíam para a respetiva unidade. A escolha do INEM foi tida segundo os pressupostos que sendo o INEM a entidade reguladora a nível dos cuidados e da formação na EPH em Portugal, seria sem dúvida a escolha mais acertada.

O CHSJ E.P.E. é um hospital situado no Distrito do Porto constituído por um conjunto de edifícios sendo o principal constituído por um edifício de 11 pisos térreos e 2 pisos no subsolo. Enquadra-se, segundo a rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência (2001), no segundo nível sendo considerado um serviço de urgência polivalente. O CHSJ E.P.E. é considerado um hospital – escola pois inclui a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Este serviço é composto por uma sala de emergência recebe doente com pulseira vermelha, uma sala de pequena cirurgia admite doentes de todas as prioridades exceto vermelha, uma área designada área laranja que recebe doentes de prioridade muito urgente, isto é, cor laranja, possui ainda uma área de internamento para vigilância até 24h que fica sediada na área laranja, uma área designada área amarela que recebe os restantes doentes exceto doentes com pulseira vermelha e laranja, uma área de psiquiatria e uma sala para falar com a família.

O SU do CHSJ E.P.E. é constituído por uma equipa multidisciplinar constituída por uma equipa médica, uma equipa de enfermagem uma equipa de assistentes operacionais e uma equipa de técnicos de cardiopneumologistas. A equipa de enfermagem é constituída por 90 enfermeiros inseridos em 5 equipas, cada uma com aproximadamente 18 enfermeiros.

A UCIP encontra-se inserida no Hospital de Braga. Este segundo a rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência (2001), no segundo nível sendo considerado um serviço de urgência polivalente. A UCIP é composta por 14 camas, 4 das quais são quartos de isolamento mas oficialmente só possui 13 camas. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por diferentes equipas. Sendo que por turno cada enfermeiro tem no máximo 2 doentes.

O INEM tem como função definir, organizar, coordenar, participar e avaliar o exercício do SIEM para poder garantir e proporcionar cuidados de saúde adequados (Mateus, 2007; Silva, 2012; Decreto-Lei N.º 34/2012). Surge no século tendo ao longo dos tempos sofrido ajustes e aperfeiçoamentos como resposta às exigências e necessidades da população. No decorrer destes anos aperfeiçoou-se o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) tendo sido criados diferentes meios nomeadamente, as ambulâncias de socorro que se dividem em Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Ambulâncias de socorro, Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), as Viaturas de Emergência Médica (VMER), os Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), a Mota de Emergência Médica (MEM), a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), o

Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) e a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) e subsistemas, nomeadamente Centro Orientador de Doentes urgentes (CODU) e CODU-MAR, Centro de Informação Antiveneno (CIAV), Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), Centro de Intervenção para Situações de Exceção (CIPSE).

O INEM tem um papel fundamental na rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência (2001). Isto porque, veio participar na implementação de meios nos locais designados e considerados conveniente pela referenciação hospitalar de urgência/emergência.

Os estágios decorreram sob a orientação de um Enfermeiro Especialista, Mestre em EEMC, proposto pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) e sob a tutoria de um Enfermeiro com EEMC. A aposta neste tipo de supervisão pela UCP foi entendida como uma mais-valia para o desenvolvimento profissional futuro. A supervisão clínica permitiu o seguimento da prática no decorrer do estágio, a discussão de ideias, a partilha e reflexão da prática permitindo aumentar a minha confiança enquanto estudante. Esta partilha fomentou a minha capacidade de reflexão e inevitavelmente a melhoria da prática profissional (Wright, 2012).

Atendendo que o meu percurso profissional, enquanto enfermeira, desenrola-se numa Unidade de Longa Duração e Manutenção, todas as experiências permitiram dotar-me com mais competências no âmbito do doente crítico. Contrariamente à minha realidade, em que o doente possui uma doença crónica, o processo saúde/doença vivido subitamente pelo doente crítico, provoca alterações momentâneas no seu estado de saúde. Esta súbita mudança de papéis face à situação pessoa saudável/doente, levava-o, a um processo de transição que afeta, o próprio e a família (Melleis, 2010).

Neste momento de agudização, o enfermeiro tem um papel fundamental no processo porque pode adequar estratégias para que o doente se sinta confortável, capaz de lidar com o problema/alteração e para que ele próprio arranje estratégias saudáveis, adequadas e ajustadas ao doente/família para os mesmos poderem ultrapassar e passar à próxima fase, uma vez que, em contexto e experiências similares, as vivências de cada pessoa são diferentes (Melleis, 2010).

Na elaboração deste relatório procurei refletir sobre o caminho percorrido ao longo de cada estágio. Espero ter conseguido espelhar os pontos principais que marcaram esse caminho pelo que optei por selecionar e expor as experiências que permitiram um crescimento pessoal e profissional, bem como a aquisição de um corpo de competências, assim como, as dificuldades e situações-problemas com que me deparei, estratégias adequadas para ultrapassar os constrangimentos e as propostas de melhoria consideradas pertinentes.

Os principais objetivos a atingir foram: a capacidade de integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver sugestões ou emitir juízos em situações de informação limitada, incluindo as reflexões das ações executadas. Reconhecer quando aplicar os conhecimentos e expandir a capacidade de compreensão e resolução de problemas, em situações complexas. Comunicar conclusões e raciocínio subjacente, de forma clara aos restantes profissionais.

A estrutura do relatório encontra-se dividida em três capítulos: no primeiro, surge a Introdução onde exponho os principais pontos a serem abordados no corpo do relatório. De seguida, Competências adquiridas, onde se exhibe as respetivas competências, as atividades desenvolvidas e a análise reflexiva desenvolvida ao longo de cada estágio. No terceiro capítulo realizo a conclusão, onde sintetizo os pontos-chave e faço um balanço do impacto que teve este período na minha aprendizagem.

Terminado este percurso, sinto que o mesmo foi um enorme desafio desde o primeiro minuto. Espero que através da descrição das principais atividades e vivências seja possível exprimir de que forma, foram adquiridas as diferentes competências. Permita, assim espelhar todo o trabalho executado e servir como veículo para a avaliação final da unidade curricular e sua conclusão.

1. COMPETÊNCIAS ADEQUIRIDAS

Ao longo dos estágios realizados, respetivamente, no SU, UCIP e PH-INEM foram desenvolvidas atividades, relacionadas com as competências a atingir no âmbito da EEMC.

De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, este é um enfermeiro que reúne um conjunto de conhecimentos e habilidades aprofundados, um julgamento crítico e tomadas de decisão fundamentadas (Regulamento N° 122/2011).

O supracitado regulamento determina que existem quatro domínios comuns às diferentes especialidades, nomeadamente, **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais** (Regulamento n° 122/2011). Porém, a Ordem dos Enfermeiros (2010) definiu uma quinta competência, isto é, a **competência da prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica**.

Com o presente relatório pretendo descrever as atividades que desenvolvi ao longo dos estágios e que me permitiram atingir as competências anteriormente referidas. Para tal, irei relatar momentos vividos que foram considerados relevantes e reflexões pertinentes, fundamentando-os com autores. Optei por compilar os objetivos em cada domínio e colocar a negrito os objetivos desenvolvidas.

1.1. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal tem como principal objetivo promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e consequente dignidade humana, responsabilize os profissionais pelas suas ações e permita ao profissional desenvolver estratégias para as tomadas de decisão baseadas nos valores e princípios deontológicos.

Ao longo dos tempos tem insurgido na sociedade a defesa da manutenção da vida, ao mesmo tempo que tentam cumprir os desejos do doente. A enfermagem surge como uma ciência humana que ajuda o doente na cura e fim de vida, promovendo a dignidade humana (Correia, 2010). Esta é a essência dos direitos humanos porque a ela corresponde o direito

à autonomia e o respeito pelas escolhas, convicções e opiniões pessoais do doente (Nunes, 2011).

Para atender à supracitada competência, foi tido em conta objetivos baseadas nas **tomadas de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

Um dos focos da minha atenção, nos diferentes estágios foram a privacidade e a intimidade do doente. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro vê-se obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente (Artigo N.º 86 – Do Respeito pela Intimidade).

No estágio do **SU**, sempre foi feita uma tentativa de salvaguardar a privacidade do doente embora a mesma fosse difícil de ser executada. De qualquer modo, sempre que era necessário executar algum procedimento invasivo que interferisse na intimidade do doente, a mesma era executada nos poucos gabinetes que existiam, sendo os doentes que se encontravam neles colocados noutra local estratégico. Nas áreas onde não havia gabinetes, recorria-se a áreas com cortinas tentando-se assim, promover a privacidade do doente.

Por seu lado, no estágio da **UCIP**, o doente internado encontrava-se num local pré-definido com as condições necessárias para a prestação de cuidados de qualidade e promoção da privacidade. Embora a maioria dos doentes estivesse sedado, sempre que participei em procedimentos invasivos ou na prestação de cuidados, por exemplo o banho, tentei minimizar a exposição do doente através da redução da área exposta.

Em contexto do **PH**, a preservação da privacidade e intimidade do doente era uma linha tênue porque nos momentos críticos era necessário intervir para estabilizar o doente. No entanto, para não ferir a intimidade do doente e minimizar a exposição, a mesma era executada em ambientes fechados, por exemplo dentro da ambulância. Assim, adedeei em articulação com a EPH uma estratégia para minimizar o desconforto adicional sentido pelo doente.

O sigilo profissional também era uma linha delicada de ser gerida principalmente no SU. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro é obrigado a guardar a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontravam implicados no processo (Artigo N.º 85 – Dever do Sigilo).

No **SU**, o sigilo profissional era mantido porém com dificuldade porque não existiam gabinetes fechados para prestar cuidados, inclusive os gabinetes dos médicos. Assim, por vezes era possível que fosse escutada involuntariamente determinada informação. Para minimizar esta fuga de informação, evitei falar nos corredores com o doente/acompanhante sobre temas delicados e quando abordava os mesmos tentava falar baixo e evitando expressões ou gestos que pudessem denunciar os meus sentimentos ou expor algo do doente.

Em contexto de **PH**, sempre que possível evitei, em conjunto com a EPH, abordar questões sensíveis e íntimas. Optava-se por realizadas em ambiente controlado, tal como a célula sanitária da ambulância.

A passagem de turno ou de informação, era realizada em contextos diferentes de acordo com o campo de estágio. No **SU** a passagem de turno era realizada junto do doente, onde havia exposição da sua queixa e dos procedimentos já realizados. Em contexto de **UCIP**, a informação era passada no centro da unidade, sendo na visita médica realizada junto do doente. No **PH**, a passagem da informação era realizada na sala de triagem. Em todos os contextos era adotado quer por mim quer pelos restantes profissionais uma postura de resguardo perante o doente. Isto é, evitava-se falar do que não era necessário, expor informação íntima e confidencial e adotava-se um tom de voz baixo e sem grandes expressões corporais que pudessem denunciar sentimentos pessoais face à situação.

Em cada local de estágio procurei nos primeiros dias compreender as dinâmicas, métodos de trabalho, os costumes e a disposição do material. Observei os protocolos, regras institucionais e métodos de trabalho para os cuidados.

Para **cada estágio** foi-me atribuído um enfermeiro tutor cujo objetivo era guiar o meu percurso ao longo do estágio e promover o meu pensamento crítico-reflexivo nos referidos pontos acima. Porém, tive a oportunidade de receber orientações dos restantes profissionais com quem me cruzei nos diferentes campos de estágio. Toda esta partilha e troca de experiências permitiram que fosse possível enriquecer o meu percurso ao longo dos diferentes meses de estágio.

No decorrer dos **três estágios** embora, seguindo os princípios éticos vi-me confrontada com diferentes dilemas éticos. Os dilemas morais são dilemas em que nenhuma solução

acaba por ser satisfatória pois desafiam o decisor visto que a decisão poderá não ser a mais certa levando a uma reflexão e “encruzilhada” de questões. Escolher pelo bem maior e escolher pela sobrevivência pode ser contraditório, se por um lado optamos pelo que causa menor dano e desejamos que o doente viva eternamente, a realidade é que por vezes vemo-nos confrontados com os direitos do doente, as questões éticas e com o sentido da dignidade humana e vontade do próprio. A sociedade também é uma questão presente porque o que é aceite numa cultura poderá ser reprovada noutra. Assim, abordo de seguida o princípio da autonomia, cujo princípio suscitou grandes questões e reflexões durante os estágios. Nos momentos que o doente se encontrava consciente e capaz de decidir era importante que o profissional abandonasse a postura paternalista e assumisse o doente como um ser com direitos/deveres que tinha o direito à informação e por conseguinte a autonomia para aceitar ou recusar os cuidados a ser prestados (Grilo, 2011).

Nos estágios realizados no **SU** e **PH**, frequentemente, o doente consciente conseguia verbalizar a sua vontade em aceitar ou recusar os cuidados oferecidos. Deste modo, informava sempre o doente sobre as ações que iriam ser executadas e com que finalidade. Em contexto de **SU**, embora pouco frequente, em algumas situações, o doente recusou os cuidados por exemplo, fazer determinada medicação. Nestes casos, respeitei a vontade do doente tendo explicado ao mesmo as consequências da sua recusa.

Em **todos os estágios** deparei-me com o doente que não conseguia expressar a sua vontade fosse por doença ou situação grave. Nesses casos, fui confrontada com a necessidade de prestar cuidados para reverter a situação porém, por vezes surgem questões controversas e reflexivas. Em qualquer contexto deveria prestar cuidados com o intuito de recuperar a situação clínica do doente embora muitas vezes desconhecendo a vontade do mesmo, os seus desejos, crenças e ideais tornando-se difícil tomar a melhor decisão. Não há respostas fáceis e o que para mim era a resposta correta, para outro profissional poderia ser a errada. Assim, para salvaguardar o doente e tendo em conta a promoção da vida, é possível, nestes casos específicos invocar o consentimento presumido. Isto é, atuar respeitando a vontade presumida do doente segundo o princípio da beneficência e da não maleficência. Mesmo nos momentos em que era necessário tomar decisões rápidas, seguia o princípio de que os cuidados necessários eram prestados para a manutenção da vida do doente. (Thompson, Melia e Boyd, 2004; Phipps, Sands e Marek, 2003; Martins, 2007).

O estágio **SU** e **UICP** realizaram-se dentro da instituição onde poderia recorrer a outros profissionais caso me deparasse com alguma questão. No **PH**, quer eu quer a EPH dependíamos uns dos outros. Cada vez mais a sociedade exigia cuidados qualificados assentes em protocolos bem fundamentados. Como reconheceu Martins (2007), não bastava decidir o que se achava melhor ou dizer que se fez assim porque alguém tinha dito para fazerem assim. A mesma autora, constatou que a evolução da sociedade, obrigava a fundamentar as decisões e que os profissionais possuísem competências técnico-científicas e atuais para alicerçar a sua atuação. (Martins, 2007)

Com as objetivos desenvolvidas pretendi **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC, abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei**, o que me levou a refletir sobre a questão que envolvia a vida e a morte.

Nascer e morrer fazem parte do processo natural da vida do ser humano, no entanto, a vivência e aceitação da morte alterou-se com o passar dos anos. Em meados dos anos 50, a morte passou a ser um tabu, envolta em negação e tentativa de encobri-la, vista como uma frustração, sinónimo de vergonha e impotência, encarada como um fracasso (Combinato e Queiroz, 2006; Barbosa e Neto, 2006).

Nas vivências que tive no **SU**, **UCIP** e **PH** observei que falar no conceito morte e na probabilidade da mesma ocorrer levava a inconformidade por parte dos familiares. Estes não se demonstravam à vontade com o conceito, negando a sua possibilidade e ocorrência.

Embora tendo sido contestado o estudo de Lindeman (1944) citado por Worden (1998), a realidade é que, ainda hoje, se trata de um estudo pertinente. O supracitado autor citado por Worden (1998), referia que existiam padrões similares na fase aguda do luto, nomeadamente, stress físico, preocupação com a imagem do falecido, sentimento de culpa da morte ter ocorrido e/ou circunstâncias em que a mesma ocorreu, reação hostil, incapacidade para ter uma vida normal e em alguns casos, adoção das características do falecido.

Particularmente no estágio do **PH**, pude vivenciar alguns destes padrões. Recordo de quando fomos para uma Paragem Cardiorrespiratória (PCR) de uma idosa de oitenta anos e minutos após ser transmitida a notícia de morte, a preocupação da filha era dar banho e compor a idosa. Ou noutra altura em que a reação do familiar foi vir para o exterior, gritar e chorar incontrolavelmente porque para além do choque de receber a notícia, sentia-se culpado pelo sucedido. Conforme nos confessou posteriormente, sentia que se estivesse mais atento, quem sabe tivesse compreendido que a morte ia chegar naquele momento.

Quando se transmite a má notícia é necessário que o comportamento do transmissor seja o adequado com a situação. Como refere Silva (2012), o dizer “sinto muito” e demonstrar uma fisionomia oposta ao proferido podem transmitir mensagens contraditórias, pelo que se deve ter em atenção quer a comunicação verbal quer a não verbal, quer a paraverbal pois devem ser complementares.

A mesma autora menciona, que o facto de se permanecer em silêncio e disponibilizar tempo para permanecer junto da pessoa que recebeu a má notícia, significa atenção, compreensão, disponibilidade e até compaixão para com a pessoa permitindo identificar mitos, receios, medos, constrangimentos. Olhar a pessoa enquanto a mesma fala, demonstrar atenção e uma escuta ativa, abanar a cabeça em sinal positivo (culturalmente significando que está a ser compreendida a mensagem) são técnicas indispensáveis no processo de comunicação. Rassin, Dado e Avraham (2013) acrescenta que promover o toque terapêutico, ajuda no processo. Deste modo, tentei amenizar cada situação porém, como é de esperar o momento era difícil de gerir devido à tensão existente e aos sentimentos vivenciados naquele momento.

Silva (2012) relata que ao transmitir a má notícia, independentemente de existirem protocolos, a forma como se realiza o processo, varia consoante a cultura, idade, contexto em que ocorreu o sucedido entre outros, o que vai condicionar a maneira como se irá realizar a mesma. Porém, é possível preparar o recetor para a “má notícia”. Rosenzweig (2012) refere que iniciar uma conversa recorrendo ao “tiro de aviso”, *“lamentando o que vamos dizer”*, ou mencionar que *“infelizmente temos uma má notícia para transmitir”*, utilizando linguagem acessível, um tom de voz calmo e lento permite que o recetor se prepare para o impacto da notícia. Os autores Rassin, Dado e Avraham (2013) mencionam que é importante que a equipa esteja preparada para diferentes tipos de reações tais como, raiva, negação, choro, gritos e por vezes, culpa. Deve ser dado tempo para a família

assimilar a mensagem, respeitar os seus sentimentos e afirmar que foi feito tudo, ao alcance dos profissionais para evitar um fim de vida com sofrimento, evitando assim o sentimento de culpa da mesma.

Com o evoluir dos anos, morrer deixou de acontecer em casa, junto da família, passando a acontecer no hospital, local com difícil acesso à presença dos entes queridos, envolta num ambiente de solidão e desprovido de sentimentos que só a família poderia fornecer (Oliveira, Quintana e Bertolino, 2010; Combinato e Queiroz, 2006; Barbosa e Neto, 2006; Gonçalves, 2009; Oliveira, Ferreira, Alfaiate, Silva e Matos, 2008; Dias, 2010). Em consequência da morte no hospital, quando a mesma ocorre em casa, as pessoas não estão à espera, recebendo-a com incredibilidade.

Com os avanços da medicina, rumo-se a uma cultura de negação da morte, a uma procura incessante da cura das doenças, o que nem sempre implicava que o caminho a percorrer fosse o mais benéfico (Barbosa e Neto, 2006; Oliveira, Ferreira, Alfaiate, Silva e Matos, 2008).

Deste modo, transmitir uma má tornou-se um processo complexo de gerir porque, se por um lado o profissional necessita adequar uma linguagem perceptível, compreensiva e desprovida da frieza do que é dito. Por outro lado, necessita de compreender como está a ser recebida a mesma, isto é, o grau de ansiedade gerado, compreensão da mensagem e como vão reagir face ao processo de luto (Rosenzweig, 2012).

Nos **diferentes estágios** observei que os profissionais evitavam falar na morte e evitavam a todo o custo que a mesma ocorresse. Como descreve Oliveira, Ferreira, Alfaiate, Silva e Matos (2008), os enfermeiros sentem-se frustrados porque não podiam fazer mais nada pelo doente a não ser aceitar o fim da vida. Como descreve Correia (2010), admitir a morte levava à dura perceção de que um dia também iríamos morrer e então, com as melhores intenções, era feito um investimento feroz. Reconhecer a morte, rompia com a fantasia criada em torno de que o ser humano iria viver eternamente (Bellato e Carvalho, 2005; Oliveira, Quintana e Bertolino, 2010).

A experiência na **UCIP** proporcionou um local de estágio diferente porque sendo o último recurso de fim de linha permitia proporcionar uma vigilância intensiva e manter o doente crítico em estado quase que latente, atuando à mínima alteração (Ponce, 2002). Como era o

meu primeiro contacto com este tipo de unidade, inicialmente senti dificuldade em compreender o que estava além da vigilância intensiva. Por esse motivo, tive grandes desafios neste estágio e inúmeras reflexões com os enfermeiros.

O campo de estágio onde contactei diretamente com a morte e as expectativas da família foi no estágio do **PH**. Neste estágio, observei várias vezes que as famílias não aceitavam o fim da vida, exercendo uma pressão em mim e na EPH que ocorria à ocorrência (Ponce, 2002).

À chegada ao local, constatei que em todas as ocorrências, exceto aquelas em que já se encontrava uma ambulância no local, ninguém demonstrava saber executar Suporte Básico de Vida (SBV) nem reconhecer uma PCR. Muitas vezes refleti sobre a questão e as implicações que as ações provocavam. A escassa informação fornecida pela família e por vezes, a coerência da mesma levava a que, o médico, na dúvida indicasse para se iniciar Reanimação Cardiopulmonar (RCP). Como constatou Martins (2007), em caso de PCR deveria ser sempre iniciada RCP mesmo que a sua reversão parecesse dúbia porque nunca sabíamos quando tinha ocorrido.

Tendo em conta esta problemática, considerei que seria necessário investir mais ferozmente em ações de sensibilização à população porque o não reconhecimento da PCR e a não atuação em conformidade, tornava a probabilidade de reversão da situação quase nula. Tomei conhecimento, posteriormente, que o INEM tinha previstas ações de sensibilização e *master training* à população para o ano de 2014.

No estágio no **SU** interagi com doentes dependentes, doentes com doença crónica, agudizada e doentes que recusavam aceitar a sua condição de doença e não aderiam ao regime terapêutico. Os doentes que me suscitaram mais momentos de reflexão foram aqueles, conhecedores da sua doença mas que recusavam adequar os seus modos de vida segundo a mesma, ou seja, não aderiam ao regime terapêutico. Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) constatou que nos países desenvolvidos em média, só 50% da população é que aderiu ao regime terapêutico, sendo a percentagem mais baixa nos países menos desenvolvidos, o que levou a OMS a considerar a não adesão ao regime terapêutico um problema atual que afetava a população mundial (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2009).

Entendi que havia diversas causas para este incumprimento, tal como a recusa em mudar hábitos de vida, falta de poder económico para aceder à terapêutica e dificuldade em compreender o regime terapêutico. Tentei assumir um papel mais proativo e transmitir linhas orientadoras para promover a sua adesão, porém, confesso que o local não era o mais propício porque o doente mal compreendia que o seu problema estava solucionado, tinha urgência em ir embora.

Independentemente do doente, a questão que muitas vezes me coloquei e por vezes interroguei outros profissionais foi a questão do investimento sabendo nós que o resultado final seria a médio/longo prazo um futuro com dependências elevadas, sofrimento para o doente/família. Como refere Oliveira, Ferreira, Alfaiate, Silva e Matos (2008), quando se investia sabendo que não havia hipótese de cura, apenas havia um adiamento do fim de vida e adicional sofrimento para o doente/família pelo que a equipa deveria ter em mente que era mais importante proporcionar uma vida com dignidade do que mais dias à vida (Nunes, 2011).

Compreendi com a prática que a falta de consenso entre as equipas médicas era um dos pontos-chave pois cada uma tinha crenças diferentes tomando posições terapêuticas diferentes (Silva, Pachemshy e Rodrigues, 2009; Menezes, Selli e Alves, 2009). Porém, a pressão exercida pelos pares e pela família sobre a equipa que tratava o doente levavam-na a que não soubessem dizer não ao investimento (Ponce, 2002).

Em suma, a sociedade não se encontra capaz de aceitar a morte nem de a enfrentar. Desde o século XIX que o ser humano deixou gradualmente de conviver diretamente com a morte, presentemente, quando confrontado com a notícia, recebe-a com espanto e admiração (Oliveira, Quintana e Bertolino, 2010). A questão não era que a equipa não estivesse desperta para que a morte pudesse ocorrer, apenas descobríamos que não estávamos preparadas para que a mesma acontecesse. Refleti frequentemente com a equipa sobre a dificuldade em aceitarmos a morte como parte do nosso percurso de vida.

Constatamos, tal como Borges e Mendes (2012) que parte desse constrangimento se deve ao percurso formativo que, ainda hoje, mantém uma reduzida abordagem face ao acompanhamento do doente em fim de vida e do processo de morte mantendo-se focalizada na prevenção e no curar. Não se valoriza a reflexão sobre a morte e os sentimentos gerados com a ocorrência da mesma. Como consequência, o enfermeiro não se

encontra preparado para gerir os sentimentos em torno da morte e da família., sentindo-a como um fracasso. Assim, Rassin, Dado e Avraham (2013) descrevem que para contornar a questão, os profissionais devem adotar estratégias para transmitir a má notícia, simular a mesma e participar em formações relacionadas.

Nos estágios do **SU** e da **UCIP**, observei que as crianças não contactavam com a notícia da morte, criando-se um tabu em torno da mesma e impedindo-as de contactar com a realidade. Contrariamente ao que acontecia no início do século passado, altura em que todos presenciavam a morte e se despediam (Oliveira, Ferreira, Alfaiate, Silva e Matos, 2008).

Com a não familiarização com o processo da morte, o processo do luto desencadeava determinados sentimentos, alguns dos quais contraditórios. Sentimentos tais como tristeza, raiva para com o falecido porque morreu, culpa e autorrecriação porque sentiam que poderiam ter feito algo pelo doente, ansiedade porque sentiam-se desamparados, sentindo a realidade da morte de perto (Worden, 1998).

Quando abordei os diferentes profissionais com quem me cruzei sobre dar a conhecer ou não a notícia às crianças sobre a morte de um ente querido, ambos transmitiram que as pessoas acreditavam que as crianças não conseguiriam superar o impacto da anunciada morte. Sheehey (2010), defendia que as crianças deveriam poder despedir-se dos seus entes queridos deslocando-se ao hospital para visitá-los, o que iria permitir que, quer crianças quer adultos iniciassem o processo de luto.

A autora Kubler-Ross (1998), acreditava que não dar a notícia às crianças e em contrapartida inundá-las de mentiras e presentes apenas iria criar uma relação de desconfiança para com os adultos porque sendo seres racionais iriam conjugar as diferentes histórias ditas. Consequentemente, a perceção levaria a que as crianças interiorizassem para si mesmas o processo de luto levando-as a uma experiência muito traumática.

Em contexto de **SU** e **UCIP**, refleti sobre a questão com a equipa porque tal como refere Kubler-Ross (1998) e Sheehey (2010), quer eu quer a equipa do **SU** e da **UCIP** considerámos que deveria ser permitido à criança tomar conhecimento da realidade, vivenciar o processo de luto junto dos adultos e adequar estratégias próprias para amadurecer.

Considero que as atividades desenvolvidas e os momentos de reflexão que ocorreram ao longo dos três estágios permitiram desenvolver competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, consolidar as bases e a tomada de decisão.

1.2. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A competência do domínio da melhoria contínua da qualidade têm como principal objetivo conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

A exigência pela qualidade tem vindo a aumentar o que obriga às organizações a adequar estratégias mais eficientes. Uma das missões principais de cada organização passa pela qualidade dos serviços que fornece, isto é, uma organização é assumida como sendo de qualidade quando dá resposta às necessidades e expectativas do doente (Frederico e Leitão, 1999).

Em qualquer ato realizado pelo enfermeiro, o mesmo encontra-se obrigado a manter o sigilo profissional como descrito no Artigo 85.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril e compreende que a informação é propriedade do utente conforme mencionado no n.º 1 do Artigo 3.º da Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro.

Tendo em vista a complexidade, que por vezes, o profissional se depara, tentei adequar objetivos que permitissem **tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.**

Em contexto do **SU**, as situações em que me vi confrontada com as solicitações para transmissão de informação foram as que ocorreram via telefone. O que me levava a interrogar sobre o que informar e o dever ou não de informar nessas situações. No meu parecer, a confidencialidade é um direito adquirido pelo utente pelo que deve ser o próprio a decidir o que transmitir à família. Porém, o utente pode não ter capacidade de decidir seja por perda de autonomia transitória ou permanente (Parecer 8/2008).

O Parecer 8/2008 refere que a transmissão de informação por telefone não deve ser recusada, opta antes por considerar que o enfermeiro deve ter presente o princípio da

responsabilidade adequando o que diz e certificando-se a quem diz. Quando o utente possui o raciocínio preservado pode-se optar por consentir o contacto via telefone e permitir que o mesmo transmita a informação que considere conveniente. No caso em que o enfermeiro é o interveniente na chamada, deve reservar-se e uma vez que não há certezas de quem contacta, deve transmitir escassas informações.

Quando confrontada, pessoalmente, pelo prestador de cuidados, optei por fornecer informação necessária. Como refere o Parecer 8/2008, nestes momentos, assume-se que não existe prejuízo da confidencialidade e crê-se que o fornecimento da informação será benéfica para o processo promovendo assim a relação enfermeiro doente/prestador de cuidados/família.

Em contexto do estágio do **PH**, como a situação era imprevisível, optei por resguardar a informação e transmitir o imprescindível apenas à pessoa de referência. Com esta estratégia fornecia o mínimo da informação mas evitava criar falsas expectativas sobre o prognóstico favorável do doente. Deste modo, a família não criava falsas expectativas sobre o prognóstico do doente e conseqüentemente não culpabilizavam os profissionais por transmitirem informações erradas e fomentarem um bom prognóstico.

Perante a complexidade crescente das situações, adequiei atividades de modo a ir de encontro ao objetivo referente ao **zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC e demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

O processo clínico pode apresentar-se sob a forma de papel ou informação digital tendo como objetivo organizar o processo do doente. Nele, a informação pode ser textual-descritiva ou através de informação não textual, por exemplo, resultados dos meios complementares de diagnóstico. O processo clínico regista portanto toda a informação recolhida desde que o doente é admitido no sistema até ao término da mesma, a alta. A informação introduzida permite elucidar sobre as queixas, procedimentos e evolução do doente, servir de base nas tomadas de decisão e servir em defesa/responsabilidade do profissional sobre questões médico-legais. (Grilo, 2011)

Em **todos** os campos de **estágio** por onde passei, o processo clínico desenvolvia-se informaticamente, embora existissem folhas para registo em papel na eventualidade do sistema informático falhar.

De acordo com a autora Carpetino-Moyet (2006), o registo de enfermagem enriquecido com informação, permite servir como defesa legal caso o enfermeiro seja intimado pelo tribunal. Assim, registar a queixa do doente e a sua evolução clínica e as ações executadas permite, além de enriquecer o processo do doente, servir como fio-guia para comunicar aos restantes profissionais as ações executadas.

Carpetino-Moyet (2006) ressalva a importância do registo de enfermagem porque no decorrer da prática ou no caso de uma queixa, o facto de não estar registado, inevitavelmente significaria que determinada ação não fora realizada ou mesmo que poderia ter havido uma má supervisão do doente.

No estágio do **SU**, o sistema informático instituído na gestão de cuidados do doente era o *ALERT*®. Este sistema encontrava-se implementado há muitos anos tendo demonstrado ser um sistema facilitador para a prestação de cuidados. O *ALERT*® permitia compreender quantos doentes se encontravam na área, que cor lhes estava atribuída, há quanto tempo se encontravam no SU e estavam a aguardar por determinado procedimento. Em suma, o *ALERT*® permitia agilizar o processo de cuidados, visualizar o doente como um todo e facilitar o planeamento dos cuidados e intervenções.

No estágio da **UCIP**, o sistema informático utilizado na gestão de cuidados era o *B-Simple*®. A implementação do *B-Simple*® era recente mas pela minha experiência e através do *feedback* dos outros profissionais, o *B-Simple*® era considerado um sistema pertinente porque permitia sistematizar os cuidados e gerir o tempo despendido pelo enfermeiro nos registos. A substituição dos registos em papel pelo *B-Simple*® e a simplicidade com que conseguia aceder a registos prévios e introduzir novos, revelou ser um sistema bem selecionado e implementado com sucesso porque era uma mais-valia para o trabalho desenvolvido pelos profissionais.

No estágio do **PH**, o sistema informático utilizado no acionamento dos meios e onde se procedia ao registo da informação recolhida denominava-se *i-Care*®. Este sistema encontrava-se implementado há alguns anos tendo demonstrado ser um sistema pertinente, útil e um meio facilitador para a prestação de cuidados porque permitia transmitir em tempo real a informação recolhida para o Centro Orientador de Doentes Urgentes (CODU) e para a unidade hospitalar (dando informação instantânea e continuidade da informação).

Permitia ainda transmitir os dados do Eletrocardiograma (ECG) para o médico regulador avaliar e validar ou não o protocolo da dor torácica.

Tive a oportunidade, nos três estágios desenvolvidos de debater a questão dos registos de enfermagem porque, por vezes, constatei que os mesmos eram descorados, incompletos, subvalorizados, imprecisos e às vezes incoerentes. Abordei diversas vezes as diferentes equipas para essa questão e para a sua importância. O registo da dor suscitou um grande debate em todos os campos de estágios e com diferentes profissionais. Como é compreendido a dor é o 5º Sinal Vital e tem vindo a ser cada vez mais valorizada pelos profissionais.

A dor é um fenómeno moldado pela personalidade e contexto sociocultural no qual o doente se encontra inserido. A sua avaliação é subjetividade porque a dor é aquilo que o doente avalia e diz sentir. Contrariamente aos outros sinais vitais que são mensuráveis e lineares, a dor é avaliada pelo próprio sendo influenciada pelas experiências anteriores vividas, ambiente envolvente e a situação atual que está a vivenciar (Ritto e Rocha, 2013). Ou seja, dor é o que o doente diz sentir pelo que não deve ser desvalorizada pelos profissionais.

De modo a objetivar a dor, foram criados instrumentos de avaliação que permitem ser aplicados de acordo com a população alvo a avaliar (Ritto e Rocha, 2013). Assim, o profissional tem ao seu dispor várias escalas de avaliação da dor, nomeadamente, a escala da dor numérica ou da escala das faces, entre outras. (DGS, 2003; INEM, 2012; Ritto e Rocha, 2013). Embora se compreenda que a mesma será sempre aquilo que o doente acredita ser, o objetivo final dos instrumentos de avaliação da dor é tornar visível o que não pode ser visto e proceder à sua avaliação (Ritto e Rocha, 2013).

Frequentemente, deparava-me com esse parâmetro não registado, exceto quando era obrigatório o registo. Tentei elucidar os profissionais para a importância do registo. Este era simples, rápido e fácil de ser executado. Os profissionais diziam que se não tava registado era porque o doente não tinha dor. Frequentemente questionava-os, como comprovavam que não tinha se não tava registado. Assim, sensibilizei os profissionais para efetuarem o registo da dor de forma sistemática. Não só era uma forma de comprovar que tinha sido um foco de interesse do enfermeiro assim como enriquecia o registo e

melhorava a qualidade da relação doente-enfermeiro. Considero que consegui alertar e suscitar a atenção dos mesmos para esta abordagem.

Sempre entendi que os registos eram um espelho das ações realizadas pelos enfermeiros, que deviam ser completos, precisos e coerentes. Assim, era possível servir de guia para quem acesse ao processo, permitia refletir o trabalho executado e a pertinência do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e servia acima de tudo como uma defesa legal. Recordo, quando um dos enfermeiros do SU foi convocado pela enfermeira chefe para esclarecimento do porque do prestador de cuidados não ter sido informado que o doente tinha tido alta. O caso em questão tinha ocorrido há três anos atrás pelo que foi necessário recorrer aos registos. Nesses constava que o doente havia fugido do SU e conseqüentemente foi reportado o abandono do mesmo. Felizmente neste caso, os registos estavam completos e eram coerentes tendo sido uma salvaguarda para o enfermeiro.

Em síntese, os sistemas informáticos com os quais contactei demonstraram ser uma ferramenta útil, fácil de manusear e de me adaptar porque senti que facilitava o processo de cuidados no sentido que permitia visualizar os procedimentos executados e a informação registada. A principal deficiência dos sistemas informáticos utilizados no **SU** e nos meios **INEM** era que ao contrário do *B-Simple*®, o *ALERT*® e o *i-CARE*® não seguiam a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Ou seja, revelava-se extremamente difícil compreender e quantificar os cuidados de enfermagem visto que não seguiam uma linguagem padronizado. Em suma, o *B-Simple*® cuja base era a CIPE permitia visibilidade dos cuidados de enfermagem resultando no reconhecimento da enfermagem enquanto disciplina sedimentada em conhecimentos próprios, atuais e científicos (Truppel, Meier, Calixto, Peruzzo e Crozeta, 2009).

O cuidar sempre acompanhou a essência da enfermagem desde que a mesma se reconhece como profissão. Tratar a doença, todos tratam, porém, o cuidar é algo mais único e com uma essência própria que visa prestar cuidados de forma global ao doente e não apenas à sua doença. Porém, com a crescente redução do rácio, as exigências das organizações e a sobrecarga de trabalho leva a que o profissional sinta desânimo e comodismo nas suas ações, fazendo por obrigação (Rocha, Frade e Amaral, 2011).

Em contexto de estágio **UCIP** e **PH** senti que os cuidados eram prestados sem este peso tensional. Porém, no estágio do **SU** senti que nos picos de maior afluência, altura em que

havia um acréscimo de trabalho e uma exigência dos doentes em serem atendidos/tratados ocorriam, por vezes, momentos em que se desvirtuava a essência de ser enfermeiro porque se fazia porque “tinha de ser feito”. E foi a partir destes grandes momentos que refleti em conjunto com o enfermeiro tutor e equipa multidisciplinar sobre a essência de ser enfermeiro e do que o mesmo representava assim como do possível rumo da profissão.

Tal como referem os autores Rocha, Frade e Amaral (2011), mais relevante que fazer muito, o importante era fazer bem, reconhecendo a pessoa como um ser humano, com necessidades e desejos. Assim, ao longo da prática, e tendo este pensamento presente, fui comunicando com o doente, estabelecendo uma relação de empatia e escuta ativa. Tentando compreender aquilo que os doentes queriam dizer mesmo quando não o verbalizavam sendo nesses momentos importante reconhecer as diferentes estratégias e estar ciente dos diferentes tipos de comunicação.

A comunicação é o ponto essencial para o sucesso dos cuidados de enfermagem porque através de uma competente comunicação é possível recolher informação pertinente evitando assim falhas, erros, otimizando a segurança e a relação enfermeiro – doente. Uma comunicação pouco clara e escassa faz com que o doente não sinta segurança nos cuidados prestados, contrariamente, uma comunicação que seja clara, proporciona um sentimento de segurança, desmistifica medos e ansiedade (Fassarella, Bueno, Guarilla e Andrade, 2013).

Por parte dos restantes enfermeiros compreendi que esta sobrelotação era considerada um problema em ascensão que dificultava os cuidados prestados. Os enfermeiros tentavam manter em curso pormenores tais como privacidade e confidencialidade da informação mas devido à sobrelotação de doentes, revelava-se uma tarefa difícil.

No estágio do **SU** e do **PH**, deparei-me com uma situação-problema. Frequentemente, observei doentes em macas de tal maneira próximos que facilmente poderiam promover a propagação de infeções associadas aos cuidados de saúde. Com a reforma da rede de referenciação hospitalar de urgência e o encerramento de alguns SU, houve a necessidade de redirecionar a população para os hospitais de referência o que culminou no aumento do fluxo de doentes a recorrer ao SU (Ministério da Saúde, 2007). No entanto, as infraestruturas existentes não tinham sofrido alteração tendo como consequência o aumento do fluxo de doentes e consequente sobrelotação do SU. Considero que com a

centralização dos cuidados é necessário uma remodelação nas infraestruturas e aumento do rácio para colmatar o crescente fluxo de doentes que recorre ao SU.

Outra situação-problema que observei no **SU** foi a privacidade do doente e a escuta por parte de doentes/acompanhantes da conversa que decorria entre o enfermeiro/doente ou entre pares. Esta escuta involuntária levava frequentemente a que os restantes doentes/acompanhantes se intrometessem na situação e na intimidade do próximo. A inconformidade pelo tempo de espera e pela ansiedade em verem os seus problemas resolvidos, levava a que, por vezes, recorressem à agressão verbal em massa de modo a serem ouvidos.

Sendo a privacidade e a confidencialidade da informação uma área que apenas dizia respeito ao doente e cuja partilha só poderia ser executada perante vontade expressa do doente (Pinheiro, 2009), a mesma devido à sobrelotação do espaço ficava comprometida.

Por muito que tentasse manter a privacidade, o reduzido número de gabinetes e o elevado número de doentes obrigava á gestão do espaço, como por exemplo, em contexto de SU deslocar o doente para um gabinete de “tratamento” ou em contexto de PH tratar o doente dentro da célula sanitária. Em cada caso, era feita uma tentativa de promover a privacidade e salvaguardar o mencionado no artigo 86º do Código Deontológico dos enfermeiros, porém, a sobrelotação do espaço e a observação constante das ações realizadas pelo enfermeiro tornavam as ações difíceis de ser concretizadas.

Essa tensão exercida aos enfermeiros em consonância com outras, tais como elevado número de doentes a seu cargo, picos em que se acumulavam tarefas, expunha os profissionais a fatores de stress de ordem múltipla. O stress ocorria porque as exigências feitas ao profissional excediam a sua capacidade de as gerir podendo ser encaradas como um fator positivo, isto é, um desafio, ou um fator negativo, um problema (Melo, 2005). Associar pressão exercida e ainda ver-se confrontado com comportamentos agressivos, levava o profissional a atingir picos elevados de stress.

Tendo em conta a competência da comunicação e o relacionamento com o doente/família/profissional, foram desenvolvidas competências com o objetivo de **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, relacionar-se de forma terapêutica no**

respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, capacidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar, bem como comunicar aspetos complexos do âmbito profissional e académico à equipa multidisciplinar.

O comportamento ofensivo e irracional, a agressão física, verbal (por exemplo insultos) e por vezes psicológica (por exemplo ameaças de morte e dano/lesão à integridade física) por parte do doente/família face ao profissional de saúde tem vindo a escalar ao longo dos tempos. O tema é delicado, pertinente e atual com contornos obscuros.

Se por um lado o doente tem o direito de ser tratado, por outro lado, também tem deveres (Lei n.º 48/90) o que leva a questionar onde se situa o ponto de segurança para o enfermeiro e a autonomia para decidir não cuidar. O Código Deontológico obriga o enfermeiro a respeitar os direitos/deveres do doente e a prestar cuidados de enfermagem.

Quando por qualquer motivo não for possível, o enfermeiro deve transferir a responsabilidade para outro enfermeiro e assim dar continuidade aos cuidados. Quando a questão se centra no comportamento inadequado do acompanhante, o enfermeiro depara-se com a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho. Esta Lei vem certificar o direito do utente a ter um acompanhante no SU. No entanto, menciona que se for um gerador de conflito e perturbar o ambiente, desrespeitar o profissional e promover comportamentos inadequados, pode ser convidado a sair da área.

O Parecer 45/2008 do Conselho jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros é clara ao mencionar que o enfermeiro pode recusar prestar cuidados desde que bem fundamentado e desde que a recusa não venha a colocar em risco a vida/integridade do doente. No entanto, é importante relembrar ao profissional de saúde que nenhum código deontológico obriga o mesmo a prestar cuidados sobre um clima de agressão seja ela física, verbal ou psicológica (Ponce, 2006).

Nos campos de estágio deparei-me com as incertezas, a ansiedade e medos dos doentes/acompanhantes. No estágio do **SU** e no estágio do **PH** fui confrontada com doentes/acompanhantes agressivos, revoltados pelo tempo de espera, pela inconformidade com a rutura do considerado normal apresentando comportamentos desajustados perante os profissionais, manifestando as suas frustrações, chegando por vezes, a recorrer a ameaças físicas e psicológica. Em contexto de **SU**, constatei que os doentes/acompanhantes

esperavam longos períodos e sem informação da hora prevista de observação, sentiam-se frustrados, abandonados, incompreendidos e que existia uma falta de interesse e desvalorização no seu problema. Em consequência, “descarregavam” os seus sentimentos nos profissionais. E como refere Schreck (2011), frequentemente, as pessoas que mais reclamam, são aquelas que não necessitam de cuidados urgentes. Nesses casos em particular, podiam deslocar-se primeiramente aos Centros de Saúde. Como consequência de recorrerem em primeira linha aos cuidados diferenciados, tornam-se responsáveis, em parte, pela sobrelotação do SU.

Pessoalmente, presenciei algumas agressões físicas e verbais aos profissionais no **SU**. Para evitar o escalar da agressão tentei seguir as recomendações de Ponce (2006) que mencionava que deveríamos ter um acompanhante ou outro profissional de saúde presente para validar o que acontecia. Este autor, referia que se devia evitar críticas, não demonstrar prepotência ou arrogância face ao doente. Deveria ser explícita quanto às consequências face ao seu comportamento, documentar todo o incidente e reportá-lo posteriormente quando considerado relevante. Devido à frequência com que as agressões ocorriam, o SU do CHSJ, estava permanentemente um agente de autoridade presente nas instalações e seguranças de uma empresa privada.

Para minimizar esta situação-problema, propus que se colocasse informação visual em cada área que informasse os doentes/acompanhantes do tempo de espera real para que os doentes/acompanhantes minimizassem a ansiedade vivida. Embora reconhecendo que algo deveria ser melhorado, a sugestão não foi bem aceite em conformidade pela equipa.

Em contexto de **PH**, a resolução deste problema era mais complexa e difícil porque o próprio ambiente era volátil. A espera/demora era relativa e percecionada de maneira diferente por todos, porque para quem solicitava auxílio, um minuto parecia transformar-se em longos minutos. A própria situação influenciava o local e impunha uma tensão própria à situação. Ao longo da carreira, os profissionais acabam por ficar expostos a episódios traumáticos que os marcam. Com o tempo, quando começam a encarar negativamente os momentos de tensão que vivem, começam a ficar afetados o que provoca agressão da sua saúde mental. (Smith e Roberts, 2003).

Recordo o momento, em que já era noite, num local ermo onde tivemos de percorrer uns metros até à chegada à vítima. No local fomos recebidos por dois homens numa casa

degradada, onde se ouvia ao longe cães a ladrar. Entramos na casa, deparamo-nos com aquele cenário que, estando nós a viver numa civilização, pensamos que só existe nos filmes. Embora com condições de segurança asseguradas, não sabíamos até que ponto, poderia a situação inverter-se. Felizmente, tudo correu bem mas foram momentos como estes que me fizeram refletir no rumo da sociedade e nos perigos que as EPH se encontram expostas.

Uma das funções do enfermeiro chefe e do chefe de equipa era gerir e minimizar os conflitos gerados. Um bom chefe ouvirá e tentará resolver os conflitos e divergências que vão surgindo. Gerir o conflito assertivamente, irá na maioria das situações ser benéfico para as partes envolvidas. O papel do chefe de equipa torna-se fulcral para o bom desenvolvimento do serviço pois uma escuta ativa e a tentativa de solucionar os problemas cria um sentimento positivo e de que o outro se importa (Riley, 2004).

No estágio do **SU**, percebi que era um ambiente propenso a momentos geradores de stress e conflitos. Todavia, foi no estágio do **PH** que vivi momentos de maior tensão porque senti que no ambiente no PH vivi momentos imprevisíveis e instáveis. Compreendi que um ambiente sereno e pacífico facilmente poderia tornar-se um ambiente conflituoso e violento. A noção deste pressuposto, fez com que em cada ocorrência se tivesse uma maior sensibilidade para manter uma escuta ativa adequando estratégias tais como, criar empatia para com o outro, não promover a continuação do conflito, minimizar situações potenciadores de tensão, de forma a gerir e minimizar os fatores que poderiam desencadear conflitos. Assim, quando me deparei com ocorrências envoltas em conflito e divergências, demonstrei um comportamento de empatia baseado na assertividade, demonstrando compreensão pelos momentos vividos pelo doente.

Em suma, percebi que em ambos os campos de estágio existiam momentos geradores de conflito, todavia, foi no **PH** que esses momentos foram mais marcantes e difíceis de gerir porque, contrariamente ao estágio do **SU** e da **UCIP**, no **PH** estava isolada da segurança que proporcionava o ambiente intra-hospitalar.

Os momentos de insegurança eram sobretudo sentidos quando eramos acionados para bairros sociais multiculturais. Não querendo tecer juízos de valor, contudo, nesses bairros sentia-se a tensão existente no ar. Recordo um determinado bairro, conhecido publicamente como um local difícil e inóspito. A nossa chamada para o local foi acionada

para uma vítima com dispneia. Como é de esperar, nestes casos, não é protocolo as EPH serem acompanhadas pela autoridade no local. À nossa chegada, à medida que percorríamos o passeio era visível, embora de dia, uma rua escurecida, lixo disperso no chão, prédios novos mas degradados. À medida que subíamos o prédio reparamos que não havia luz central, havia apartamentos selados com tijolos, portas de apartamentos degradadas. Em suma, estávamos num ambiente, aparentemente seguro mas com todas as características para a qualquer momento se tornar instável e conflituoso.

O enfermeiro especialista, detentor de conhecimentos aprofundados deve deter conhecimento sobre os diferentes tipos de comunicação (verbal e não verbal) e as estratégias a adotar face aos constrangimentos que surjam. Tem um papel fundamental e deve estabelecer uma relação terapêutica com a família, promover uma escuta ativa, desmistificar medos e anseios que a família, por vezes, indiretamente expressa (Riley, 2004; Fassarella, Bueno, Guarilla e Andrade, 2013) e adequar estratégias que ajudem a ultrapassar o momento (Melleis, 2010).

Escutar o que aflige os doentes/acompanhantes, transmite aos mesmos que o profissional se encontra interessado em tomar conhecimento e solucionar os seus problemas. Mesmo que ocorram constrangimentos e demoras na sua resolução, o doente/acompanhante sente que alguém se importou e por isso, aguardam e ficam agradados com os cuidados prestados (Riley, 2004).

No estágio do **PH** fui acionada para situações em que o doente tinha medo de permanecer sozinho, encontrava-se carente e sozinho, acabando por se isolar da sociedade. A escuta estabelecida durante o transporte e a empatia criada fazia com que o doente se sentisse valorizado. Quando era admitido no **SU**, sentia que tinha uma companhia e que os profissionais se interessavam pela sua nova readmissão no **SU**. Este facto aliado à crescente procura do **SU** em detrimento dos centros de saúde, originava um elevado fluxo de admissões nos **SU** por situações não urgentes. Em consequência, este fluxo levava a que as pessoas tivessem de aguardar mais tempo pela sua vez conduzindo ao desespero por parte de todos.

Em contexto **SU** deparei-me com um ambiente que demonstrou ser agitado e confuso, repleto de tensão, barulho e sobrelotado no espaço. Muitas vezes, os doentes/acompanhantes mencionavam que o ambiente era desumano e que os profissionais

adotavam uma postura distante, fria e pouco humana. Da minha experiência, compreendo a insatisfação e os sentimentos vividos pelos doentes/acompanhantes. Todavia, considero que os profissionais se esforçavam por dar resposta às necessidades do doente porém, a sobrelotação do sistema, o tempo de espera e a demora na resolução do problema do mesmo ocasionava insatisfação do doente dando origem aos sentimentos vividos pelo mesmo.

Contrariamente, no estágio realizado na **UCIP**, encontrei um ambiente calmo e sereno, onde embora fossem vividos momentos de grande tensão, os mesmos não transpareciam para o exterior e não causavam instabilidade no ambiente.

Por sua vez, no **PH** encontrei um ambiente imprevisível que variava consoante o contexto e o ambiente e as crenças culturais das pessoas envolvidas. Por essas razões, em cada ocorrência, as EPH sabiam que cada uma possuía a sua carga de tensão e ansiedade, onde se esperava o inesperado. A EPH e eu, enquanto estagiária, estávamos inseridos no mundo do doente e dependíamos do nosso desempenho, nomeadamente, destreza, capacidade comunicacional e para gerir a situação.

O doente ao ser admitido no **SU** passava pelo Sistema de Triage de Manchester (STM), de acordo com o motivo da ida ao SU era selecionada um fluxograma e de acordo com a sua queixa eram seguidos outros parâmetros sendo atribuída uma prioridade de acordo com a sua gravidade (Marques, 1997). Posteriormente, o doente era direcionado para a área correspondente à sua prioridade onde era, numa fase seguinte, realizada uma observação global do doente que não se cingia apenas à sua queixa.

No estágio da **UCIP**, a observação do doente era focalizada, em parte, na avaliação dos monitores. No estágio, considero que a observação do monitor foi um complemento valioso para a monitorização e avaliação do doente porque permitia complementar a observação externa. Os cuidados eram direcionados para o doente como um todo e não apenas como um problema localizado.

Em **ambos os estágios** considerei que era pertinente prestar cuidados ao doente crítico, integrar a equipa nos cuidados prestados e interagir com a equipa multidisciplinar na transmissão e troca de informação. As experiências que vivenciei permitiram melhorar o

meu ponto de vista e elucidar-me do caminho a percorrer para a aquisição de competências exigidas enquanto enfermeira especialista.

No final, o tempo pareceu escasso, no entanto, foi extremamente valioso e fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional permitindo que fizesse propostas de melhoria para a **UCIP**. Sugeri ao enfermeiro tutor que fosse implementada musicoterapia para promover o relaxamento do doente e criar um ambiente mais harmonioso. Também sugeri que seria interessante instalar televisões dispersas pela unidade para se poder promover a estimulação sensorial e cognitiva do doente desperto. Contrariando a solidão que poderiam sentir e o ambiente hostil, cheio de barulhos e fios que muitas vezes caracterizam as Unidade de cuidados Intensivos.

O acompanhamento inter-hospitalar do doente foi um ponto que me suscitou interesse porque era fácil aceder à componente teórica, todavia, implementar e antever as necessidades do doente crítico e viver o processo na primeira pessoa era um desafio. O transporte inter-hospitalar representava um momento de instabilidade, vulnerabilidade e potencialmente sujeito a complicações. Todo o processo desde que se tomava a decisão do transporte até passar o doente crítico na unidade hospitalar devia ser minuciosamente preparado atendendo a prováveis complicações que poderiam surgir. O enfermeiro via-se assim confrontado com diferentes sentimentos. Se por um lado sentia que testava positivamente as suas capacidade e ajudava na manutenção de uma vida, por outro sentia angústia, medo, stress, entre outros. Estes sentimentos surgiam da incerteza e imprevisibilidade do que iria acontecer no decorrer do transporte (Martins e Martins, 2010).

No estágio no **PH**, realizei o transporte inter-hospitalar de um hospital privado para o hospital central de referência. Conforme descrito nas *Guidelines* do transporte de doentes, os primeiros 5 minutos no início do transporte são fundamentais porque o doente pode descompensar. Tal como descrito, no início do transporte o doente descompensou o que obrigou à intervenção rápida do médico e à minha colaboração para procedermos à rápida estabilização do mesmo. O transporte revelou-se uma experiência única, marcante, com a qual aprendi que o inesperado acontece e que desde que todos os procedimentos tenham sido executados minuciosamente e se tenha o material necessário, o transporte pode ser um sucesso.

Por considerar pertinente, ao longo dos estágios, **formulei e analisei questões de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma sistemática e crítica.**

O processo de comunicação deve ser visto como uma estratégia para a melhoria dos cuidados porque permite identificar sinais, sintomas, minimizar o medo e a ansiedade vivida pelo doente/acompanhante que se encontra fragilizado. A comunicação é um instrumento básico e pertinente que permite compreender as crenças, valores, cultura e história de vida quer do doente quer da sua família (Pontes, Leitão e Ramos, 2008).

A receção de uma má notícia é vivenciada por cada pessoa de maneira diferente. A família encontra-se cheia de expectativas, mesmo no doente sem vida de relação. Não esperam ouvir falar de morte nem de maus prognósticos, encontram-se inundados com a expectativa de receber boas notícias ignorando a mensagem que o prognóstico poderá ser desfavorável (Sheehy, 2010).

Transmitir a má notícia foi sempre um momento desagradável e tenso porque provocava rutura de uma esperança por muito ténue que a mesma fosse. Por norma, quer profissionais, doentes e família não estão preparados para receber a má notícia, por vezes negando-a (Dias, 2010). Frequentemente, os profissionais, doente/família quando recebem a notícia de morte de alguém, produzem expressões de espanto mesmo que estivessem cientes que a mesma iria acontecer num curto espaço de tempo (Oliveira, Quintana e Bertolino, 2010)

Nos **diferentes estágios** contactei com pessoas diferentes. Como refere Freitas e Freitas (2011) A receção da notícia é assimilada de maneira diferente por cada individuo que irá afetar a pessoa de acordo com o grau de proximidade. Umhas pessoas demonstravam compreender que tudo o que era possível fora feito. Verbalizavam que era preferível assim do que promover uma vida com sofrimento. Porém, contactei com pessoas com elevadas expectativas que recusavam aceitar a morte. Verbalizavam que preferiam que o doente vivesse independentemente da sua qualidade de vida futura. Para eles, o importante era mante-lo vivo.

A transmissão da má notícia sempre foi um momento complexo, vivido e interpretado de maneira diferente. Se por um lado havia a capacidade de aceitar e ficar conformados

iniciando o processo em silêncio, outros sentiam a necessidade de gritar, chorar vigorosamente, verbalizar expressivamente.

Foi no estágio do **PH** onde senti esta realidade mais de perto. Transmitir a notícia no local num curto espaço de tempo desde que a família compreendesse o que tinha acontecido, levava-os a sentir-se desamparados e a negar a realidade. Independentemente da posição tomada pela família era importante naquele momento adequar estratégias e auxiliar a família neste processo. Conversei com as famílias, auxiliei no contacto com outros familiares/amigos para poderem apoiar na nossa ausência. Enquanto profissionais devemos ser capazes de adequar as estratégias adequadas que permitam aliviar os sentimentos vividos pela família como por exemplo a angústia (Dias, 2010). Considero, hoje, que a unidade curricular que tive no curso no âmbito do doente em fim de vida me permitiu adquirir conhecimentos uteis que posteriormente se demonstraram uma mais-valia.

Primar pelo apoio, compreensão e privacidade da família no momento de ansiedade e sofrimento, promover o bem-estar da família foi sempre uma preocupação da equipa. Como sugere Freitas e Freitas (2011), o enfermeiro nestes momentos deve estabelecer uma relação de ajuda onde partilhe sentimentos, ansiedades, medos e por vezes, a desmistificação do sentimento de culpa.

Como refere Sheehy (2010), em tão curto espaço de tempo e sem tempo para assimilar a situação, a família via-se face a mais um momento de instabilidade e de solidão. Nos diferentes campos de estágio, os contextos em que se transmitia más notícias eram diferentes. No **SU** existia uma sala própria para o efeito, na **UCIP** quando a situação era delicada, a família era dirigida a um gabinete e em contexto **PH**, a comunicação era tida no melhor sítio possível.

Relativamente à **UCIP**, referi à enfermeira chefe, como proposta de melhoria, que deveria ser criada uma sala própria para o efeito onde a família se sentisse confortável, ao contrário do espaço frio e impessoal transmitido por um gabinete despersonalizado. Foi-me transmitido que era uma excelente observação porém, por normas internas não era possível proceder à referida alteração.

O processo de comunicação era visto como uma estratégia para a melhoria dos cuidados porque permitia adequar estratégias para auxiliar a família a aceitar o sucedido. A

comunicação era um instrumento básico mas útil que devia ser utilizado pelo enfermeiro para compreender as necessidades básicas expressas na linguagem do outro (medo, fragilidade, ansiedade). Todavia, para a compreender na sua totalidade, o enfermeiro necessita compreender as crenças, valores, cultura e história de vida do doente/família (Pontes, Leitão e Ramos, 2008). Assim como, necessita adequar estratégias, desenvolver competências e criatividade nessa área.

A perceção de todo esse conjunto de princípios demonstrou ser pertinente no estágio realizado no **PH**. Numa primeira análise ao local da ocorrência era possível perceber que tipos de estratégias teriam de ser colocadas em curso. Não querendo traçar estereótipos ou rotular determinadas frações da população mas cada pessoa e cada cultura tinha as suas maneiras de ser e estar na sociedade. Assim, com o auxílio das estratégias tais como, era possível adequar o comportamento e não ferir suscetibilidades. Por exemplo, recorde uma ocorrência em que havia suspeita de violência doméstica mas em que a vítima negava a mesma embora a história não fosse coerente e as lesões que apresentavam não eram consistentes com a mesma, por outro lado, tínhamos no local o suposto agressor. Foi necessário adequar uma postura assertiva e imparcial, sem juízos de valor para com o suposto agressor e ao mesmo tempo demonstrar empatia e assertividade face ao comportamento adotado pela suposta vítima.

A linguagem não-verbal foi uma forma de comunicação natural e intuitiva da qual quer doentes/família/profissionais temos pouca consciência e controle. (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva, 2000; Mesquita, 1997).

Adquirir competências que permitiam descodificar a mensagem transmitida pelo outro e compreender o que era dito, o que não podia ser dito e o que ele não queria dizer (Ramos e Bortagarai, 2012) permitiram que ao longo dos três estágios entendesse que, nem sempre, o doente transmitia o que realmente o afligia e por vezes transmitia o que não sentia. A perceção destes momentos era fundamental na descodificação da incongruência e desarmonia entre a mensagem verbal e a não-verbal, ou seja, o que era verbalizado e o que era demonstrado pelo comportamento (Phaneuf, 2002).

No processo da comunicação, o profissional também tinha de adequar estratégias pessoais para evitar transmitir incongruências e desarmonia no que verbalizava e no que a sua

linguagem corporal transmitia (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva, 2000; Phaneuf, 2002).

No estágio na **UCIP** estas estratégias encontravam-se condicionadas porque o doente por norma encontrava-se sedado, em estado crítico sendo o investimento feito em função da melhoria do seu estado clínico.

Por seu lado, o local onde senti que estive mais exposta à análise destes pressupostos foi no estágio do **SU**. Devido ao elevado número de doentes, cada ação executada era observada e interpretada por todos. Assim, como refere Pontes, Leitão e Ramos (2008) era importante esclarecer dúvidas/questões, ser honesta nas respostas que dava e permitir abertura para que fossem colocadas outras questões. Esta abertura no processo da comunicação demonstrava respeito pelo doente e pelas suas inquietações, permitia adequar a mensagem e respeitar os silêncios da pessoa.

À medida que percorríamos os corredores, éramos intercetados por doentes/familiares e podíamos adotar diferentes posturas tais como dizer que não tínhamos tempo, dizer que não éramos enfermeiros de referência, dizer que tinham que falar com o médico ou então parar e “perder” uns minutos a escutar e esclarecer o doente/acompanhante.

Pessoalmente, optava pela última o que demonstrou ser, posteriormente, um ganho porque ambos sentiam que tinham sido estimados e esclarecidos mantendo o ambiente pacífico. Era assim, estabelecida uma relação de empatia que resultava no final do episódio de urgência na adesão e envolvimento do doente em todo o processo. Como constata Gonçalves (2009), seja o chefe de equipa com os profissionais, ou o profissional com o doente, o estabelecimento de empatia, permite dar resposta às necessidades e melhorar a probabilidade de sucesso porque o outro sente-se valorizado e adere melhor ao processo terapêutico.

Em todos os campos de estágio senti que tinha de controlar as minhas expressões porém, foi no PH onde senti uma urgência em dominar esse controlo porque o doente procurava em nós a segurança e conforto para o mau momento que vivia e desse modo, era pertinente transmitir-lhe uma expressão de serenidade e paz.

Como descrevem Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva (2000) era importante controlar, ocultar, diminuir e ainda manter expressões faciais que contradissem aquilo

que estava a pensar e a sentir. Uma boa estratégia era tecer um discreto sorriso. Salgueiro-Oliveira e Oliveira (2010) consideravam que uma expressão agradável e associar um sorriso à face permitia retirar a tensão facial e contribuir para uma melhor interação.

Finalizado este percurso, considero ter adquirido competência no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade através da conceção, colaboração e gestão de programas de melhoria na qualidade mantendo um ambiente terapêutico e seguro. Considero ter sido estabelecido uma comunicação assertiva, recorrendo a diferentes estratégias de comunicação, na prestação de cuidados em articulação com as diferentes equipas e doente/família. Construindo uma mensagem a transmitir precisa e coerente, bem fundamentada com argumentos credíveis e estruturados. Adotando uma postura confiante, assertiva onde era permitida uma escuta ativa e tido em conta os sentimentos do outro.

1.3. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

A competência do domínio da gestão dos cuidados tem como principal objetivo gerir recursos face à otimização da qualidade dos cuidados assim como otimizar e gerir a resposta dada aos cuidados prestados pelos enfermeiros e articulando com a equipa multidisciplinar.

Quando nos deparamos com determinados comportamentos, devemos ter em conta que o comportamento de cada individuo não é um ato isolado mas sim um conjunto de experiencias passadas referentes às suas vivências, papel social, valores e cultura e da sua personalidade (Tappen, 2001). Cabe ao gestor saber adequar estratégias que permita satisfazer as necessidades de cada profissional, porém, sabendo que não pode descurar a gestão dos cuidados em detrimento das necessidades pessoais de cada um. Assim, de entre muitos pontos, a formação em serviço, sendo uma necessidade organizacional para atingir a qualidade nos cuidados, permite também ajustar comportamentos.

Com o objetivo de entender a particularidade da gestão de cuidados, estratégias utilizadas pelas chefias para liderar, motivar e gerir conflitos, delineei atividades que fossem de encontro à **gestão dos cuidados na área da EEMC área da EEMC e ao desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.**

Para que um serviço funcione bem é necessário uma boa gestão dos recursos humanos e materiais com objetivos e metas bem definidos. Identificar uma situação – problema é por

norma difícil, encontrar a alternativa pode ser considerada uma tarefa mais simples, no entanto, a sua implementação pode ser custosa e demorada (Sheehy, 2010).

O enfermeiro deve ser capaz de no seu percurso influenciar e inspirar os outros a quererem rumar face às metas da organização (Tappen, 2001) Isto é, motivar e encorajar o outro profissional de que é capaz de fazer sempre melhor, elogiar o seu desempenho e comentar construtivamente com reforços positivos. Por seu lado, o profissional irá sentir-se valorizado e terá prazer em executar o que lhe é pedido sem que tenha de se recorrer ao poder (Fernandes, 2011).

De todos os estágios, o mais marcante foi o **PH** porque no PH as equipas estão isoladas do conforto que é proporcionado pelo ambiente intra-hospitalar. No PH estão dependentes de si mesmas, as suas decisões são feitas no próprio momento sob enorme tensão. Compreendi, nas diferentes equipas, que o chefe de equipa, estabelecia uma dinâmica própria, transmitia confiança no trabalho desenvolvido pelos outros, dando valor ao seu desempenho, o que motivava o desempenho positivo da equipa face aos objetivos delineados. Pessoalmente, adotei esta maneira de ser com as diferentes equipas com que me cruzei. Transmiti conhecimentos, de maneira subtil corrigi pormenores e transmiti reforços positivos às diferentes equipas do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) com que me cruzei.

O enfermeiro responsável deve incentivar o correto uso dos recursos e sensibilizar à redução do desperdício, sem colocar em risco a segurança do doente. Um bom gestor é aquele que sabe gerir conflitos interpessoais, promove a confiança e a satisfação dos profissionais, estimula os elementos a participar no crescimento profissional e incentiva-os a criar novos projetos que impulsionem o serviço rumo ao sucesso, caso contrário, a equipa estará condenada a falhar (Sheehy, 2010).

No tempo decorrido no **SU** e na **UCIP**, apercebi-me que os EEMC não eram reconhecidos como tal, cumprindo o plano de trabalho idêntico aos dos restantes enfermeiros generalistas. A gestão, competência do enfermeiro especialista era tida pelo responsável de turno que mudava consoante critérios do coordenador de turno. Todavia, considerei que os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas eram uma mais-valia porque o enfermeiro especialista encontra-se dotado com competências que lhe permitem detetar precocemente prováveis complicações, possui conhecimentos que lhe possibilitam adequar

ações para atuar em tempo útil, detém saberes no âmbito da comunicação, na gestão de cuidados, na liderança das equipas, ajustando estratégias e assim otimizando o plano terapêutica e as relações interpessoais. Em conversas informais, tentei incentivar outros profissionais a frequentar a especialidade porque considerei ser uma mais-valia pessoal e para o doente, uma vez que a aquisição de competências por si só não se reduzia só à sua essência mas sim, à dotação de saber utilizá-las eficientemente nos momentos certos. Ou seja, permitia dotar o enfermeiro de conhecimentos que em conjunto com a sua experiência profissional e o espírito crítico, desenvolvido ao longo do seu percurso de aprendizagem diária ou pós-graduada, lhe permitia fundamentar a sua prática.

Face ao acima referido, considerei que seria pertinente acompanhar a enfermeira responsável e a enfermeira chefe num dos turnos. Assim, o estágio do **SU**, acompanhei a enfermeira responsável com o objetivo de compreender que responsabilidade tinha a seu cargo e de que maneira geria a equipa. No início do turno, o chefe de equipa distribuída a equipa por áreas tendo em atenção as competências dos elementos para equilibrar as subequipas. A enfermeira chefe acompanhava a passagem de turno, onde lhe iam sendo reportadas situações-problemas e tentava adequar estratégias para as poder solucionar. Posteriormente, tomava conhecimento do material em défice e procedia ao pedido do mesmo. O material mais urgente era repostado de imediato, enquanto o restante era repostado por uma equipa destacada para o efeito em horário pré-determinado. No restante tempo, o responsável de turno ficava alocado à Sala de Emergência (SE).

No estágio da **UCIP**, deparei-me com uma realidade ligeiramente diferente. Embora houvesse um enfermeiro responsável de turno com as mesmas competências que no **SU** e ambas as enfermeiras chefes estivessem presentes nas passagens de turnos, senti que a enfermeira chefe da **UCIP** estava mais perto da sua equipa. Compreendo que a dimensão **SU/UCIP** eram diferentes e as dinâmicas também. Na **UCIP** acompanhei a enfermeira chefe na sua jornada de trabalho, observei a importância do seu trabalho na gestão de situações-problema, na sua preocupação em escutar as preocupações e problemas dos profissionais e adequar estratégias para solucionar os mesmos e desmistificar potenciais problemas referidos pelos mesmos. Observei a construção do horário, a gestão de pessoal e o procedimento adotado para a seleção dos profissionais para formação externa para haver imparcialidade na escolha.

No **PH**, devido à particularidade do mesmo não foi possível explorar tão bem este campo. Acompanhei a EPH nas suas rotinas diárias, nomeadamente na realização da *check-list*, na reposição de material e na limpeza da célula sanitária.

O controlo de infeção foi um ponto para o qual fui sensibilizada em ambos os estágios. Os locais de estágio fizeram-me refletir sobre a importância das nossas ações e despertaram a minha atenção para ações futuras. Em 2010, surgiram as recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS) que indicavam que no contacto com o doente se deveria efetuar em cinco momentos distintos, a higienização das mãos. Realizar os cinco momentos permitia ganhos em saúde porque era possível diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e a consequente necessidade de recurso a antibióticos.

No estágio do **SU** e no estágio do **PH**, a higienização das mãos foi um ponto considerado importante. Todavia, foi no estágio na **UCIP** onde o controlo de infeção era mais rigoroso e onde me incutiram a necessidade de cumprir rigorosamente os cinco passos devido à sensibilidade e risco elevado dos doentes em adquirir uma infeção.

É uma técnica simples, de baixo custo, facilmente aprendida e que requer pouco tempo despendido para a sua execução mas que reduz substancialmente a transmissão de infeção de profissional – doente (DGS, 2010). Incentivar apenas à boa prática de higienização das mãos não chegava sendo necessário o recurso e incentivo ao uso de precauções básicas (DGS, 2013).

No estágio do **SU** deparei-me com uma situação-problema. Na SE, os profissionais usavam luvas e máscara, porém não usavam o restante equipamento. Considerei que seria pertinente no grande queimado, no grande politraumatizado entre outras situações graves utilizar os mesmos para proteção do profissional porque corriam o risco de ser atingidos por salpicos e fluidos. Quando questionei a coordenadora da equipa, foi-me dito que o equipamento existia mas que não era usado. Não compreendi porque não se usava, havendo um risco acrescido para o profissional com a sua não utilização. Em conversas informais foi-me explicado que já tinham testado diferentes equipamentos, contudo, não usavam porque não era comodo na execução do trabalho, o que dificultava a realização do mesmo. Expliquei junto dos mesmos a pertinência do uso do referido equipamento e o risco acrescido que havia pelo seu não uso, o que levou a que tenham refletido sobre a questão e tenham compreendido a sua importância, porém, não adotaram novos hábitos.

No estágio na **UCIP**, utilizava-se as precauções individuais na íntegra, nunca sendo quebrada por nenhum profissional. Inclusive, a equipa médica deixava as batas no exterior da unidade, utilizando, quando pertinente batas descartáveis. No decorrer do estágio, houve um surto de um microrganismo multirresistente, tendo sido instituído que se deveria utilizar medidas de isolamento para se conter o surto à sua origem e não haver propagação do mesmo para outros locais. Em associação, foi realizada desinfeção total da unidade para se erradicar o microrganismo. Com estas medidas, rapidamente se conteve o surto, não se tendo repetido, contudo, admito que o uso de equipamento de isolamento causava desconforto, calor e por vezes, suor mas sei que o seu cumprimento permitiu que o surto não se propagasse e fosse extinto.

Embora existisse um rigoroso cuidado na implementação das precauções básicas e nos cuidados prestados, observei que as normas e diretrizes instituídas faziam sentido e estavam bem interiorizadas nos profissionais. No estágio do **PH**, observei que, por norma, eram utilizadas luvas de proteção, salvo exceção da Gripe das Aves em que possuíam protocolo para utilizar as precauções na íntegra.

A separação dos resíduos hospitalares era uma preocupação emergente sendo efetuada segundo as recomendações do Despacho 242/96. Os profissionais eram incentivados a cumprir a separação correta sendo sensibilizados para o risco ambiental e de saúde pública que poderia acarretar o incumprimento visto que se poderia estar a promover a transmissão de infeções e contaminação do ambiente e consequente população (DGS, 1996). De um modo geral, os princípios fundamentais eram cumpridos nos locais de estágio. Apenas considereei que deveria ser instituída uma maior preocupação na separação de papel, porém, compreendo que em contexto de **PH**, o mesmo fosse difícil.

Outra questão interessante que observei foi a opção dos métodos de prestação de cuidados. Nos três estágios realizados deparei-me com dois métodos distintos em vigor. No estágio do **SU** e no estágio do **PH** o método instituído era o método dos cuidados de enfermagem em equipa. Segundo este método, o enfermeiro chefe delegava um enfermeiro coordenador que posteriormente descentralizava os cuidados nos enfermeiros de serviço, fornecendo relativa autonomia aos restantes enfermeiros (Costa, 2004).

Segundo o método, os doentes poderiam receber cuidados mais completos porque todos os enfermeiros poderiam, se necessário, contribuir na prestação dos cuidados (Kron e Gray,

1989 citado por Costa, 2004; Frederico e Leitão, 1999) Cada área possuía enfermeiros de referência que assumiam os doentes segundo ordem de observação e prestavam os cuidados prescritos. Porém, se novos cuidados fossem prescritos e o enfermeiro alocado estivesse ocupado, os restantes enfermeiros alocados à mesma área prestariam os cuidados pendentes. Este sistema demonstrou ser funcional e pertinente para o tipo de cuidados prestados no **SU** porque permitia que o doente só aguardasse o tempo necessário até que um dos enfermeiros estivesse disponível. Por seu lado, no **PH**, este método era implementado segundo o princípio que o enfermeiro de referência prestava os cuidados, no entanto, o profissional que pertencia à equipa intervinha segundo as suas competências, o que permitia fornecer o melhor dos dois profissionais ao doente.

Por seu lado, no estágio da **UCIP**, o método de cuidados implementado era o método segundo o enfermeiro de referência. Neste tipo de método, o enfermeiro que admitia o doente na unidade assumia a responsabilidade de todo o processo de cuidados desde o planeamento dos cuidados, burocracias relacionadas com todo o processo, acompanhava eventuais transferências e ainda preparava a alta, servindo de elo de ligação doente-família (Costa, 2004; Frederico e Leitão, 1999). Na **UCIP**, o enfermeiro de referência, sempre que estava de serviço assumia os cuidados ao doente. Mesmo quando havia a necessidade de transferir o doente e o enfermeiro de referência não estava na unidade, era contactado e deslocava-se à unidade para proceder ao acompanhamento do doente.

O método em equipa favorecia a comunicação e a dinâmica de grupo, utilizando a melhor qualidade de todos enquanto, o método de enfermeiro de referência permitia estabelecer uma relação mais coesa entre o doente/enfermeiro e uma melhor continuidade de cuidados. Em suma, os diferentes métodos deviam ser adequados à tipologia do serviço, escolhidos em função dos recursos e do tipo de cuidados com a finalidade de otimizar a qualidade (Frederico e Leitão, 1999).

Cada método era único e dependendo do contexto em que era implementado potenciava as suas vantagens. A experiência nos diferentes estágios permitiu-me constatar que os métodos de cuidados implementados eram funcionais e traziam benefícios aos doentes nos contextos em que se encontravam inseridos.

O processo de enfermagem adotado consistia na execução sequenciada de etapas cujo objetivo era identificar o problema e adequar um plano de cuidados que desse resposta ao

mesmo. Este processo era composto por investigação (colheita de dados), diagnóstico (interpretação dos dados e identificação do problema), planeamento (estabelecimento de prioridades e realização do plano de cuidados), implementação e avaliação (Timby, 2007). Segundo refere a autora, a adoção da sequência dos cuidados permitia dar uma resposta eficaz num curto espaço de tempo.

No decorrer dos estágios, foi necessário **planear os cuidados**, o que implicava conhecer as necessidades do doente e em consequência, por vezes, mentalmente, devido à necessidade de uma atuação rápida e eficaz, planear os mesmos de acordo com as suas necessidades. Assim, os cuidados, eram adequados consoante fosse necessário substituir o doente, ajudá-lo nas suas ações ou apenas orientá-lo (Nunes, 2011).

Assim, a construção do plano de cuidados era realizada em função das dependências apresentadas pelo doente e o foco do seu problema. A sua realização era da responsabilidade da enfermagem devendo, independentemente da forma de registo (exemplo: papel, informatizado) conter sempre diagnóstico, objetivos, intervenções de enfermagem específicas ao doente em causa e resultados esperados (Potter e Perry, 2009).

Os supracitados autores, referiam que existiam três tipos de intervenções de cuidados: as intervenções independentes (autónomas), as intervenções dependentes (necessitam de prescrição de outro profissional) e/ou as intervenções interdependentes (combinação de conhecimentos e competências entre profissionais). Nos diferentes estágios, diversas vezes foram realizadas as diferentes intervenções. A sua escolha era tida em função do que era mais benéfico e necessário para a melhoria do estado clínico do doente.

O plano de intervenção podia ser idêntico para todos os estágios, porém em determinados aspetos foi distinto entre o estágio **SU/UCIP** e **PH** porque em contexto de **SU/UCIP** eram levantados fenómenos tais como risco de úlcera de pressão e conseqüente necessidade de posicionamentos, adesão ao regime terapêutico. Em contexto geral, eram levantados fenómenos relacionados com a dor, risco de infeção, stress do prestador de cuidados, monitorização do doente, entre outros. Assim, revelava-se importante avaliar, planear e adequar estratégias para potencializar os resultados positivos esperados para a prestação de cuidados. E tal como refere Potter e Perry (2009), a seleção das intervenções eram portanto, adequadas às necessidades do doente.

A conceção do plano de cuidados permitia a continuidade dos cuidados, uma visão transversal do que fora executado e a discussão de informações relevantes referentes ao processo de cuidados do doente (Potter e Perry, 2009). Que muitas vezes ocorria durante a passagem de turno.

Novamente, em todos os estágios, o plano de cuidados e intervenções encontrava-se informatizado, pelo que, muitos dos focos/intervenções já se encontravam padronizados. Considerei que esta padronização era útil e pertinente porque permitia ao enfermeiro aceder às áreas-problema de maior intervenção para a sua área de atuação, tendo o mesmo só de adequar (acrescentar ou retirar) intervenções.

Considero ter atingido, os objetivos delineados para a competência do domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente, no estabelecimento de uma comunicação assertiva, recorrendo a diferentes estratégias de comunicação para comunicar com a equipa multidisciplinar e o utente/família. O acompanhamento do chefe de equipa/enfermeira chefe nas suas competências permitindo-me compreender a importância desempenhada nas funções de cada um.

1.4. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Concluída a Licenciatura, o enfermeiro ingressa no mundo de trabalho, local onde a tecnologia evolui rapidamente e onde periodicamente surgem novos conceitos e novas evidências. A necessidade de se manter atualizado e o seu dever de manter a excelência do exercício profissional através da renovação contínua dos conhecimentos, leva-o a atualizar os mesmos (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

A competência do domínio das aprendizagens profissionais tem como principal objetivo procurar desenvolver o autoconhecimento, aprofundá-lo e sedimentá-lo em pressupostos sólidos e validados, mantendo sempre uma postura assertiva com todos.

A prática representa as bases que sustentam o rumo a seguir face à melhoria dos cuidados. Criar diretrizes para a prática, baseando-se no que há de mais recente, permite diminuir a co-morbilidade e mortalidade do doente, pois, a evidência científica surge da investigação. Torna-se emergente que a enfermagem mantenha o seu percurso no mundo da investigação (Sheehy, 2010). Numa atualidade em que a enfermagem é confrontada com uma crescente

exigência da sociedade, torna-se fulcral demonstrar o verdadeiro sentido da profissão e a importância da sua existência (Ferreira-Frederico e Silva, 2012; Pereira, 2011). Desse modo, os enfermeiros devem investir na investigação e através das suas descobertas reajustar comportamentos, inovar conhecimentos, adquirir novas competências e manter-se um passo à frente nos cuidados de saúde, sendo reconhecidos pelos pares (Sheehy, 2010; Pereira, 2011).

Tendo por base desenvolver atividades no âmbito da **identificação e promoção da formação na área da EEMC, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes**, optei, ao longo dos **três estágios** por prestar cuidados de enfermagem seguindo os conhecimentos transmitidos nas aulas do curso de EEMC, em formações complementares e pós-graduação.

Atendi ainda aos protocolos e normas em vigor em curso nas diferentes organizações. Considero que em cada campo de estágio houve um crescimento gradual a nível dos conhecimentos e dos trabalhos produzidos. Os temas tiveram origem através do pensamento adotado ao longo do percurso percorrido e das situações vividas.

No estágio no **SU**, fui confrontada com um doente politraumatizado. A sua abordagem e os cuidados a ter suscitaram, em mim, interesse em compreender a sistematização dos cuidados e a pertinência dos mesmos. Dos achados obtidos através da pesquisa bibliográfica surgiu o estudo de caso denominado *Perspetiva sobre o Politraumatizado* (Anexo I).

O estágio seguinte, correspondia ao estágio na **UCIP**. Ao longo deste estágio, deparei-me com frequência com o doente em morte cerebral, porém, não possuía a correta noção da assiduidade com que a mesma acontecia. Seguir o doente desde que entrava na UCIP até que era confirmado a morte cerebral, fez-me refletir sobre o assunto. Fui confrontada com dois casos distintos no mesmo dia, um dos quais tratava-se de um doente do sexo masculino não identificado. Neste último caso, surgiu o dilema, seria este doente um potencial dador? Como iríamos saber se pertencia à RENDA? Senti que as bases que tinha não eram suficientes para dar resposta às minhas questões e por conseguinte, tive necessidade de pesquisar e compreender todo o processo percorrido até à confirmação da morte cerebral e dos procedimentos que são adotados. Considerei que era pertinente

compilar a informação recolhida num trabalho e através da análise da documentação obtida, surgiu o estudo de caso denominado *Dar dias à vida* (ver Anexo II).

Ao chegar ao estágio no **PH** considerei que seria benéfico para a minha aprendizagem realizar um estudo de caso no âmbito do doente politraumatizado mas segundo o ponto de vista da EPH. O estudo de caso ficou intitulado *A vida que fica* (ver Anexo III) e surgiu no âmbito de um acidente multivítimas, no qual a vítima mais grave não colocou o cinto de segurança. Globalmente, consegui estruturar os conhecimentos através da reflexão e análise dos cuidados prestados e das ações executadas o que permitiu entender a sequência da abordagem no pré-hospitalar e no intra-hospitalar em contexto de SE.

Na realidade atual, as organizações vêm-se forçadas a desenvolver-se para poderem acompanhar as exigências da sociedade. Necessitam adaptar estratégias para dar resposta às necessidades humanas e para atingir as metas traçadas para o seu desenvolvimento, melhoria dos objetivos delineados e potenciar a evolução da organização. Dotar os profissionais da organização com competências, formação atualizada, mudança de comportamentos e atitudes, permite à mesma, desenvolver-se e potencializar a qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, o desenvolvimento encontra-se diretamente ligado à formação (Silva, 2012).

Para complementar o estágio no **SU** considerei pertinente realizar uma ação de formação direcionada aos profissionais de saúde. Falei com o enfermeiro de referência que me explicou que não era viável a realização da mesma. O plano formativo estava estruturado e coeso para o respetivo ano. O facto de no SU estar sediado no CHSJ, fazia do mesmo um campo de estágio saturado porque como consequência da constante rotatividade de estagiários ocorria diversa produção de trabalhos. No entanto, em conversas informais com os enfermeiros do SU constatei uma situação-problema. Nem todos os enfermeiros eram detentores de creditação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e na Triagem de Manchester. Sugeri, no campo de estágio, que era pertinente fornecer a todos os enfermeiros o curso de SAV e o curso do STM uma vez que a sua realização iria permitir maior rotatividade das áreas, promovendo motivação e satisfação dos profissionais. Porém fui informada que para o ano de 2013 não havia formação prevista no âmbito dessas temáticas.

No estágio na **UCIP** fui confrontada com o mesmo constrangimento que no estágio anterior. O plano de formação estava estruturado segundo necessidades formativas da unidade e tinha equipas de formação destinadas a cada área. Em complemento ao plano de formação, a unidade ainda promovia formação extra serviço frequentemente.

Assim, não considerei viável a realização de uma ação de formação porque o plano estava bem coeso. Entendi que se realiza-se um trabalho informativo poderia contribuir para o enriquecimento da unidade. Em conversa informal com a equipa da **UCIP**, percebi que não havia consenso quanto à ordem de colheita dos tubos de sangue. Desta situação, propus-me a realizar um póster sobre ordem de colheita de tubos de sangue. Compilei a informação recolhida dos documentos obtidos, num trabalho de fundamentação para a construção do póster (ver Anexo IV), tendo posteriormente surgido o referido póster (ver Anexo IV A). O póster permitiu criar consenso entre os profissionais e servir de guia para a sequência da ordem de colheita dos tubos de sangue que foi apresentado ao tutor e à equipa, sendo considerado benéfico para o seu trabalho.

Ao iniciar o **terceiro estágio**, ponderei a pertinência de realizar uma ação de formação no âmbito do PH aos profissionais do INEM. Tomei conhecimento que os seus profissionais mensalmente têm acesso formativo a um determinado tema. Cheguei à conclusão que o INEM sendo a organização responsável pela formação no âmbito do PH em Portugal compreendia onde deveria apostar na formação contínua dos seus profissionais. Fornecer formação pertinente era uma abordagem estratégica interessante e inteligente pois dotava os profissionais de novas competências, novos conhecimentos, promovia o seu crescimento e a satisfação de pertencer a uma instituição que aposta no evoluir dos seus profissionais.

Face à impossibilidade de realizar uma ação de formação porque o plano de formação estava convenientemente estruturado, ponderei onde poderia intervir e dar o meu contributo. No decorrer do **estágio no INEM** deparei-me com uma situação-problema que surgiu de um ponto em comum encontrado nas vivências tidas nos diferentes meios. A população portuguesa não se encontrava sensibilizada para o que fazer no caso de se deparar com um veículo em marcha de emergência. Desta situação-problema, surgiu a proposta de um vídeo de sensibilização à população sobre o referido tema (ver Anexo V) e a respetiva fundamentação teórica (Anexo V A). O referido vídeo-projeto tinha como objetivo sensibilizar a população sobre como criar um corredor de marcha para o veículo

em emergência e a desmistificação de alguns mitos. Em conjunto com a colega que também estava a fazer o estágio nos meios INEM e que se tinha deparado com a mesma situação-problema, foi proposto o vídeo-projeto de sensibilização à população. Após análise, o mesmo foi satisfatoriamente aceite pelo gabinete de comunicação do INEM como vídeo promotor de esclarecimento e sensibilização da população, sendo posteriormente trabalhado segundo critérios de marketing do INEM.

Da prática, percebi que era interessante e pertinente realizar um *mass training* aos agentes da Policia de Segurança Publica e/ou Guarda Nacional Republicana porque seria interessante aproximar organizações e promover treino em conjunto. Propus à enfermeira tutora a realização do referido *mass training*. Porém, tendo em conta questões burocráticas, não era possível em tempo útil realizar o mesmo. O conceito foi considerado pertinente e atual tendo sido aceite para futuras intervenções. Em articulação INEM/SONAE-SIERRA participei num *mass training* à população em geral que decorreu no NorteShopping. A participação foi gratificante porque permitiu-me realçar a importância de ter noções de SBV junto da população.

Tendo em conta que o estágio desenvolvido foi em contexto do PH, achei pertinente abordar a temática referente ao Dispositivo Intraósseo (DIO). Diversas vezes fui confrontada com ocorrências com o doente crítico, e sempre considerei que nos casos em que se demonstrava difícil a colocação do acesso venoso periférico, seria benéfico e pertinente o recurso a um dispositivo intraósseo. Da pesquisa bibliográfica realizada, concebi um trabalho de fundamentação sobre o uso do DIO (ver Anexo VI) e em acordo com a enfermeira tutora, compilei a informação pertinente em um guia de bolso sobre o DIO (ver Anexo VI a) para posteriormente ser integrado pelas equipas. No final deste trabalho fiquei esclarecida sobre os benefícios do mesmo e sobre as escassas complicações.

Embora não tenha valor científico, tendo em conta que o estágio no INEM decorreu em plena época natalícia, considerei que seria interessante e pertinente conceber um *flyer* de *Bom Ano* para desejar umas boas entradas à população portuguesa. Assim, concebi o *flyer* de *Bom Ano* que pode ser visualizado no anexo VII. Posteriormente, foi cedido ao gabinete de comunicação do INEM, tendo sido aceite com agrado.

A investigação científica permite, através de questões exatas, de um método sistemático e rigoroso, examinar fenómenos/questões e alcançar conhecimentos. Deste modo, as

disciplinas que pretendem evoluir, recorrem frequentemente à investigação científica (Fortin, 2009) Assim, é fulcral e essencial para o reconhecimento da profissão que a mesma promova investigação (Fortin, 1999). Desenvolver a investigação no âmbito central da profissão permite contribuir para o conhecimento da mesma e através dos seus resultados fundamentar a sua prática clínica e a confiança na profissão (Pereira, 2010; Brandão, 2011).

Em nenhum dos **três estágios** realizados elaborei um trabalho de investigação porque a curta duração do mesmo e a necessidade de pedidos de autorização inviabilizava a solicitação para o mesmo. Também não me deparei com nenhum trabalho de investigação no âmbito da EEMC nos diferentes campos de estágio, todavia, senti que devia contribuir.

O **estágio na UCIP**, foi um estágio em que tive necessidade de reflexão sobre a prática. Num desses momentos, questionei-me sobre o investimento desmedido versus o investimento necessário para a manutenção da vida. Sabia que era um tema atual e que suscitava preocupações e dilemas entre os profissionais. Assim, realizei pesquisa no âmbito da Distanásia tendo compilado a informação e posteriormente construído um artigo de revisão integrativa intitulado *As unidades de cuidados intensivos face à distanásia: revisão integrativa* (ver Anexo VIII). No final fiquei com uma visão mais abrangente sobre o tema, porém, mantive a convicção que se tratava de um tema controverso muito debatido e atual na sociedade pelo que seria pertinente fazer um estudo mais alargado. O referido artigo foi submetido para a Revista *Cuidarte* tendo já sido aprovado pelos revisores, aguardando a sua publicação.

No **terceiro estágio** fui confrontada com a exposição a diferentes agentes stressores nas diversas ocorrências em que estive. Percebi que ao longo do tempo, as EPH, vão adaptando estratégias para contrabalançar o desequilíbrio a que são sujeitos. Todavia, quando as estratégias deixam de ser suficientes levam a que o profissional desenvolva síndrome de *burnout*. No decorrer do estágio no INEM interroguei-me sobre este tema e de que maneira o mesmo poderia afetar os profissionais de saúde. Para compreender melhor o tema, realizei pesquisa bibliográfica com os descritores *burnout* e *pré-hospitalar*. Dado ser um tema atual e emergente na sociedade atual, realizei um artigo de revisão integrativa (ver Anexo IX) e subsequentemente um póster sobre o síndrome de *burnout* (ver Anexo IX A). O referido resumo do Póster foi submetido para apresentação no 8º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da

Universidade Católica Portuguesa. O artigo concebido permitiu compreender melhor o processo que originava o *burnout* e constatar que embora existissem estudos relacionados, em contexto do Atendimento Pré-hospitalar (APH), os mesmos eram escassos sendo interessante desenvolver a referida temática no futuro. O artigo foi submetido para a Revista *Sinais Vitais*, estando a aguardar resposta da mesma.

Como refere Pereira (2010), a maioria dos trabalhos de investigação desenvolvidos centram-se em ações académicas cujo objetivo é alcançar um patamar curricular. Atingido o patamar é importante divulgar os achados científicos em revistas científicas e/ou congressos porque só assim se promove a evolução da profissão. Tendo em conta este pressuposto, os dois artigos científicos desenvolvidos no decorrer dos estágios foram encaminhados para a Revista *Cuidarte*, aguardando parecer por parte dos revisores.

Cada desafio implicava uma necessidade de crescimento e aprofundamento profissional. Cada dificuldade sentida no decorrer dos diferentes estágios levou-me a sentir necessidade de expandir os meus conhecimentos. Deste modo, com o intuito de desenvolver competências no âmbito da intervenção ao doente crítico, foram desenvolvidas atividades para permitir **manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

Ao longo dos estágios, tive oportunidade de apreender particularidades referentes à prática clínica que não estão descritas nos manuais e que apenas se conseguem assimilar e adquirir com a constante prática e os longos anos de exercício profissional. Porém, senti necessidade de complementar a prática com a teoria pelo que realizei várias pesquisas em bases de dados e bibliotecas. Considero que cada local de estágio por onde tive a oportunidade de permanecer foi único e específico, cada um com as suas diferentes particularidades e saberes próprios. A partilha de conhecimentos, o cruzamento de experiências e o contacto com diferentes especialidades revelou ser uma mais-valia para o meu desempenho e para a minha busca de conhecimentos.

Reconheço que o estágio no **SU** era esperado com elevada expectativa porque o mesmo foi realizado no CHSJ, sendo o mesmo uma referência a nível Norte e com profissionais de referência. Compreendi que ao iniciar o estágio, iniciava uma nova jornada que iria exigir muito de mim, a nível pessoal e profissional. No final do estágio, senti-me satisfeita por ter tido oportunidade de estagiar no referido local. Pude privar com profissionais competentes,

com competências consolidadas, com profissionais de referências, contactei com casos clínicos únicos e pude testemunhar de perto um mundo cativante.

A passagem pelo segundo campo de estágio, a **UCIP**, era esperada com grande apreensão porque era uma nova experiência nunca vivida. A unidade em si, revelou um ambiente controlado, demonstrou ser desde o primeiro dia uma aventura e um “mar” de descobertas diárias porque sendo a primeira vez que estagiava numa UCI, tudo era novidade.

O último estágio correspondia ao **PH**, este era um campo de estágio muito esperado desde o início desta jornada porque o mundo do PH sempre se revelou fascinante para mim. Cheguei a este campo de estágio com conhecimentos bem sedimentados e coesos, com uma enorme motivação e vontade de desenvolver os objetivos propostos. Em complemento à prática desenvolvida pude juntar os meus conhecimentos e a minha prática profissional em conjunto com as competências adquiridas nos dois primeiros estágios. Findo os três estágios, acredito que pude atingir um patamar superior porque consolidei os conhecimentos e desenvolvi a prática profissional.

Face à competência do domínio das aprendizagens profissionais que engloba a procura e desenvolvimento do autoconhecimento, aprofundamento e sedimentação, a promoção de formação considero que de uma maneira geral atingi os objetivos deste domínio. Foi desenvolvido o espírito crítico-reflexivo e realizei diversos trabalhos. Foi efetuada a procura pelo autoconhecimento através de inúmeros horas passadas na biblioteca e em pesquisa em bases de dados. No final, foi possível interligar conhecimentos teóricos e compreender a importância da prática e do domínio desses mesmos conhecimentos.

1.5. COMPETÊNCIA NO DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A Ordem dos Enfermeiros (2011) refere que o enfermeiro especialista é um enfermeiro que possui conhecimentos aprofundados no âmbito dos problemas saúde/doença associado a um elevado sentido crítico e domínio sobre os temas de enfermagem relacionadas com a sua especialidade. Para atingir este patamar, é necessário adquirir competências específicas. Com a frequência das unidades curriculares e a frequência dos três estágios, sedimentei as competências necessárias referentes à especialidade em EEMC.

O enfermeiro especialista deve ser ponderado nas suas decisões devendo pensar antes de agir. As tomadas de decisão, mesmo quando em contextos difíceis devem ser tomadas de forma moderada, devendo, ser executada só após se possuir todos os factos (Tappen, 2001).

Ao longo dos três estágios, tendo em vista as atividades **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada, refletir na e sobre a prática, de forma crítica**, optei por prestar cuidados em articulação com a equipa. Considerei que a prestação de cuidados seria um complemento útil ao meu percurso face ao desenvolvimento das competências. Sendo áreas diferentes e desenvolvidas em organizações diferentes, compreendi que teriam normas distintas e atuais pelo que a minha participação e envolvimento nas mesmas apenas me traria vantagens e enriquecimento pessoal. Mais do que tomar conhecimento de normas, regras e protocolos, entendi que seria mais enriquecedor para mim, atuar na prestação direta dos cuidados.

Por exemplo, a ativação da via verde poderia ser feita em qualquer momento desde que fosse seguido os critérios de ativação. Estar face ao doente e decidir se as suas queixas eram passíveis de ser incluídas ou excluídas, só foi possível com o conhecimento dos protocolos. Quando estive alocada na sala de triagem, no estágio do SU, compreendi a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro no STM, da pertinência dos protocolos e da autonomia para ativar a via verde que de outro modo não teria sido tão bem percecionado.

Refletir sobre a pertinência e viabilidade do STM e das vias verdes, fez-me compreender que ambos se regiam pelo Principio da Justiça, no sentido que ao atribuir uma prioridade à queixa do doente, era transmitida justiça no atendimento, no sentido que, doentes em risco de vida e/ou agravamento claro do seu estado clínico, tinham acesso aos cuidados mais precocemente evitando-se co-morbilidade e mortalidade do doente.

A possibilidade de estagiar em campos de estágios de referência e com reconhecimento público da sua qualidade, permitiu-me privar com pessoas de renome e com vasto campo de experiência o que conseqüentemente me permitiu vivenciar experiências únicas e compreender as verdadeiras prioridades. Todas estas novas experiências obrigaram-me a

pesquisa bibliográfica sobre esses momentos, o que naturalmente, resultou num enriquecimento pessoal.

O enfermeiro especialista deve ser um promotor de inovação e mudança. Ajustar comportamentos, alterar hábitos e modernizar devem ser uma constante no percurso delineado pelo mesmo (Tappen, 2001). Assim, trabalhar lado a lado com os enfermeiros nas suas práticas diárias e vivenciar as dificuldades e constrangimentos vividos por cada um, demonstrou ser bastante proveitoso para o meu desenvolvimento. Assim, entendo que com esses pontos pude investir em áreas específicas. Embora, não encontrando fatores flagrantes considere que seria importante abordar dois pontos sensíveis. Assim, desenvolvi dois artigos de revisão integrativa referente ao tema Distanásia e o outro tema foi o *Burnout*, tendo, nos respetivos campos de estágio, informado o enfermeiro tutor. Com esta abordagem, espero ter despertado a atenção de todos para a importância e atualidade de ambos. Cada um distinto à sua maneira mas que podem afetar o enfermeiro e causar dano à sua saúde mental.

Para atender à competência no domínio da prestação de cuidados especializados em EEMC, tive em conta os objetivos baseadas para **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos, produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei.**

Chegar a um serviço novo, completamente diferente daquele a que estava habituada provocou, naturalmente, momentos de tensão e ansiedade. Como relata Phaneuf (2002), os primeiros momentos vivenciados no local e a primeira interação com os presentes e a receção, iriam ser fatores condicionantes para o desenrolar positivo ou negativo do evoluir das relações no futuro.

Considero, contudo, que fui bem recebida por todas as equipas multidisciplinares com quem me cruzei ao longo destes meses. O que permitiu uma integração gradualmente e que existisse uma dinâmica que proporcionou um trabalho bem executado, sendo sem dúvida elementos facilitadores no longo percurso percorrido.

Abreu (2003), defende que o processo de aprendizagem deve ser um processo de criação de conhecimento onde o estudante deve ter um espaço de observação, reflexão, discussão e

confronto com a teoria. Assim, ao longo destes meses, fui aprimorando a vertente do pensamento crítico-reflexivo, o discurso crítico-constutivo e discussão de temas pertinentes com os profissionais, com o enfermeiro tutor e a orientadora.

Ao longo dos **diferentes locais de estágio**, fui refletindo com os profissionais sobre determinadas situações-problema que ia detetando, tentando compreender a razão para a sua existência. Compreendi que algumas das situações-problema faziam parte do dia-a-dia dos profissionais, não sendo detetadas pelos mesmos porque iam adequando estratégias para as colmatar. Por exemplo, no **SU**, devido à constante sobrelotação de doentes, a determinada altura tornava-se difícil ter almofadas suficientes. Como alternativa, os enfermeiros adequavam estratégias para colmatar esse défice. Por exemplo, no **SU**, a proximidade entre macas, era visto como potencial foco de infeção, porém, as instalações existentes não permitiam adequar estratégias, sendo a única alternativa, realizar obras, uma vez que um hospital construído de raiz seria muito dispendioso.

Outras situações-problema aconteciam sem a constatação dos enfermeiros, isto é, eles não reconheciam o problema. No estágio do **SU** os profissionais quando iam almoçar ao refeitório não trocavam de farda, felizmente, na UCIP, o enfermeiro, no serviço usava farda descartável tendo de trocar de farda quando se ausentava e ao regressar novamente à unidade. Em consequência da grande massa se deslocar ao refeitório com a farda com que prestava cuidados, promovia uma troca de microrganismos entre profissionais, sendo aqui um potencial foco de infeção para os próprios ou outros. A estratégia adotada pela UCIP era sem dúvida a estratégia que deveria ser adotada pelos restantes profissionais.

Um dos temas que mais agrado pessoal me deu integrar foi o projeto SIV porque considerei que era um projeto inovador e que permitia demonstrar capacidades esquecidas pelos enfermeiros e dota-los de responsabilidade profissional no âmbito da promoção da saúde e resolução de problemas de instalação súbita. Assim, poder estagiar num meio SIV demonstrou ser muito motivador.

O trabalho desenvolvido pelas ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV) encontrava-se repleta de enorme carga emocional e necessidade de gestão de emoções, obrigatoriedade de domínio de conhecimentos e competência técnico-científica e capacidade de tomada de decisões rápidas e eficientes. Dotar o pré-hospitalar com enfermeiros permitiu melhorar os cuidados prestados e estabilizar eficientemente o doente crítico, ainda em contexto extra-

hospitalar, aumentando a sua possibilidade de sobrevivência e a confiança, pelos profissionais, do trabalho desenvolvido. Deste modo, o enfermeiro no pré-hospitalar desenvolvia competências em várias vertentes, inclusive na vertente comunicacional porque tinha a possibilidade de contactar com os diferentes intervenientes do SIEM (Oliveira e Martins, 2013; Adão e Santos, 2012).

Após estagiar nos meios SIV sedimentei ainda mais a crença que o projeto era uma boa aposta e que tinha enormes possibilidades de se desenvolver porque dotava a equipa com um elemento qualificado e aproximava o enfermeiro/doente nesta etapa de transição para o mesmo.

A supervisão clínica é um tema que tem vindo a ser discutido ao longo dos anos, sendo atualmente considerado uma mais-valia no desenvolvimento dos futuros profissionais. A supervisão clínica permite o seguimento da prática no decorrer do estágio, a discussão de ideias, a partilha e reflexão da prática permitindo aumentar a confiança do estudante, a sua capacidade de reflexão e inevitavelmente a melhoria da prática profissional (Wright, 2012).

Tendo em conta este princípio, em cada estágio foi-me atribuído um enfermeiro tutor. Quando o mesmo não podia acompanhar-me no turno, era delegada a minha supervisão e acompanhamento a outro enfermeiro especialista. Ao longo dos diferentes estágios, fui conversando com o enfermeiro tutor sobre os vários desafios e situações-problema que foram surgindo. O enfermeiro tutor sempre demonstrou disponibilidade para me transmitir conhecimentos e motivar a adquirir novos saberes, assim como, a querer saber mais. Devido ao constante incentivo em me transmitir a importância da reflexão sobre a prática, incentivava-me a pesquisar aqueles pontos que me suscitavam interesse e dilema na prestação dos cuidados. Em todo o caminho percorrido, o enfermeiro tutor demonstrou ter um papel fundamental porque supervisionava o meu percurso, auxiliando nas minhas dificuldades. Sempre com espírito crítico sobre o papel do enfermeiro especialista e sobre o porquê de fazermos as coisas da maneira como fazíamos, demonstrou assertividade e espírito de equipa, transmitindo conhecimentos pertinentes e a vontade de interligar o porque das coisas e da evolução do doente crítico.

Por seu lado, o orientador de estágio proporcionou um constante acompanhamento ao longo de todo o processo. Incentivando uma constante construção de conhecimentos,

supervisionando o percurso e orientando o melhor caminho a percorrer. Auxiliou na execução dos trabalhos através de uma constante observação e acompanhamento da sua elaboração, sugerindo pertinentemente aspetos de melhoria. Sem dúvida que foi um elo fundamental no percurso percorrido, sem o qual, o mesmo não teria sido tão proveitoso, rico e interessante.

Considero que as atividades desenvolvidas e as reflexões originadas ao longo dos estágios permitiram desenvolver competências no domínio da prestação de cuidados especializados contribuindo para a excelência dos mesmos.

2. CONCLUSÃO

Cada vez mais, a sociedade demonstra um elevado grau de exigência. Os doentes exigem um conjunto de competências adquiridas e conhecimentos aprofundados. Seguindo esta tendência, assumi que seria pertinente promover o meu desenvolvimento profissional para poder responder eficientemente às exigências do doente/família.

Findo o longo caminho percorrido, sinto que o mesmo foi um enorme desafio desde o primeiro minuto, repleto de momentos de motivação, cansaço, expectativas e lutas diárias.

Na elaboração deste relatório procurei refletir sobre as vivências e experiências tidas ao longo de cada estágio. Embora, com uma abordagem simples descritiva, espero ter conseguido espelhar os pontos principais que marcaram o caminho percorrido.

Senti dificuldade em exprimir por palavras as experiências, dificuldades, êxitos e trabalho desenvolvido em cada turno. Optei por selecionar e expor o que de melhor observei, as dificuldades e situações-problemas com que me deparei, estratégias adequadas e propostas de melhoria. Reconheço que parte das mesmas não foram colocadas em prática, porém ficou a ideia de que era pertinente rumar face à introspeção e reflexão das equipas.

O estágio no **SU**, era um estágio esperado com expectativa porque tinha curiosidade em comparar as minhas lembranças do tempo de estudante da licenciatura com a visão enquanto estudante da especialidade. Anos mais tarde, entrar novamente num SU e testemunhar, com outros olhos e uma bagagem de saberes e experiências diferentes permitiu desmistificar alguns dos receios que tinha face ao ambiente do CHSJ. O SU mantinha-se um ambiente agitado, confuso, em constante movimento mas onde me consegui integrar gradualmente e do qual sai com maior confiança e conhecimentos profissionais técnico-científicos

Por seu lado, o estágio na **UCIP** era um estágio esperado com elevadas expectativas e tensão porque era um campo de estágio novo. Inicialmente, resenti de perto a complexidade, a especificidade e os obstáculos sentidos face a este estágio particular. Tudo era novidade, inclusive a prestação de cuidados, sendo diariamente vividas novas experiências. Lentamente, fui superando as dificuldades e ultrapassando os obstáculos, o

que permitiu que no final sentisse uma determinada autonomia face à prestação de cuidados.

O último estágio foi o do PH, este era esperado com grande satisfação e agrado porque esta era uma área de interesse pessoal com alguma experiência associada.

Observei um profissional que tem de dominar o saber ser, saber estar, saber saber. Tem de dominar as suas competências, tem de saber gerir momentos de stress entre equipas intervenientes no SIEM e com o doente/família. Necessita ter uma visão alargada do cenário equacionando constantemente novas hipóteses e estratégias. Dominar o uso do equipamento e na sua ausência ter a visão do que poderá utilizar como alternativa. Necessita de uma elevada autoconfiança, destreza e domínio sobre si mesmo e as suas emoções. Precisa de treino periódico para estar preparado para as diferentes variáveis que vão surgindo, possuir uma consciência da repercussão das suas ações e do resultado imediato que as mesmas irão ter. Carece ainda, de possuir disciplina e ter interiorizado que tem de saber antever o imprevisível e manipular o cenário de maneira eficiente, rápida e precisa pois não há margem para falhas, não há mais ninguém que o possa ajudar a não ser o trabalho em equipa e a partilha de conhecimentos entre pares.

Poder integrar as equipas do PH, trabalhar lado a lado em diferentes ocorrências, ter a possibilidade de testar conhecimentos, gerir situações conflituosas, interagir com um mundo imprevisível, volátil, atuar e ver em tempo útil as ações executadas, fez-me ter a certeza que esta seria a área de eleição para mim.

Observei que a supervisão clínica foi uma mais-valia para o percurso percorrido porque a mesma tem como objetivo promover a reflexão sobre a prática clínica e a tomada autónoma de decisão, promover o espírito crítico e adequar respostas. O seu objetivo principal centra-se na proteção do utente e na segurança dos cuidados prestados. Em suma, promove a existência de partilha e reflexão entre tutor e estudante (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O enfermeiro tutor sempre demonstrou disponibilidade para me transmitir conhecimentos e motivar a adquirir novos, acompanhando o meu percurso e auxiliando nas minhas dificuldades. Sempre com espírito crítico sobre o papel do enfermeiro especialista e sobre o porquê de fazermos as coisas da maneira como fazíamos, demonstrou assertividade e

espírito de equipa, transmitindo conhecimentos pertinentes e a vontade de interligar o porque das coisas e da evolução do doente crítico. Devido ao constante incentivo em me transmitir a importância da reflexão sobre a prática, sentia necessidade de pesquisar aqueles pontos que me suscitavam principal interesse nas experiências vivenciadas ao longo do turno. Como consequência, efetuei pesquisa bibliográfica no repositório aberto da UCP, bases de dados, servidores de motor de busca Google e biblioteca pública Lúcio Craveira, para poder aprofundar os conhecimentos.

Em todos os estágios tive uma atitude mais proactiva, assertiva, com espírito de iniciativa e postura crítica, porém, sabendo que uma das características do enfermeiro especialista é ser ponderado, refletir e promover momentos que rumem à motivação, optei por promover ações mais ponderadas. Incidi os meus objetivos sob os domínios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros e trabalhei ao longo dos três módulos rumo ao alcance dos mesmos.

Contudo, senti algumas dificuldades ao longo dos três estágios que foram sendo colmatadas da melhor maneira, sendo consideradas impulsionadoras da aprendizagem. Tais como, a gestão e transmissão da “má notícia”. Determinar o que é uma “má notícia” varia consoante o contexto e a pessoa, isto, porque esta intimamente influenciada pela esperança. Transmitir subitamente uma má notícia não é fácil pois gera desconforto, medo, tristeza no recetor mas muitas vezes também pode desencadear certos sentimentos de impotência no emissor. Independentemente da notícia a transmitir, é importante adequar estratégias no âmbito da comunicação interpessoal (verbal e não verbal) para minimizar o impacto da mesma (Silva, 2012).

Ao longo de cada estágio fui produzindo diversos trabalhos que surgiram como resultado das necessidades identificadas no decorrer dos mesmos. Com eles, foi possível desenvolver o autoconhecimento e alertar as diferentes equipas multidisciplinares para questões atuais e pertinentes tais como o tema sobre a distanásia nas UCIP e o *burnout* nas EPH sob o formato de artigo de revisão.

Pude ainda colaborar para o enriquecimento pessoal das equipas do PH com a elaboração de um guia de bolso sobre o DIO e contribuir, em conjunto com uma colega de curso, na construção de um vídeo-projeto para a sensibilização da população face ao que fazer caso se deparasse com um veículo de emergência. Promovi ainda o enriquecimento da

população com a colaboração com o INEM num *mass training* à população e produzi, em conjunto com a mesma colega de curso, um *flyer* de Boas Festas para o INEM divulgar à população, contribuindo assim para promover a imagem do INEM junto da mesma.

Com a elaboração deste relatório pretendi relatar parte dos objetivos e aspetos que permitiram adquirir as competências do enfermeiro especialista. Evidentemente que as mesmas só foram possíveis com o auxílio, motivação e apoio dado pelo enfermeiro tutor, orientador e restantes profissionais.

Do ponto de vista académico, considero ter atingido os objetivos propostos, assumo, porém, que houve alguns constrangimentos que foram surgindo, tais como a promoção e participação na investigação, integração de novos profissionais, entre outros. Assim, reconheço que surgiram algumas limitações mas que foram colmatadas com outras estratégias, por exemplo, articulação com estudantes da licenciatura em estágio, redação de dois artigos de revisão.

As reflexões que os diferentes estágios proporcionaram permitiram refletir sobre o percurso percorrido, o rumo que a enfermagem está a seguir e encarar as problemáticas doente/família/profissão com uma visão mais alargada e sensata.

Acredito que a minha passagem nos locais de estágios permitiu alertar os profissionais de saúde para futuras alterações e que parte delas serão adotadas futuramente visto que estão dependentes de consentimentos ou até de mudanças organizacionais. Gostaria de ver desenvolvidos mais trabalhos científicos, nomeadamente, dando seguimento aos temas que abordei porque considero os mesmos pertinentes, atuais e que necessitam de intervenção do corpo de enfermagem.

Findo este capítulo, observo que o tempo de estágio em cada módulo foi curto porque quando me sentia plenamente integrada estava na hora da partida. Lamento não ter oportunidade para realizar alguns objetivos tais como, promover ou participar em projetos de investigação e colaborar na integração de novos profissionais. Todavia, reconheço que houve momentos em que senti grandes dificuldades em conciliar os objetivos propostos para o local de estágio com as minhas responsabilidades no local de trabalho. Desde cedo tive de optar por me dedicar a este projeto. Meses depois, olho para trás e sinto que todo esse esforço foi recompensado e que hoje ingressaria num projeto idêntico novamente.

Considero que as competências adquiridas dotaram-me com capacidades e conhecimentos mais profundos, não sendo o fim de um capítulo mas o iniciar de um novo que espero que seja tão fascinante como este.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. - **Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?** Coimbra. Cadernos Sinais Vitais, 2003

ADÃO, R.; SANTOS, M. – **Atuação Do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel.** Rev. Min. Enferm. 16(4):601-608, out./dez., 2012

BARBOSA, A.; NETO, I. – **Manual de Cuidados Paliativos.** 1ª Edição. Centro de bioética. Faculdade de Medicina. Lisboa, 2006

BELLATO, R.; CARVALHO, E. – **O Jogo existencial e a ritualização da morte.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):99-104

BORGES, M.; MENDES, N. – **Representações de Profissionais de Saúde sobre a Morte e o Processo de Morrer.** Rev Bras Enferm, Brasília, 2012 mar-abr; 65(2): 324-31

BRANDÃO, S. – **Evoluir na Enfermagem. A construção de um caminho profissional.** Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 95. Março, 2011

CARPETINO-MOYET, L. – **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos.** 4ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2006

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – **Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento.** [Em linha]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
[Consultado em 22.02.2014]

COMBINATO, D.; QUEIROZ, M. – **Morte: uma visão psicossocial.** Estudos de Psicologia, 2006, 11(2), 209-216

CORREIA, M. – **Sim à Vida!... Mas que Vida?** Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 92. Setembro, 2010

COSTA, J. – **Métodos de Prestação de Cuidados**. Millenium. Revista do ISPV. N.º 30. outubro, 2004 [Em linha]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf> [Consultado em 25.01.2014.]

DIAS, A. – **O Enfermeiro e a Morte – Algumas considerações**. Revista *Nursing*, Revista de Formação Contínua em Enfermagem. N.º 253. JANEIRO, 2010. Ano 22

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Circular normativa nº09/DGCG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa. Direção-Geral da Saúde, 14/06/2003

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Circular normativa nº13/DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. Lisboa. Direção-Geral da Saúde, 14/06/2010

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº029/2012. Precauções Básicas do Controlo de Infecção**. Lisboa. Direção-Geral da Saúde, 14/10/2013

DIREÇÃO-GERAL DO ENSINO SUPERIOR – **O Processo de Bolonha**. [Em linha]. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/> [Consultado em 20.02.2014]

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Recomendações para as Precauções de Isolamento-Precauções Básicas e Dependentes das Vias de Transmissão**. [Em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf> [Consultado em 10.11.2013.]

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência**. Lisboa. Direção-Geral da Saúde, 2001

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Resíduos Hospitalares**. [Em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013690.pdf> [Consultado em 10.11.2013.]

FASSARELLA, C.; BUENO, A.; GUARILLA, J.; ANDRADE, M. – **Comunicação no Contexto Hospitalar como Estratégia para a Segurança do Paciente: Revisão Integrativa**. Revista Rede de Cuidados em Saúde. Vol.7. N.º1. 2013.

FERNANDES, I. – **Liderança outra Perspectiva**. Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 99. Novembro, 2011

FORTIN, M. – **O processo de Investigação: Da Concepção à Investigação**. Loures. Lusociência, 1999

FORTIN, M. – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures. Lusodidacta, 2009

FREDERICO, M.; LEITÃO, M. – **Princípios de Administração para Enfermeiros**. 1ª Edição. Edições Sinais Vitais. Coimbra. FORMASAU, 1999

FREITAS, J.; FREITAS, S. – **Experiência de Luto sem Superação da Perda... Que intervenção?** Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 95. Março, 2011

GONÇALVES, J. – **A Boa-Morte. Ética no Fim da Vida**. 1ª Edição. Lisboa. Coisas de Ler, 2009

GRILO, C. – **O Processo Clínico... e o dever de documentar**. Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 96. Maio, 2011

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Abordagem à Vítima – Manual TAS/TAT**. 1ª Edição, Versão 2.0. INEM, 2012

JÚNIOR, F.; SANTOS, L.; MOURA, P.; MELO, B.; MONTEIRO, C. – **Processo de Morte e Morrer: Evidências da Literatura Científica de Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2011 nov-dez; 64(6): 1122-6

KUBLER-ROSS, E. – **Sobre a Morte e o Morrer**. 8ª Edição. São Paulo. Livraria Martins Fontes, 1998

MARQUES, A, et al. – **Triagem no Serviço de Urgência**. Grupo de Triagem de Manchester, 1997

MARTINS, J. – **A Autonomia do Doente em Contexto de Urgência/Emergência**. Revista Portuguesa de Bioética. N.º 2. Setembro, 2007

MARTINS, R.; MARTINS, J. – **Vivências dos Enfermeiros nas Transferências Inter-Hospitalares dos Doentes Críticos.** Revista de Enfermagem de Referência. III Série – N.º 2 – Dez, 2010

MATEUS, B. – **Emergência Médica Pré-hospitalar – Que realidade.** Loures. Lusociência, 2007

MELEIS, A. – **Transitions Theory – Middle range and situation specific theories in nursing research and practice.** Nova Iorque: Spring Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6

MELO, M. – **Comunicação com o Doente: certezas e incógnitas.** 1ª Edição. Loures. Lusociência, 2005

MENEZES, M.; SELLI, L.; ALVES, J. – **Distanásia: Percepção dos Profissionais da Enfermagem.** Rev Latino-am Enfermagem. 2009 julho-agosto: 17(4)

MESQUITA, R. – **Comunicação Não-Verbal: Relevância na Actuação Profissional.** Rev. Paul. Educ. Fís. São Paulo, 11(2):155-63, jul./dez. 1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Proposta da Rede de Urgências, Relatório final Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências.** Lisboa. Ministério da Saúde, 01/2007

NUNES, L. – **Modelo de Desenvolvimento Profissional.** In ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela Segurança dos Cuidados.** Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento do N.º 32. Abril, 2009

NUNES, L. – **Ética de Enfermagem. Fundamentos e horizontes.** Loures. Lusociência, 2011

OLIVEIRA, C.; FERREIRA, F.; ALFAIATE, M.; SILVA, L.; MATOS, T. – **Os Enfermeiros perante a Morte.** Revista *Nursing*, Revista de Formação Contínua em Enfermagem. N.º 238. Outubro, 2008. Ano 20

OLIVEIRA, A.; MARTINS, J. – **Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências.** Revista de Enfermagem de Referência. III Série – n.º9 – Mar, 2013

OLIVEIRA, S., QUINTANA, A., BERTOLINO, K. – **Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem.** Rev Bras Enferm, Brasília, 2010 nov-dez; 63(6): 1077-80

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela Segurança dos Cuidados.** Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento do N.º 32. Abril, 2009

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.** Ordem dos Enfermeiros, 2012

ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. – **Transporte de Doentes Críticos – Recomendações.** Ordem dos Médicos, 2008

PEREIRA, M. – **A Importância da Investigação na Profissão de Enfermagem.** Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 92. Setembro, 2010

PEREIRA, M. – **Investigação em Enfermagem: Reflexões sobre práticas científicas e a construção do saber.** Revista Investigação em Enfermagem (2011). Ago.: 68-71 in Revista Investigação em Enfermagem. Edições Sinais Vitais. N.º 24. Agosto, 2011.

PHANEUF, M. – **Comunicação, Entrevista, Relação de ajuda e Validação.** Loures. Lusociência, 2002

PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica.** 6ª Edição. Vol. I. Loures. Lusociência, 2004

PINHEIRO, J. – **Privacidade, Segredo Profissional e Saúde nas Instituições.** Revista Portuguesa de Bioética. N.º 7. Maio, 2009

PONCE, P. – **Cuidados Intensivos. O Paradigma da Nova Medicina Tecnológica.** Análise Social, Vol. XXXVIII (166), 2002, 139-153

PONCE, P.; TEIXEIRA, J. – **Manual de Urgências e Emergências**. Lisboa. LIDEL, 2006

PONTES, A.; LEITÃO, I.; RAMOS, I. – **Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento Essencial do Cuidado**. Rev Bras Enferm, Brasília, 2008 maio-jun; 61(3): 312-8

POTTER, P.; PERRY, A. – **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009

RAMOS, A.; BORTAGARAI, F. – **A Comunicação Não-Verbal na Área da Saúde**. Rev. CEFAC. 2012 Jan-Fev; 14(1):164-170

RASSIN, M.; DADO, K.; AVRAHAM, M. – **The Role of Health Care Professionals in Breaking Bad News about Death: The Perspectives of Doctors, Nurses and Social Workers**. International Journal of Caring Sciences. 2013. May – August. Vol.6. Issue 2

RILEY, J.B. – **Comunicação em Enfermagem**. 4ª Edição. Loures. Lusociência, 2004

RITTO, C.; ROCHA, F. – **Avaliação da Dor** citado em RITTO, C.; ROCHA, F.; COSTA, I.; DINIZ, L.; RAPOSO, M.; PINA, P.; MILHOMENS, R.; FAUSTINO, S. – **Manual de Dor Crónica**. 2013, p. 101 - 123

ROCHA, B.; FRADE, P.; AMARAL, A. – **Cuidar em Enfermagem uma perspectiva a partir de uma reflexão**. Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 96. Maio, 2011

ROSENZWEIG, M. – **Breaking Bad News: A Guide for Effective and Empathetic Communication**. The Nurse Practitioner: The American Journal of Primary Health Care. February, 2012. Vol.37. N.º2

SALGUEIR-OLIVEIRA, A.; OLIVEIRA, S. – **Proxémica, Cinésica e Paralinguagem: Importância na interação enfermeiro/pessoa**. Revista Nursing, Revista de Formação Contínua em Enfermagem. N.º 254. Fevereiro, 2010. Ano 22

SCHRECK, I. – **Um terço das urgências no Hospital de S. João são “falsas”**. [Em linha]. Disponível em

http://www.jn.pt/paginainicial/pais/concelho.aspx?Distrito=Porto&Concelho=Porto&Option=Interior&content_id=1770207&page=-1 [Consultado em 24.02.2014]

- SILVA, A. – **A Formação e o Desenvolvimento Organizacional**. Sinais Vitais, enfermagem em revista. N.º 100. Janeiro, 2012
- SILVA, M. – **Comunicação de Más Notícias**. O Mundo da Saúde, São Paulo – 2012;36(1):49-53
- SILVA, M. – **INEM – O que deve saber**. Revista *Nursing*, Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Nº282. Julho/Agosto. 2012. Ano 14
- SILVA, F.; PACHEMSHY, L.; RODRIGUES, I. – **Percepção de Enfermeiros Intensivistas sobre Distanásia em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(2):148-154
- SILVA, L.; BRASIL, V.; GUIMARÃES, H.; SAVONITTI, B.; SILVA, M. – **Comunicação Não-Verbal: Reflexões Acerca da Linguagem Corporal**. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto. V.8, Nº4, p.52-58 - agosto 2000
- SMITH, A.; ROBERTS, K. – **Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature**. Emerg Med J 2003; 20:75-78
- SHEEHY, S. – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 6ª Edição. Loures. Lusociência, 2010
- TAPPEN, R. – **Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática**. 4ª Edição. Loures. Lusociência, 2001
- TIMBY, K. – **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2007
- THOMPSON, I.; MELIA, K.; BOYD, K. – **Ética em Enfermagem**. 4ª Edição. Loures. Lusociência, 2004
- TRUPPEL, T.; MEIER, M.; CALIXTO, R.; PERUZZO, S.; CROZETA, K. – **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev Bras Intenvisva, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 221-7

URDEN, L.; STACY, K.; LOUGH, M. – **Enfermagem de Cuidados Intensivos**. 5ª Edição. Loures. Lusodidacta, 2008

WORDEN, J. – **Terapia do Luto. Um manual para o profissional de saúde mental**. 2ª Edição. Porto Alegre. Artes Médicas, 1998

WRIGHT, J. – **Clinical Supervision: a Review of the Evidence Base**. Nursing Standard/RCN Publishing. September 19:Vol 27 N° 3, 2012

LEGISLAÇÃO

Artigo 85º - **Do Dever de Sigilo** *citado em* Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril – **Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermagem**. P.1755

Artigo 86º - **Do Respeito pela Intimidade** *citado em* Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril – **Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermagem**. P.1755

Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro - **Regulamenta a Lei de Bases da Saúde**

Despacho n.º 242/96 de 13 de Agosto – **Define Normas de Organização e Gestão dos Resíduos Hospitalares**

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril – **Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermagem**

Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de Fevereiro de 2012 – **Regulamenta o Instituto Nacional de Emergência Médica**

Lei n.º 48/90 de 24 de agosto – **Lei de Bases da Saúde**

Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro – **Define Conceito de Informação de Saúde e Informação Genética Pessoal**

Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho – **Reconhece o Direito de Acompanhamento dos Utentes admitidos no Serviço de urgência**

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro – **Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril

Parecer 8/2008 – Informações Telefónicas a Familiares de Utentes citado por CERQUEIRA, J. – **Informações Telefónicas à Família de Utentes**. In ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela Segurança dos Cuidados**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento do N.º 32. Abril, 2009

Parecer 45/2008 – Recusa de Cuidados Perante Comportamentos Ofensivos citado por CERDEIRA, A. – **Recusa de Cuidados Perante Comportamentos Ofensivos**. In ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela Segurança dos Cuidados**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento do N.º 32. Abril, 2009

Regulamento n.º 122/2011, de 18 Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

DOCUMENTOS DE APOIO

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – **Documento Orientador sobre Vias Verdes Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral**. Direção-Geral da Saúde, 2007

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Circular normativa n.º01/DQS/DQCO. Criação E Implementação da Via verde de Sépsis**. Lisboa. Direção-Geral da Saúde, 06/01/2010

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Circular normativa n.º07/DQS/DQCO. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. Lisboa. Direção-Geral da Saúde, 31/03/2010

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. **Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida**. [Em linha]. Disponível em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27944 [Consultado em 25.01.2014.]

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** [Em linha]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf [Consultado em 25.01.2014.]

NEVES, M.; LIMA, M. - **Bioética ou Bioéticas na evolução das sociedades.** Coimbra. Edição Luso-Brasileira, 2006

ANEXOS

Anexo I - Estudo de Caso: Perspetiva sobre o Politraumatizado



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Perspetiva sobre o Politraumatizado

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes Nº 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, junho de 2013



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Perspetiva sobre o Politraumatizado

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes N° 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, junho de 2013

“OS estudos aperfeiçoam a natureza e são aperfeiçoados pela experiência.”

Francis Bacon (1561 – 1626)

Abreviaturas

AEM – Ambulância de emergência médica

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EOT – Entubação orotraqueal

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia axial computadorizada

SE – Sala de Emergência

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SNG – Sonda nasogastrica

SU – Serviço de Urgência

Índice

0.INTRODUÇÃO.....	7
1.ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO	8
2.AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO.....	10
3.PROCESSO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM.....	913
4.REFLEXÃO CRÍTICA.....	21
5.CONCLUSÃO.....	1024
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
ANEXOS	27
Anexo 1 - Índice de Gravidade Fisiológica.....	28
Anexo II – Escala de Coma de Glasgow.....	30
Anexo III - Critérios de Identificação de Trauma grave.....	32

0. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito do estágio no Serviço de Urgência (SU) realizado no Centro Hospitalar de São João, inserido no sexto curso do Pós-Licenciatura em Enfermagem de natureza profissional, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, universidade Católica Portuguesa, Portos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como responsabilidade ser um elemento com conhecimentos aprofundados, capaz de dar resposta no decorrer do processo de cuidados, nas tomadas de decisão e resolução de problemas face ao doente crítico. Deve igualmente levar a cabo investigação útil e pertinente rumo ao crescimento da profissão.

No decorrer do estágio no SU, foi selecionado um caso para estudo de modo a dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na procura do desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação do autoconhecimento.

O estudo de caso assenta na abordagem sistematizado ao doente grave na sala de emergência. O tema despertou enorme interesse pela vasta componente teórico-prática que alberga e pela necessidade de aprofundamento nos conhecimentos teórico-práticos. Assim, com este estudo de caso foi feita uma pesquisa preliminar sobre o atendimento sistematizado ao politraumatizado na sala de emergência.

Para a elaboração do estudo de caso foi feita colheita de dados através de observação sustentado posteriormente por uma revisão bibliográfica. De seguida, recorreu-se ao método descritivo – analítico – crítico – reflexivo para confrontando a teoria com a prática fosse possível adquirir competências nesse tema em particular.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos. O primeiro capítulo engloba uma breve abordagem teórica sobre o tema, o segundo capítulo descreve a colheita de dados e os procedimentos executados, o terceiro capítulo diz respeito ao processo de cuidados que engloba os diagnósticos de enfermagem e intervenções e por fim o quarto capítulo aborda a reflexão crítica – reflexiva do caso. Finaliza-se o estudo com a conclusão seguido das referências bibliográficas consultadas.

1. ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO

Sempre que abordamos uma vítima é formada mentalmente, nos primeiros 30 segundos, uma impressão geral sobre o seu estado clínico, ou seja, na primeira impressão o profissional de saúde avalia a aparência da vítima, a respiração e a perfusão dos tecidos⁸. Com esta breve avaliação, o profissional de saúde irá decidir se está perante um provável doente crítico ou não.

Para melhor adequar o tratamento ao politraumatizado é lícito recorrer ao índice de gravidade fisiológico (ver anexo 1). Este índice permite determinar se o politraumatizado necessita de ser referenciado para um centro de trauma nível 1. O referido índice pode ser utilizado quer no pré-hospitalar quer no meio hospitalar⁵.

Ao entrar no SU, o doente crítico é triado de acordo com o seu estado clínico, recorrendo-se ao auxílio de uma tabela que conte os critérios de inclusão na Sala de Emergência (SE). A SE, pela função que lhe é atribuída, é um local que alberga material capaz de proporcionar uma rápida avaliação, monitorização, suporte das funções vitais e suporte avançado de vida. Todo este suporte técnico associado a uma equipa especializada permite uma abordagem especializada cujo objetivo principal é estabilizar o doente para posterior referência⁵.

Na SE é efetuada uma abordagem sistematizada ao doente recorrendo à mnemónica A_cBCDE^{2,5,8,9,10}.

- A_c - Abertura da via aérea com controlo da cervical;

Observação rápida de possível compromisso da via aérea (ex: sangue na cavidade oral, dentes partidos, entre outros) e execução de manobras simples para manter a via aérea permeável (ex: protusão da mandíbula, entre outros) ou colocação de adjuvantes da via aérea.

- B – Respiração;

Avaliação de sinais clínicos consistentes com ventilação inadequada, avaliação e correção de lesões no tórax que comprometam a ventilação e monitorização Saturação Periférica de Oxigénio (SPO₂) e Frequência Respiratória (FR).

- C – Circulação com controlo de hemorragias;
Controlar hemorragia e sinais de choque, avaliar Tensão Arterial (TA), Frequência Cardíaca (FC) e preenchimento capilar, avaliar a evolução hemodinâmica, puncionar com 2 cateteres 14G.
- D – Avaliação Neurológica;
Avaliar o estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow (ECG) (Ver anexo 2), avaliação da reação pupilar e da lateralização da resposta motora.
- E – Exposição.
Despir o doente, observação sistematizada de todo o corpo desde a cabeça até aos pés incluindo região anterior e posterior. Prevenir a hipotermia através da manutenção da temperatura corporal.

Entretanto é efetuada a recolha de informação junto da equipa do pré-hospitalar e/ou família recorrendo à mnemónica CHAMU² (em vigor no pré-hospitalar em Portugal) ou AMPLE^{8,9} (modelo anglo-saxónico).

Mnemónica CHAMU

- C – Circunstâncias de saúde
- H – História de saúde
- A – Alergias
- M – Medicação habitual
- U – Última refeição

Mnemónica AMPLE

- A – Alergias
- M – Medicação habitual
- P – História pregressa
- L – Última refeição
- E – Condições a que o doente foi exposto.

Por fim, são pedidos os exames complementares de diagnóstico nomeadamente Raio-x (Rx), ecografia e TAC:

- Rx antero-posterior toraco-abdominal
- Rx antero-posterior e de perfil da coluna vertebral
- Rx da cintura pélvica
- Ecografia toraco-abdominal
- TAC cerebral, torácio, abdomino-pélvico

2. AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

Doente do sexo masculino, 45 anos de idade dá entrada no SU encaminhado pela Ambulância de Emergência Médica (AEM) do INEM por suposta agressão na via pública. Segundo o Sistema de Triagem de Manchester é tríada com prioridade laranja (muito urgente) para a pequena cirurgia.

Dá entrada na pequena cirurgia imobilizado em plano duro com alteração do estado de consciência, segundo a ECG score 7 (O1V1M5).

Na primeira abordagem visualiza-se um hematoma na região parietal à direita, diversas escoriações na face/crânio, discreta anisocoria (OD>OE) e otorragia à direita.

O doente não tem critérios para ativar via ver trauma (ver anexo 2), no entanto, cumpre pelo menos 3 dos critérios de inclusão (Ver anexo 2 (ECG <14, deterioração clínica desde o acidente, deterioração clínica no SU) para a SE. É retirado com cor vermelha e segue para a sala de emergência³.

Na sala de emergência é transferido da maca da ambulância para a maca da SE mantendo imobilização em plano duro e colar cervical (critérios de inclusão doente com trauma e ECG<14, lesão neurológica (?), trauma acima do tórax)³.

Posteriormente inicia-se a abordagem sistematizada ao politraumatizado segundo normas de orientação internas³:

Estado de Consciência - Doente crítico com Escala de Coma de Glasgow score 7 (O1V1M5)

Ac – Breve inspeção da cavidade oral, apresenta placa dentária superior partida e sangue na orofaringe. Mantém estabilização da cervical com colar cervical.

B – Doente entubado com tubo orotraqueal (EOT), bem adaptado à ventilação mecânica. Na auscultação apresenta discretos roncos dispersos bilaterais.

C – Apresenta hematoma volumoso na região frontal/supra ciliar à direita, deformação da hemiface esquerda com tumefação marcada, diversas escoriações na face/crânio, ferida contusa no couro cabeludo na região occipital, otorragia à direita, sangue na cavidade orofaringea. Efetuado controlo das hemorragias externas. Sinais vitais estáveis (1ª avaliação: TA:134/79, FC:80CR, FR:17NR, T:35.4°C, glicemia capilar:134, SPO2:95%, Dor: localiza quando estimulado). Puncionado com 2 cateteres nos membros superiores, colocação de sonda nasogastrica (SNG), drenou 0 para saco coletor e sonda vesical de látex, saco coletor com débito de 200mL urina límpida e âmbar.

D – Avaliação prévia à EOT apresenta discreta anisocoria (OD>OE) com reação à luz, reação à dor quando estimulado, ligeira agitação psicomotora. Após EOT encontra-se sedado e analgesiado, não reativo a estímulos dolorosos, sem resistência à EOT.

E – Possível fratura dos ossos da face. Trocados planos duros e visualizada a região posterior sem alterações.

Efetua-se anamnese³, questionando-se a equipa do pré-hospitalar e a família. Conclui-se o seguinte:

C – Doente agredido por um grupo de indivíduos do sexo masculino na via pública, possíveis hábitos etílicos. À chegada da equipa do pré-hospitalar, doente encontra-se inconsciente,

H – Sem antecedentes de saúde relevantes, esposa refere ser fumador e ingerir álcool. Possível vítima de violência doméstica (?),

A – Desconhece-se alergias ou reações adversas,

M – Não ingere medicação habitualmente,

U – Jantou e ingeriu bebidas alcoólicas (quantidade desconhecida), normoglicémico.

Entregue espólio à esposa que se demonstra ansiosa, angustiada, sensação de impotência, incompreensão, medo, entre outros.

A equipa médica solicita colheita de sangue, TAC cerebral e Rx ao crânio, Rx ântero-posterior e de perfil da coluna vertebro-medular, região ântero-posterior e de perfil do tóraco-abdominal, Rx cintura pélvica, membros superiores e inferiores e ecografia toraco-abdominal³.

Sendo um doente crítico, seguiu-se o protocolo do transporte intra-hospitalar do doentes³, tendo decorrido sem intercorrências.

Resultado dos exames complementares de diagnóstico: TAC cerebral (apresenta fratura dos ossos do nariz e do osso zigmoide, acumulação de sangue no couro cabeludo com predominância à direita e na região orbital), Raio-x (confirma fratura dos ossos do nariz e do osso zigmoide, sem outras alterações). Ecografia sem alterações. Confirmação da posição da SNG e EOT.

Equipa médica decide colocação de linha arterial, cateter central, repetição do TAC cerebral 12h após. Internamento na Unidade de Cuidados Intensivos do SU segundo critérios.

3. PROCESSO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

O processo de cuidados em enfermagem visa organizar de forma sistematizada os cuidados a prestar tendo como objetivo adequar e promover a melhoria nos cuidados. Visto que o doente apenas esteve três horas e meia na sala de emergência apenas foram formulados os diagnósticos de enfermagem pertinentes para esse período de tempo. Recorreu-se à Classificação Internacional de Enfermagem (CIPE), Classificação Internacional de Enfermagem (NIC) e o Diagnóstico de Enfermagem da Carpenito-Moyet. Assim, de seguida apresentam-se os mesmos:

Diagnóstico	Administração de medicamentos via endovenosa
Definição	Preparação e administração de medicamentos via endovenosa
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar a prescrição médica, ○ Manter técnica asséptica, ○ Observar os “cinco certos” antes de administração de medicamentos, ○ Verificar história de alergias e/ou reações adversas, ○ Observar data de validade e aspeto da solução a administrar, ○ Reunir o material adequado certificando-se da integridade dos invólucros, ○ Verificar a permeabilidade do acesso venoso, ○ Monitorizar sinais de infiltração e inflamação no local de inserção do cateter, ○ Monitorizar reação do utente após administração medicamentosa, ○ Registar a administração dos medicamentos.
Resultados obtidos	Segurança na administração de medicação via endovenosa.

Diagnóstico	Sonda vesical Presente
Definição	Medir o volume da urina, avaliar o seu aspeto, a sua composição e funcionamento renal.
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reunir o equipamento para o colocação da sonda vesical, ○ Inserção de sonda vesical, ○ Manter técnica de colocação de sonda vesical asséptica, ○ Monitorizar eliminação urinário (frequência, consistência, odor, volume, coloração), ○ Manter sistema de drenagem urinário fechado, ○ Observar características da drenagem urinária, ○ Posicionar o sistema de drenagem de modo a promover a drenagem urinária, ○ Esvaziar o sistema de drenagem urinário em intervalos pré-definidos, ○ Monitorizar sinais e sintomas de retenção urinária.
Resultados obtidos	Monitorização do débito urinário que permitiu perceção do funcionamento renal e confirmar inexistência de lesões no trato urinário

Diagnóstico	Aspiração, Risco de
Definição	Risco de aspiração de conteúdo gástrico devido a vómito e/ou regurgitação gástrica
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inserir de sonda nasogástrica, ○ Vigiar vómito e/ou regurgitamento gástrico, ○ Vigiar sinais de comprometimento respiratório, ○ Interromper dieta oral, ○ Posicionar o utente.
Resultados obtidos	Evitada a aspiração de conteúdo gástrico para as vias aéreas

Diagnóstico	Monitorização de Sinais Vitais
Definição	Monitorizar os sinais vitais apresentados pelo doente crítico e interpretá-los face à sua situação clínica.
Intervenções realizadas ⁶	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar e registar a pressão sanguínea, frequência cardíaca, temperatura corporal, frequência respiratória, glicemia capilar, oximetria periférica, ○ Vigiar sinais e sintomas de alterações da pressão sanguínea, frequência cardíaca, temperatura corporal e frequência respiratória, ○ Monitorizar oximetria periférica, ○ Monitorizar padrões respiratórios anormais, ○ Monitorizar a presença de cianose central e periférica, ○ Identificar sinais de agravamento do doente crítico.
Resultados obtidos	Monitorização dos sinais vitais o que permitiu compreender a resposta do organismo face à instabilidade presente e às lesões eu o utente apresenta

Diagnóstico	Termorregulação – Hipotermia, Risco de
Definição	Situação em que um indivíduo possui temperatura corporal sustentada inferior a 35,5°C ¹¹ .
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promover aquecimento corporal colocando manta de aquecimento, ○ Monitorizar a temperatura corporal, ○ Monitorizar sinais vitais, ○ Vigiar perfusão tecidual periférica, ○ Gerir ambiente físico.
Resultados obtidos	Utente manteve valores de temperatura corporal dentro de parâmetros normais não tendo entrado em hipotermia.

Diagnóstico	Perda Sanguínea
Definição	Perda de sangue a partir do sistema vascular associado a lesão de um ou mais vasos sanguíneos
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigiar sinais de perdas sanguíneas, ○ Monitorizar tensão arterial, frequência cardíaca, perfusão periférica, ○ Vigiar sinais de choque.
Resultados obtidos	Controlo da perda sanguínea pelas lesões apresentadas no crânio.

Diagnóstico	Infeção, Risco de
Definição	Situação em que o indivíduo pode adquirir uma infeção através de um agente oportunista ou patogénico de origem endógena ou exógena ¹¹
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lavagem meticulosa das mãos, ○ Uso de técnica asséptica, ○ Restringir os procedimentos invasivos aos absolutamente necessários, ○ Vigiar sinais de infeção.
Resultados obtidos	Prevenção de infeções passíveis de ocorrer através das intervenções invasivas e através do contacto com o utente.

Diagnóstico	Administração de oxigénio
Definição	Administração de oxigénio
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter desobstrução das vias aéreas, ○ Monitorizar o fluxo de litros de oxigénio administrado, ○ Vigiar periodicamente o dispositivo de distribuição de oxigénio para garantir correta concentração administrada, ○ Monitorizar eficácia da terapia com oxigénio, ○ Vigiar sinais de hipoventilação, ○ Monitorizar sinais de toxicidade do oxigénio e de atelectasia por absorção.
Resultados obtidos	Manutenção de valores de oxigénio no sangue dentro de parâmetros normais

Diagnóstico	Perfusão tecidual ineficaz
Definição	Situação em que o individuo pode apresentar défice na perfusão tecidual ¹⁰
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevenir úlceras de pressão, ○ Supervisionar pele, ○ Promover aquecimento corporal, ○ Vigiar perfusão tecidual, ○ Gerir o ambiente físico, ○ Massajar partes do corpo em SOS, ○ Posicionar o utente, ○ Controle da hipovolémia, ○ Monitorizar extremidades ○ Monitorizar sinais vitais, ○ Promover oxigenoterapia
Resultados obtidos	Utente não apresentou perfusão tecidual ineficaz e consequentes lesões resultantes da mesma.

Diagnóstico	Posicionamento
Definição	Posicionamento deliberado para promover o bem-estar do utente e prevenir úlceras de pressão
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Posicionar o utente na posição terapêutica adequada, ○ Posicionar o utente considerando o alinhamento correto do corpo, ○ Posicionar o utente de modo a promover a drenagem de urina, ○ Posicionar o utente de modo a promover a drenagem de gástrica ○ Monitorizar perfusão periférica adequada.
Resultados obtidos	Correto alinhamento do corpo e prevenção de lesões por mau posicionamento

Diagnóstico	Permeabilidade da via aérea, Risco de comprometimento
Definição	Permeabilizar as vias aéreas e assegurar uma eficaz troca de gases
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar a frequência, ritmo, profundidade e esforço ventilatório, ○ Observar movimentos e simetria do tórax, uso de músculos acessórios, retração muscular, supraclavicular e intercostal, ○ Monitorizar ruídos respiratórios, ○ Monitorizar padrões respiratórios anormais, ○ Vigiar necessidade de aspiração de secreções, ○ Vigiar valores da gasimetria, ○ Abrir a via aérea através da técnica de elevação do queixo ou da manobra de elevação da mandíbula, ○ Identificar necessidade do utente requerer via aérea artificial, ○ Inserir via aérea artificial se escala de coma de Glasgow inferior a 8, ○ Promover aspiração de secreções endotraqueal, ○ Monitorizar oxigenoterapia, ○ Monitorizar sinais vitais.
Resultados obtidos	Mantida permeabilização da via aérea até ao momento em que o utente foi entubado

Diagnóstico	Vias aéreas, Comprometimento de
Definição	Remoção de secreções da via aérea por meio de inserção de cateter de aspiração nas vias aéreas
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aspirar a nasofaringe com dispositivo de aspiração, conforme apropriado, ○ Utilizar precauções padronizadas (luvas, óculos, máscara) conforme apropriado, ○ Utilizar equipamento esterilizado descartável para cada procedimento de aspiração traqueal, ○ Utilizar a pressão de aspiração adequada (p.ex. de 80 a 100mmHg para adultos), ○ Hiperventilar/hiperoxigenar o utente previamente a cada aspiração, ○ Vigiar sinais de comprometimento respiratório.
Resultados obtidos	Mantida permeabilização da via aérea

Diagnóstico	Ventilação Mecânica
Definição	Uso de dispositivo artificial para auxiliar o utente a ventilar eficazmente
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar fadiga muscular respiratória, ○ Monitorizar insuficiência respiratória iminente, ○ Monitorizar parâmetros ventilatórios, ○ Monitorizar eficácia do ventilador mecânico, ○ Vigiar sinais de agitação, ansiedade, incompatibilidade com o ventilador, ○ Vigiar conexões do ventilador, ○ Monitorizar sinais vitais, ○ Assegurar equipamento de emergência para ressuscitação cardiorrespiratória, ○ Monitorizar reação do utente face á administração de sedativos.
Resultados obtidos	Promoção de uma ventilação eficaz

Diagnóstico	Sonsa Nasogástrica
Definição	Inserção de sonda nasogástrica
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inserir sonda nasogástrica de acordo com o protocolo da instituição, ○ Verificar posicionamento da sonda nasogástrica com raio X, ○ Monitorizar drenagem gástrica, ○ Monitorizar cor, quantidade e consistência da secreção gástrica, ○ Suspende administração de alimentação via oral.
Resultados obtidos	Prevenido risco de vômito e/ou regurgitamento gástrico

Diagnóstico	Via aérea artificial
Definição	Introdução de um tubo semirígido através da orofaringe em doente sedado e posterior ventilação mecânica ⁶
Intervenções realizadas ⁶	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inserção de EOT assegurando assepsia, ○ Monitorizar dispneia, ronco ou sibilos inspiratórios após colocação da via aérea, ○ Auscultar sons respiratórios bilateralmente antes de insuflar balonete do EOT, ○ Verificar colocação do EOT através do Rx, ○ Aspirar as secreções brônquicas e da boca em SOS; ○ Vigiar a eficácia da ventilação através da monitorização das saturações de oxigénio e da frequência respiratória, ○ Vigiar comportamento do doente face à intolerância à EOT ○ Vigiar posicionamento do tubo EOT, ○ Instituir medidas de prevenção de extubação do EOT,
Resultados obtidos	Via área assegurada através da inserção de um EOT.

4. REFLEXÃO CRÍTICA

O Doente selecionado para o presente estudo de caso deu entrada no SU após suposta agressão por um grupo de indivíduos na via pública.

A primeira atuação foi executada em contexto pré-hospitalar dando-se seguimento aos cuidados no SU.

Sendo uma situação instável, os cuidados prestados pela equipa foram direcionados para o doente que se encontrava em estado crítico tendo sido posteriormente dirigida atenção à esposa (que se encontrava na sala de espera). A esposa encontrava-se emocionalmente abalada pelo sucedido solicitando informações.

Neste tipo de contexto, Parente⁷, esclarece que a acessibilidade à informação não deve ser vedada à família como algo que não lhes diz respeito, devendo o profissional de saúde permitir o acesso à informação tendo especial atenção sobre o que vai transmitir. Assim, devemos ter em conta duas questões pertinente: o conteúdo informativo do que vamos transmitir e como iremos fazê-lo.

A equipa de enfermagem deve estabelecer uma relação de ajuda, permitindo o acesso a informações verdadeiras. Contudo, é necessário cautela no que irá ser transmitido, dado que, a evolução do doente crítico nos primeiros momentos é volátil e incerta, estando o processo em constante evolução.

Num momento de crise, de necessidade urgente de adaptação, o acesso à informação torna-se extremamente pertinente pois permite à família tomar decisões, compreender o processo e adequar o seu processo de adaptação face à situação⁷.

A partir do momento que o doente deu entrada no SU, a esposa não voltou a visualizar o mesmo compreendendo-se que o estado emocional da mesma estaria instável, sentimentos como medo, perda, incompreensão, incerteza entre outros estavam presentes mesmo sendo vítima de violência doméstica.

Para se realizar os exames complementares de diagnóstico é necessário sair da sala de emergência e percorrer um longo corredor. Embora se tenha em conta a privacidade do doente crítico, o percurso no corredor permite aos restantes ocupantes visualizar o aparato gerado em torno do mesmo. Para quem não é conhecedor do processo, o facto de ver um

doente ventilado com diversas perfusões medicamentosas em curso e imobilizado em plano duro associado ao acompanhamento da equipa é uma imagem perturbadora.

Ao passar no corredor, a esposa, visualizou o doente tendo tido o impacto do antes, do que havia idealizado e da realidade. Nesta fase, a acessibilidade à informação era escassa e mesmo para a equipa ainda era prematuro formular um discurso coerente e estruturado face à situação clínica devido ao estado crítico do doente. A esposa, ansiosa olhava incrédula para o marido. As suas primeiras palavras proferidas foram “Ai meu Deus...” SIC iniciando um episódio de choro, encostou-se à parede e pegou no telemóvel para contactar um familiar próximo proferindo “Ele está deitado numa maca, “cheio de tubos” e máquinas” SIC.

Apenas uma imagem, mais que um discurso tiveram um impacto significativo aumentando o stress vivenciado naquela momento, o que nos leva a questionar até onde deverá a acessibilidade da informar ir e quem deverá ser o transmissor dessa mesma informação. Neste processo de adaptação, a comunicação não-verbal pode ser um fator de maior stress e incerteza transmitido ao outro visto que a paralinguagem, as inflexões de voz, o volume utilizado, a velocidade com que se profere as palavras são fatores que serão assimilados e posteriormente interpretados/processados pelo outro¹¹.

A equipa de enfermagem deve atuar no cuidar espiritual e tentar auxiliar no processo, permitindo uma escuta ativa, empática mas mantendo-se numa posição neutra sem juízos de valor. Deve compreender o stress e o comportamento da esposa como sendo uma reação fisiológica/comportamental normal face a um desequilíbrio momentâneo ocorrido. Sendo cada pessoa diferente com respostas emocionais, cognitivas e físicas distintas¹¹.

Concluindo, o enfermeiro especialista deve saber atuar face ao doente crítico com conhecimentos profundos e competências adquiridas, no entanto, deve compreender que não é só o doente está em risco e necessita de cuidados, a família deverá ser igualmente alvo da preocupação dos profissional de saúde.

Após a primeira avaliação ao utente, o médico e o enfermeiro dirigiram-se junto da esposa tendo completado a anamnese clínica que naquele momento, devido à situação e instabilidade emocional da esposa se demonstrou ser difícil.

Através do diálogo e da relação de empatia estabelecida, foi fornecido conforto e apoio à esposa que se encontrava preocupada e apreensiva face ao estado clínico do utente. Após vinda do TAC e uma vez estabilizado clinicamente, o utente foi transferido para a UCI.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo de caso obrigou a uma pesquisa preliminar sobre o atendimento sistematizado ao politraumatizado na sala de emergência e posterior enriquecimento pessoal/profissional. Deste modo, foi possível adquirir competências no atendimento ao politraumatizado grave.

Permitiu efetuar uma análise crítica e reflexiva sobre o processo observado e compreender a sequência e os tempos necessários para os procedimentos executados.

Considera-se que com este estudo de caso se conseguir dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na procura do desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação do autoconhecimento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARPENITO-MOYET, L. – **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 10ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006
2. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Abordagem à Víctima – Manual TAS/TAT**. 1ª Edição, Versão 2.0. INEM, 2012
3. MASSADA, S. – **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave, normas de orientação clínica e administrativa**. 1ª Edição. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João, 2002
4. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001
5. ORDEM DOS MÉDICOS – **Normas de Boa Prática em Trauma**. Lisboa: Ordem dos Médicos, 2009
6. PAUCHET-TRAVERSAT, A.; BESNIER, E.; BONNERY, A. GABALEROY, C. – **Cuidados de Enfermagem – Fichas Técnicas**. Loures: Lusociência, 2003
7. PARENTE, P.; QUEIRÓS, P.; FILIPE, F.; GOMES, C. – **Ética nos Cuidados de Saúde**. 2ª Edição. Coimbra: Dossier Sinais Vitais., 2004
8. POGGETI, R. – **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básica e avançada**/Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008
9. PONCE, P.; TEIXEIRA, J. – **Manual de Urgências e Emergências**. Lisboa: LIDEL, 2006
10. SHEEHY, S. – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 6ª Edição. Loures. Lusociência, 2011
11. TIMBY, B. – **Conceitos e habilidades fundamentais**. 8ª Edição. São Paulo: Artmed Editora, 2007

BIBLIOGRAFIA DE APOIO AO PLANO DE CUIDADOS

JOHNSON – **Classificação dos resultados em enfermagem (NOC)**. 2ª Edição. Porto Alegre. Artmed Editora, 2004

MCCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. – **Classificação dos resultados em enfermagem (NIC)**. 3ª Edição. Porto Alegre, 2004

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2

LEGISLAÇÃO

Regulamento n° 122/2011, de 18 Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.

ANEXOS

Anexo I - Índice de Gravidade Fisiológica

Anexo I - Índice de Gravidade Fisiológica

FR	PARTS	GCS	ÍNDICE
10-29	> 89 mmHg	13-15	4
> 29	76-89	9-12	3
6-9	50-75	6-8	2
1-5	1-49	4-5	1
Nenhum	0	3	0

Fonte: Massada, 2002

Anexo II – Escala de Coma de Glasgow

Anexo II – Escala de Coma de Glasgow

ABERTURA DOS OLHOS		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientada	5	Obedece a ordens	6
À voz	3	Confusa	4	Localiza a dor	5
À dor	2	Inapropriada	3	Flexão retirada à dor	4
Sem resposta	1	Incompreensível	2	Flexão anormal à dor (descorticado)	3
		Sem resposta	1	Extensão anormal à dor (descerebrado)	2
				Sem resposta	1

GRAU DA LESÃO CEREBRAL	
TCE Leve	13 a 15 pontos
TCE Moderado	9 a 12 pontos
TCE Grave	Menor que 9 pontos

Fonte: Massada, 2002

Anexo III - Critérios de Identificação de Trauma Grave

Anexo III - Critérios de Identificação de Trauma Grave

CRITÉRIOS ABSOLUTOS	CRITÉRIOS RELATIVOS
Sinais Vitais – Nível de Consciência	Energia e Mecanismo de Lesão
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Coma de Glasgow < 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Morte no mesmo veículo
<ul style="list-style-type: none"> • Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • Projecção do veículo
<ul style="list-style-type: none"> • Freq Respiratória < 10 ou > 29 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Encarceramento > 30 min
<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de ventilação assistida 	<ul style="list-style-type: none"> • Queda > 3 metros
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioração clínica desde o acidente 	<ul style="list-style-type: none"> • Atropelamento
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioração clínica no S. de Urgência 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente entre veículo de 2 rodas e outro
<ul style="list-style-type: none"> • Revised Trauma Score < 11 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente veículo de 2 rodas > 30 km/h
Anatomia da Lesão	<ul style="list-style-type: none"> • Deformidade/Intrusão no veículo
<ul style="list-style-type: none"> • Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e/ou ao joelho 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente > 50 km/h
<ul style="list-style-type: none"> • Retalho costal 	<ul style="list-style-type: none"> • Capotamento
<ul style="list-style-type: none"> • Fractura de 2 ou + ossos longos 	Factores de Comorbilidade
<ul style="list-style-type: none"> • Fractura da Bacia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente térmico hostil
<ul style="list-style-type: none"> • Fractura do Crânio com afundamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade > 60 anos
<ul style="list-style-type: none"> • Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença médica limitante: Respiratória, Cardíaca, Hepática, Hematológica, Imunossupressão, Obesidade
<ul style="list-style-type: none"> • Lesão neurológica 	
<ul style="list-style-type: none"> • Associação trauma-queimaduras 	
<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras Major 2º Grau > 20% 3º Grau > 5% 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez
<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras com inalação 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapêutica de risco: Bbloqueadores, digitálico, anticoagulantes
<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras da Face, Pescoço, Tórax, Períneo, circunferenciais Mãos ou Pés 	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação Substância de Abuso
	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação Alcoólica

Fonte: Massada, 2002

Anexo II - Estudo de Caso: Dar dias à vida



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM₁₀₈

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Dar Dias à Vida

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes N° 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, novembro de 2013



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Dar Dias à Vida

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes Nº 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, novembro de 2013

“O progresso tecnológico é como um machado nas mãos de um criminoso patológico.”

Albert Einstein (1879 - 1955)

ABREVIATURAS

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

ECG – Escala de Coma de Glasgow

FC – Frequência Cardíaca

PAM – Pressão arterial média

PEEP – Pressão Positiva no final da Expiração

PRVC - Pressão Regulada Volume Controlado

PVC – Pressão Venosa Central

RENDA – Registo nacional de Não Dador

Rx – Raio - X

SE – Sala de Emergência

SOG – Sonda orogástrica

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

Tesf – Temperatura Esofágica

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia axial computadorizada

TET - Tubo endotraqueal

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	7
1.VERIFICAÇÃO DA MORTE CEREBRAL Vs DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	8
Tipos de dadores.....	8
Verificação da morte cerebral.....	9
Procedimento de seleção e testes.....	11
Critérios de exclusão	1253
Dador de alto risco, viável ou não!.....	1253
Registo Nacional de Não Dador (RENDA).....	1264
2.AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO.....	1264
Anamnese e exame físico doente X:.....	1275
Anamnese e exame físico doente Y:.....	1297
3.PROCESSO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM.....	2133
4.REFLEXÃO CRÍTICA.....	30
Conferencia com a família.....	30
5.CONCLUSÃO.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS	37
Anexo I - Reflexos do tronco motor	38
Anexo II – Comportamento de risco para doenças infecto-contagiosas.....	40
Anexo III – Nível de Consciência	43
Anexo IV – Escala de Coma de Glasgow	45
Anexo V – Transporte intra-hospitalar do doente	47
Anexo VI – Formulários de Preenchimento para Diagnóstico de Morte Cerebral.....	49

0. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) realizado no Hospital Braga, inserido no sexto curso do Pós-Licenciatura em Enfermagem de natureza profissional, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, universidade Católica Portuguesa, Porto.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como responsabilidade ser um elemento com conhecimentos aprofundados, espírito crítico e criativo, capaz de dar resposta no decorrer do processo de cuidados, nas tomadas de decisão e resolução de problemas face ao doente crítico, promovendo o crescimento da profissão através do avanço na investigação rumo ao crescimento da profissão.

No decorrer do estágio na UCIP, foi selecionada uma temática específica para estudo. Assim, foi possível aprofundar os conhecimentos no âmbito da mesma e ao mesmo tempo dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na procura do desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação do autoconhecimento.

O estudo de caso assenta na abordagem ao doente crítico em morte cerebral, critérios para a sua validação e numa segunda fase abordar o processo de doação de órgãos. O tema despertou enorme interesse pela complexidade do mesmo e pela necessidade de aprofundamento nos conhecimentos teórico-práticos.

Para a elaboração do estudo de caso foi feita colheita de dados através de observação sustentado posteriormente por uma revisão bibliográfica. De seguida, recorreu-se ao método descritivo – analítico – crítico – reflexivo para confrontando a teoria com a prática fosse possível adquirir competências nesse tema em particular.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos. O primeiro capítulo engloba uma breve abordagem teórica sobre o tema, o segundo capítulo descreve a colheita de dados e os procedimentos executados, o terceiro capítulo diz respeito ao processo de cuidados que engloba os diagnósticos de enfermagem e intervenções e por fim o quarto capítulo aborda a reflexão crítica – reflexiva do caso. Finaliza-se o estudo com a conclusão seguido das referências bibliográficas consultadas.

1. VERIFICAÇÃO DA MORTE CEREBRAL Vs DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

A transplantação de órgãos tem vindo a ser um sucesso gradual e crescente de ano para ano^{4,3,7}. O lema das equipas de transplante de órgãos é auxiliar aqueles cuja única hipótese de cura e melhoria da qualidade de vida passa pela receção de um órgão, tecido ou células³.

A lista de espera para receção de órgãos tem vindo a aumentar gradualmente a nível mundial⁷. A investigação neste campo permitiu progredir ao longo do tempo sendo possível extrair e transplantar órgãos tais como fígado, pulmões e coração ou tecido tal como as córneas, tecido cardiovascular, ossos, tendões e pele⁶.

Para o sucesso da transplantação é necessário reconhecer potenciais dadores e iniciar o processo de validação³.

O transplante de órgãos é, atualmente, o único tratamento viável quando um dos órgãos entra na fase final de falência. Trata-se de um procedimento dispendioso com riscos intrínsecos para o dador vivo porque pode causar incapacidade e morte. Por seu lado, o recetor pode rejeitar o órgão transplantado, pode receber uma nova doença ou infeção, pode rejeitar os medicamentos da imunossupressão ou o órgão não ser o adequado para o mesmo³.

Embora sendo um processo dispendioso, a realidade é que é um procedimento muitas das vezes considerado como o último recurso para salvar a vida do doente sendo o custo – benefício aceitável. Mesmo que a doação ocorra numa situação que não implique risco de vida para o doente, por exemplo transplante de córneas, considera-se benéfica a sua execução pois permite melhorar a qualidade de vida do recetor³.

Tipos de dadores

O dador deve ser cuidadosamente selecionado de acordo com o regulamento instituído no País em questão⁶. Posteriormente, deve realizar exames clínicos para compreender o estado clínico do mesmo.

Se o dador for considerado viável, a equipa médica de referência do dador deve informar a família sobre a pretensão da equipa em tornar o doente um dador de órgãos⁶.

Por norma, a doação de órgãos deve ser um procedimento autorizado pelo dador ou pela família². Em Portugal, o dador apenas pode recusar ser dador se em vida se inscrever no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), caso contrário todos os cidadãos Portugueses são considerados dadores de órgãos, tecidos e células².

A doação de órgãos pode provir de um dador vivo ou de dador morto. Quando se trata de um dador vivo, o mesmo deve fazê-lo voluntariamente devendo ser informado dos riscos intrínsecos à doação e assinando o consentimento informado^{6, 19}.

No caso de dador vivo a colheita não pode ser autorizada se a mesma prejudicar gravemente a integridade física, diminuir a mesma ou causar problemas de saúde ao mesmo. Tendo em conta esses pressupostos, a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para transplante irá ainda verificar se existe órgãos ou tecidos disponíveis e se não existe outro método terapêutico eficaz. Se tal não for viável então sim, será dada aprovação para a colheita de um órgão ou tecido de um dador vivo¹⁹.

Não é permitida a colheita de órgão, tecidos ou células não regeneráveis quando envolvem menores e/ou incapazes. No entanto, é possível que menores e/ou incapazes sejam dadores desde que a colheita seja de órgãos, tecidos ou células regeneráveis e que não exista dador capaz compatível, o recetor seja irmão e/ou irmã, seja necessária para preservar a vida do recetor¹⁹.

No caso do dador morto, o mesmo divide-se em dador morto com coração a bater, isto é, ocorreu morte cerebral ou o dador morto sem coração a bater⁶.

Verificação da morte cerebral

É da competência da Ordem dos Médicos enunciar o conjunto de critérios e regras que atestem a verificação de morte cerebral de forma idónea¹⁹.

A verificação de morte cerebral deverá ser realizada em dois momentos diferentes (mínimo) com intervalo variável. Em média o intervalo entre provas é de 2 – 6h, no entanto poderá ser até 24h. De qualquer modo, deve ter-se em atenção a situação clínica, idade e ausência de drogas que alterem os resultados^{1, 18, 27}.

Nenhum médico poderá participar nos dois momentos de verificação de morte cerebral nem integram a equipa de transplante^{18, 19}. A equipa médica deverá ser constituída por dois médicos especialistas, nomeadamente em neurologia, neurocirurgia ou experiência em

cuidados intensivos. Um dos médicos deverá ser externo ao serviço de origem do possível dador^{1, 18}.

A verificação de morte cerebral poderá ser acompanhada da realização de exames complementares de diagnóstico de modo a atestar que existe ausência de atividade cerebral^{1, 18, 27}. No entanto, o diagnóstico de morte cerebral é executado basicamente através da clínica. Recorre-se preferencialmente aos exames complementares de diagnóstico quando existe uma lesão que impeça que uma das provas de morte cerebral seja realizada ou quando as provas suscitam dúvidas e precisam de ser confirmadas²⁷.

Previamente deve-se assegurar o seguinte:

- Conhecimento da causa;
- Irreversibilidade da situação clínica;
- Ausência de respiração autónoma;
- Estabilidade hemodinâmica e ausência de hipotermia;
- Certificação de ausência de agentes depressores sistema nervoso central responsáveis por alterações endócrino-metabólicos ou de agentes bloqueadores neuromusculares que possam causar supressão das funções acima referidas^{18, 21, 27}.

O primeiro teste a ser efetuado é a avaliação neurológica do estado mental. Existem muitas escalas, no entanto, a mais comum é a ECG. Esta escala é uma escala que avalia a abertura dos olhos, resposta motora e a resposta verbal com um mínimo numérico de 3 quando existe ausência de resposta motora, verbal e abertura dos olhos e um máximo com 15 quando doente orientado e que obedece a ordens^{13, 26, 27}.

Posteriormente, deve ser feita a verificação dos critérios de diagnóstico através da confirmação de ausência total de reflexos do tronco cerebral:

- Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo: Alternadamente é incidida luz sobre cada uma das pupilas para se avaliar a reação das mesmas à luz. Em condições normais, a pupila reage, contraindo quando a luz é incidida e voltando ao tamanho normal quando a mesma é retirada. Doentes sem atividade cerebral não possuem esse reflexo, as pupilas mantem-se fixas e em midríase;
- Reflexos oculocefálicos: Consiste em abrir os olhos do doente e de seguida virar a sua cabeça para um lado e para o outro. Considera-se que o doente não tem reação

quando os seus olhos se mantem fixos, denominando-se olhos de boneca. Se o doente tivesse função cerebral, os olhos rodariam para o lado oposto (Ver anexo I);

- Reflexos oculovestibulares: Consiste em inserir 10mL de soro fisiológico frio para o interior de cada um dos ouvidos, se houver deslocação do olhar significa que o doente possui reflexo, caso tal não ocorra significa que é ausente (Ver anexo I);
- Reflexos corneopalpebrais: Passagem de uma compressa estéril em cada um dos olhos. Se o doente “pisca” significa que existe reflexo, caso contrário considera-se ausente;
- Reflexo faríngeo: Doente é estimulado através do tubo, se não reagir é porque não existe estímulo presente^{1, 13, 18, 21, 27}.

De seguida, é feito o teste de apneia para confirmar a ausência de respiração espontânea^{1, 18, 27}.

O teste de apneia consiste em desligar o ventilador, mantendo o suporte de oxigénio, durante um tempo pré-determinado. O objetivo deste teste é determinar se o doente conseguiu respirar espontaneamente sozinho, algo que um cérebro vivo tentaria fazer e avaliar os níveis de dióxido de carbono porque no doente que não ventila espontaneamente, os valores de dióxido de carbono aumentam. Por isso se deve fazer colheita de sangue antes e após o teste para se comparar o valor de dióxido de carbono antes e após o teste²⁷.

Define-se portanto morte cerebral quando o doente possui uma lesão cerebral grave com ausência de resposta a estímulos externos, ausência de reflexos troncolares e do estímulo respiratório associado a presença de hipercapnia^{13, 27}.

Procedimento de seleção e testes

Para iniciar o processo de seleção é necessário detetar um potencial dador. Para tal é necessário que as equipas médicas sejam proactivas e estejam atentas a possíveis dadores⁶.

A equipa médica deve aceder à história clínica do doente, completar lacunas na anamnese, solicitar exames laboratoriais e preencher um questionário tipo tal como podemos ler de seguida:

- Idade: Não há uma idade predefinida para se ser dador¹⁴. Em 2010, os extremos foram 2 ano – 79 anos⁴.
- Causa de morte: Necessário conhecer o diagnóstico médico. Estatisticamente a principal causa de morte é de origem médica^{3,4}. Em 2009, 89% dos casos deveu-se a Acidente Vascular Cerebral de origem hemorrágica e 21% de origem traumática⁴.
- Historia clínica: Aceder ao processo clínico do doente, pesquisar doenças malignas, degenerativas, infecciosas e/ou psiquiátricas).
- Comportamentos de risco: Risco de haver compromisso de um órgão e/ou doença infecciosa.
- História de imunização recente.
- Nos últimos 12 meses: transfusão sanguínea, transplante, piercing ou tatuagens.
- Outros: história de viagem para países de risco, quimioterapia e/ou radioterapia, doença neurológica infecciosa⁶.

Posteriormente a equipa médica deve preencher o seguinte:

- História médica;
- Valores hemodinâmicos;
- Duração da ventilação mecânica;
- Dias de internamento na UCIP;
- Necessidade de ressuscitação cardiorespiratória;
- Uso de medicação inotrópica e vasoactiva⁶.

Devem ser solicitadas análises laboratoriais (microbiologia e serologia) para determinar possível foco infeccioso, se se tratar de um cadáver devem ser solicitadas hemoculturas⁶.

Quando, mesmo depois de todas as buscas não for possível identificar o dador morto e o mesmo tiver sido considerado viável para a dádiva de órgãos, tecidos ou células, deve a vontade do mesmo ser presumida como de não oposição à dádiva, procedendo-se à mesma¹⁹.

Se se tratar de um cidadão estrangeiro, deverá ser o tribunal a proferir a autorização ou não referente à doação. No entanto, se o cidadão estrangeiro residir em Portugal, o mesmo será abrangido pela lei Portuguesa em vigor¹⁹.

Critérios de exclusão

Embora poucos, existem alguns critérios de exclusão do possível dador, são eles:

- Doente seropositivo ou com Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV);
- Septicémia incontrolada e/ou de origem desconhecida;
- Neoplasia ativa;
- Comportamento de risco para doenças infecto-contagiosas (Ver anexo II);
- Hepatite B;
- Hepatite C^{2,6}.

São solicitados testes ao *Treponema Pallidum* e à presença de anti-CMV IgG. A sua presença não é critério absoluto de exclusão, requer nova reavaliação^{2,6}.

Posteriormente a equipa médica deve:

- Informar a família da decisão do doente ser dador, quais os órgãos e tecidos a ser colhidos e a sua finalidade;
- Informar da possibilidade de órgãos e tecidos inviáveis serem colhidos para investigação e/ou ensino;
- Obter o consentimento informado para o procedimento, no entanto, em Portugal só os indivíduos inscritos na RENNDA é que são considerados não dadores;
- Completar lacunas na anamnese;
- Informar a família que após a colheita, o doente vai manter a sua aparência prévia⁶.

Para que o sistema funcione corretamente é necessário que a equipa médica seja diferente em cada processo nomeadamente no tratar o doente, declarar o óbito do potencial dador, na recolha dos órgãos e na transplantação⁶.

Dador de alto risco, viável ou não!

Por norma, é feito o rastreio na busca de doenças e infeções para minimizar o risco de transmissão ao recetor, no entanto, é possível efetuar transplante de órgãos, tecido e células infetados desde que o recetor assine o consentimento informado e seja claramente elucidado dos riscos que tal procedimento implica. Tal ação é aceite em situações de *lifesaving*⁶.

Atualmente, é viável a extração de pele para excerto, por exemplo no tratamento de queimaduras ou a extração de ossos para substituição de próteses de trocânteres⁶.

Registo Nacional de Não Dador (RENDA)

Todo o Cidadão Português ou estrangeiro que deseje não ser dador de órgãos, tecido ou células deve junto do Ministério da Saúde manifestar a sua vontade de ser não dador *post mortem*, entrando assim na RENDDA^{5, 16, 19}.

Será facultado um cartão de identificação de RENDDA devendo o mesmo acompanhar o cidadão no seu dia-a-dia^{5, 17, 19}.

2. AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

No decorrer da colheita de dados para o presente estudo de caso, surgiram dois casos de doentes críticos idênticos mas com desfecho diferente o que levou à pertinência do seu estudo. Compreender porque com prognósticos idênticos, um dos sujeitos foi posteriormente selecionado para dador de órgãos e o outro rejeitado.

O primeiro caso, que denominamos como doente X, remonta a um masculino de 37 anos que se encontrava a correr e subitamente ficou com alteração do estado de consciência.

O nível de consciência do doente pode variar em diferentes estádios sendo os extremos, nomeadamente, consciência e o coma (Ver anexo III). O doente consciente é aquele que interage com o ambiente, que tem a capacidade de dar resposta ao meio. Por seu lado, o estado de coma é o seu oposto, isto é, o doente não reage mesmo quando estimulado mantendo ausência total de interação com o meio^{13, 26}.

À chegada da viatura médica de emergência e reanimação (VMER), encontrava-se com uma escala de coma de Glasgow (ECG) de 3 (O1V1M1) (Ver anexo IV). Sem identificação no local e sem lesões externas e/ou causa aparente para o sucedido. Foram instituídas medidas de suporte terapêutico, garantida uma via aérea avançada e transportado para a sala de emergência (SE).

O segundo caso, que denominamos como doente Y, faz referência a um masculino de 34 anos que caiu de cerca de 5 metros de altura, quando se encontrava a subir para um telhado. À chegada da VMER, encontrava-se com uma ECG de 3 (O1V1M1), lesão

contusa na região occipital e contusão pulmonar. Segundo informações no local, a escada terá caído tendo o doente ficado, após a queda, de imediato com ECG de 3 (O1V1M1). Foram instituídas medidas de suporte terapêutico no local, garantida uma via aérea avançada e transportado para a sala de emergência (SE).

Ambos os sujeitos deram entrada na SE com prognóstico reservado sem evolução do quadro clínico. Instituídas medidas de suporte na SE para dar continuidade aos cuidados a prestar, realizaram Tomografia axial computadorizada (TAC) e Raio – X (Rx) para melhor diagnóstico e despiste de lesões internas.

O doente X apresentava uma rotura de aneurisma maciça enquanto o doente Y apresentava hemorragia maciça subaracnoídea com lesão no tronco cerebral.

Após estabilizados na SE com medicação de suporte adequada, via aérea avançada assegurada com recurso a ventilação mecânica, sonda orogástrica (SOG), sonda vesical foram transferidos para a UCIP, segundo protocolo de transporte de doentes intra-hospitalar (ver anexo V).

Na UCIP foram prestados os seguintes cuidados:

- Ventilação Mecânica com pressão regulada e volume controlado
- Otimização do tubo endotraqueal (TET)
- Inserção de cateter venoso central,
- Inserção de linha arterial,
- Monitorização hemodinâmica invasiva,
- Termómetro esofágico
- Otimização da SOG
- Otimização da sonda vesical e colocação de debitómetro para controlo horário do débito urinário.

Anamnese e exame físico doente X:

O doente X deu entrada sem identificação nem contacto de emergência conhecido apenas tinha sido transmitido que se encontrava a correr e teria ficado com ECG 3 (O1V1M1). Foi realizada abordagem sistematizada ao doente^{8,9}:

Estado de Consciência – Doente crítico com ECG score 3 (O1V1M1)

Ac – Mantem estabilização da cervical com colar cervical. Dentes naturais íntegros, aspirado secreções escassas esbranquiçadas e fluidas

B – Doente entubado com tubo endotraqueal (TET), bem adaptado à ventilação mecânica invasiva em modo Pressão Regulada Volume Controlado (PRVC), Pressão Positiva no final da Expiração (PEEP) de 3. Na auscultação sem alterações, aspirado com secreções escassas esbranquiçadas, viscosas. Saturação Periférica de Oxigénio (SPO2) a 99% com Fração Inspiratória de Oxigénio (FiO2) de 60%.

C – Tensão Arterial (TA) de 110/60mmHg, Frequência Cardíaca (FC) de 80, pressão arterial média (PAM) de 76, pressão venosa central (PVC) de 9, sinais vitais dentro de parâmetros normais¹⁵. Possui dois cateteres venosos periféricos (CVP) nos membros superiores, uma SOG em drenagem, drenou 0 para o saco coletor. Sonda vesical de látex com colocação de saco coletor com debitómetro, drenando urina límpida e âmbar a uma média de 200mL por hora. Introduzido cateter venoso central (CVC) e linha arterial.

D – Pupilas isocóricas, midríaticas com diâmetro de 4mm cada, sem reação à luz. ECG de 3, normoglicémico. Introduzido termómetro esofágico para monitorização da temperatura central. Temperatura Esofágica (Tsf): 36,3°C.

E – Sem alterações, apresenta um corpo bem constituído.

Doente deu entrada na SE sem identificação, no momento de admissão na UCIP ainda não se possuía identificação e/ou informação clínica pelo que a anamnese^{8,9} ficou com lacunas de preenchimento:

C – Doente encontrava-se a correr tendo ficado com ECG de 3 (O1V1M1)

H – Sem informação

A – Sem informação

M – Sem informação

U – Sem informação

Espólio efetuado e guardado no cofre no serviço de urgência.

A equipa médica solicita nova colheita de sangue e Rx torácico para confirmação da posição do CVC. Cerca de 6 horas após entrada na SE, é solicitado novo TAC cerebral

para averiguar evolução da hemorragia sendo o doente deslocado para a sala de TAC, seguindo-se o protocolo do transporte intra-hospitalar do doente (Ver anexo V).

Resultado dos exames complementares de diagnóstico: TAC cerebral (hemorragia maciça com evolução desfavorável comparativamente com o primeiro TAC cerebral realizado), Raio-X confirma posição correta da SOG, TET e CVC.

Anamnese e exame físico doente Y:

O doente Y deu entrada na SE após queda de cerca de 5 metros tendo ficado com ECG 3 (O1V1M1). Foi realizada abordagem sistematizada ao doente^{8,9}:

Estado de Consciência – Doente crítico com ECG score 3 (O1V1M1)

Ac – Mantem estabilização da cervical com colar cervical. Dentes naturais íntegros, aspiradas secreções escassas hemáticas (devido ao trauma) e espessas.

B – Doente entubado com TET, bem adaptado à ventilação mecânica invasiva em modo PRVC com PEEP de 3. Na auscultação sem alterações, apenas apresenta contusão pulmonar, aspirado com secreções moderadas hemáticas (devido a trauma), viscosas. Saturação Periférica de Oxigénio (SPO2) a 100% com Fração Inspiratória de Oxigénio (FiO2) de 60%.

C – TA de 105/52mmHg, FC de 75, PAM de 68, pressão venosa central (PVC) de 7, sinais vitais dentro de parâmetros normais¹⁵. Possui dois CVP nos membros superiores, uma SOG em drenagem, drenou 0 para o saco coletor. Sonda vesical de látex com colocação de saco coletor com debitómetro, drenando urina límpida e âmbar a uma média de 50 – 100mL por hora. Introduzido CVC e linha arterial.

D – Pupilas isocóricas, midríaticas com diâmetro de 4mm cada, sem reação à luz. ECG de 3, normoglicémico. Introduzido termómetro esofágico para monitorização da temperatura central. Tesf: 36,5°C.

E – Apresenta lesão corto-contusa⁸ na região occipital, corpo bem constituído.

No momento de admissão na UCIP efetuada anamnese^{8,9} junto da família:

C – Doente encontrava-se a subir uma escada para um telhado, caiu de cerca de 5 metros após a escada ter tombado. Segundo família terá ficado de imediato com alteração do

estado de consciência. À chegada da equipa da VMER, encontrava-se com ECG de 3 (O1V1M1) e uma lesão corto – contusa na região occipital.

H – Sem antecedentes de saúde relevantes, não é fumador

A – Desconhece-se alergias e/ou reações adversas

M – Não ingere medicação habitualmente

U – Lanchou, normoglicémico

Espólio efetuado e entregue à família no serviço de urgência.

A equipa médica solicita nova colheita de sangue e Rx torácico para confirmação da posição do CVC. Posteriormente é solicitado novo TAC cerebral sendo o doente deslocado e seguido o protocolo do transporte intra-hospitalar do doente (Ver anexo V).

Resultado dos exames complementares de diagnóstico: TAC cerebral (hemorragia maciça e lesão no tronco cerebral), Raio-X confirma posição correta da SOG, TET e CVC.

Após a receção dos resultados das análises clínicas, o doente X foi automaticamente excluído pois detetou-se consumo de substâncias ilícitas. Segundo um dos critérios de exclusão para a doação de órgãos são os comportamentos de risco para doenças infecto-contagiosas^{2,6}.

As análises clínicas do doente y não detetaram consumo de substâncias ilícitas.

Passadas 12horas, o doente Y encontrava-se com evolução desfavorável, o novo TAC cerebral realizado mantinha vasta lesão do tronco cerebral e hemorragia maciça. Tendo em conta que do ponto de vista da medicina se considerava não haver mais investimento, a equipa considera o doente um possível dador de órgão. Dá-se início ao preenchimento dos documentos para os testes de morte cerebral para possível dador. Assim, a equipa médica preencheu o formulário tipo que se encontra em vigor na UCIP. De seguida, apresenta-se o resumo do conteúdo mais pertinente desse formulário:

- Idade: 34 anos.
- Causa de morte: Traumatismo Crânio Encefálico após queda de 5 metros
- Historia clínica: Sem antecedentes a registar.
- Comportamentos de risco: Desconhecidos.

- História de imunização recente: Não.
- Nos últimos 12 meses: transfusão sanguínea, transplante, piercing ou tatuagens: Não
- Outros: história de viagem para países de risco, quimioterapia e/ou radioterapia, doença neurológica infecciosa: Não.

Posteriormente a equipa médica preencheu algo similar ao seguinte:

- História médica (ver acima);
- Valores hemodinâmicos: estáveis;
- Duração da ventilação mecânica: 2,5 dias;
- Dias de internamento na UCIP: 2 dias;
- Necessidade de ressuscitação cardiorespiratória: Não;
- Uso de medicação inotrópica e vasoativa: Não.

Análises laboratoriais (microbiologia e serologia) sem alterações significativas, não foram detetados focos infecciosos nem consumo de substâncias ilícitas. Dando-se início ao primeiro teste de diagnóstico de morte cerebral.

Foi efetuada avaliação do estado neurológico através da ECG, doente Y apresenta EGC de 3.

Posteriormente, iniciou-se restantes testes e preencheu-se o formulário (Ver Anexo VI):

- Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo: Ausente à luz, mantiveram-se fixas e em midríase;
- Reflexos oculocefálicos: Sem reação, olhos do doente mantiveram-se fixos;
- Reflexos oculovestibulares: Sem reflexos;
- Reflexos corneopalpebrais: Sem reação;
- Reflexo faríngeo: Sem reflexo e/ou expressão facial.
- Teste de apneia: Previamente e posteriormente ao teste é feita colheita de sangue para análise. Sem ventilação espontânea patente. Alterações significativas nos valores de dióxido de carbono após o teste de apneia.

Cerca de 12 horas após o primeiro teste para diagnóstico de morte cerebral, foi realizado o segundo teste com dois novos médicos, um da UCIP e outro do serviço de neurocirurgia tendo sido obtido exatamente o mesmo resultado.

Nesta fase, tendo os dois testes confirmado morte cerebral, foi realizado contacto com a equipa coordenadora de transplantação. Entretanto, procedeu-se à pesquisa na RENNDA, o doente Y não se encontrava registado na RENNDA.

3. PROCESSO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

O processo de cuidados em enfermagem visa organizar de forma sistematizada os cuidados a prestar tendo como objetivo adequar e promover a melhoria nos cuidados.

Recorreu-se à Classificação Internacional de Enfermagem (CIPE), assim, de seguida apresentam-se os diagnósticos e as intervenções levantadas:

Diagnóstico	Aspiração, Risco de aspiração	
Definição	Risco de Aspiração de Conteúdo gástrico devido a Vómito e/ou regurgitação gástrica	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elevar a cabeceira a 30° ○ Otimizar Cuff tubo traqueal ○ Otimizar sonda orogástrica ○ Vigiar vómito e/ou regurgitamento gástrico 	3/3h
Resultados obtidos	Prevenção de introdução de conteúdo gástrico nas vias traqueobrônquicas	

Diagnóstico	Autocuidado: Banho/Higiene, dependente em grau elevado	Horário
Definição	Situação em que o doente apresenta défice para desempenhar o autocuidado banho/higiene	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar creme hidratante ○ Dar banho na cama 	1xd/SOS 1xd
Resultados obtidos	Manter cuidado de higiene do doente	

Diagnóstico	Auto Cuidado: Uso de Sanitário, dependente em grau elevado	Horário
Definição	Situação em que o doente apresenta défice no autocuidado uso de sanitário, não conseguindo utilizar o mesmo	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigiar eliminação intestinal ○ Vigiar eliminação urinária ○ Trocar fralda 	3xd SOS
Resultados obtidos	Assegurar que o doente consegue manter eliminação intestinal e urinária sem prejuízo do seu estado de saúde	

Diagnóstico	Desequilíbrio do Volume de Líquidos, Risco de	Horário
Definição	Situação em que o doente pode apresentar aumento ou diminuição das trocas de líquidos	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar débito urinário ○ Monitorizar balanço hídrico 	1/1h 8/8h
Resultados obtidos	Assegurar que não ocorrer desequilíbrio do volume de Líquidos	

Diagnóstico	Ferida Traumática Presente: Presente na cabeça	Horário
Definição	Solução de continuidade inesperada no tecido na superfície do crânio associada a lesão mecânica devido a acidente	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigiar ferida traumática ○ Executar tratamento à ferida traumática ○ Vigiar penso da ferida traumática 	2/2d 3xd
Resultados obtidos	Tratamento da ferida traumática evitando o seu agravamento	

Diagnóstico	Expetorar, ineficaz em grau elevado	Horário
Definição	Remoção de secreções da via aérea por meio de inserção de cateter de aspiração nas vias aéreas	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigiar secreções na cavidade oral ○ Vigiar secreções na cavidade nasal ○ Vigiar secreções endotraqueais ○ Aspiração de secreções na cavidade oral ○ Aspiração de secreções na cavidade nasal ○ Aspiração de secreções endotraqueais 	3xd SOS
Resultados obtidos	Manter vias aéreas permeáveis	

Diagnóstico	Queda, Algum risco de queda	Horário
Definição	Situação em que o doente apresenta suscetibilidade para queda	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar risco de queda através da escala de Morse ○ Manter grades da cama 	4/4d 3/3h
Resultados obtidos	Prevenir que o doente seja vítima de queda utilizando os recursos adequados de prevenção	

Diagnóstico	Úlcera, Risco de Úlcera córnea bilateral	
Definição	Secagem do tecido da córnea devido a exposição prolongada ao meio ambiente resultando na diminuição do aporte sanguíneo	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar Lágrimas artificiais ○ Lavar os olhos com solução salina 	3/3h
Resultados obtidos	Prevenção do aparecimento de úlcera na córnea	

Diagnóstico	Úlcera de Pressão, Alto risco de úlcera de pressão	
Definição	Compressão e/ou fricção sobre uma proeminência óssea e a superfície subjacente	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar úlcera de pressão através da escala de Braden ○ Hidratar parte do corpo ○ Aliviar zonas de pressão ○ Posicionar a pessoa 	4/4d SOS 3/3h
Resultados obtidos	Prevenção do aparecimento de úlceras de pressão	

Diagnóstico	Cateter Venoso Central Presente	
Definição	Inserção de cateter esterilizado em uma veia central (Jugular)	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso central ○ Otimizar venoso central ○ Trocar transdutor venoso ○ Vigiar a pele no local de inserção do venoso central ○ Vigiar penso do venoso central 	4/4d 3/3d 4/4d 4/4d 8/8h
Resultados obtidos	Monitorização da PVC, administração de medicação endovenosa	

Diagnóstico	Posicionar, Dependente em grau elevado	Horário
Definição	Posicionamento deliberado para promover o bem-estar do utente e prevenir úlceras de pressão	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Massajar parte do corpo ○ Posicionar a pessoa 	SOS 3/3h
Resultados obtidos	Correto alinhamento do corpo e prevenção de lesões por mau posicionamento	

Diagnóstico	Pé Equino, Risco de	Horário
Definição	Arqueamento da articulação do pé em direção ao chão como consequência de mau alinhamento da articulação e pressão da roupa da cama sobre o pé após repouso prolongado	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aliviar roupa de cama através de equipamento ○ Posicionar a pessoa 	3/3h
Resultados obtidos	Prevenir o surgimento do pé equino através do uso de dispositivos de alívio de pressão para roupa da cama associado ao correto posicionamento	

Diagnóstico	Monitorizar/Vigilância Ventilatória e Hemodinâmica	Horário
Definição	Monitorização e Vigilância hemodinâmica e ventilatória apresentada pelo doente crítico, interpretando os resultados face à sua situação clínica	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar dor através do Behavioral Pain Scale ○ Monitorizar Balanço hídrico ○ Monitorizar Avaliação de Glicemia Capilar ○ Monitorizar Parâmetros Ventilatórios e Hemodinâmicos ○ Monitorizar Peso Corporal ○ Monitorizar Pupilas ○ Monitorizar PVC 	8/8h 8/8h S/Hora 1/1h 1xd 3/3h 8/8h
Resultados obtidos	Monitorização e Vigilância hemodinâmica e ventilatória permitiram antever possíveis situação-problema, corrigindo-a atempadamente assim como permitiu compreender a resposta do organismo face à sua situação	

Diagnóstico	Administração de medicamentos via endovenosa	Horário
Definição	Administrar medicação através de dispositivos adequados	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar a prescrição médica ○ Manter técnica asséptica ○ Observar os “cinco certos” antes de administração de medicamentos ○ Verificar história de alergias e/ou reações adversas, ○ Observar data de validade e aspeto da solução a administrar ○ Reunir o material adequado certificando-se da integridade dos invólucros ○ Verificar a permeabilidade do acesso venoso, ○ Monitorizar reação do utente após administração medicamentosa ○ Registrar a administração dos medicamentos 	S/Horário
Resultados obtidos	Segurança na administração de medicação via endovenosa	

Diagnóstico	Termorregulação – Hipotermia, Risco de	Horário
Definição	Situação em que um indivíduo possui temperatura corporal sustentada inferior a 35,5°C	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promover aquecimento corporal colocando manta de aquecimento ○ Monitorizar a temperatura corporal ○ Monitorizar sinais vitais ○ Vigiar perfusão tecidual periférica ○ Gerir ambiente físico 	SOS 1/1h S/horário
Resultados obtidos	Utente manteve valores de temperatura corporal dentro de parâmetros normais não tendo entrado em hipotermia	

Diagnóstico	Permeabilidade da via aérea, Risco de comprometimento	Horário
Definição	Permeabilizar as vias aéreas e assegurar uma eficaz troca de gases	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar a frequência, ritmo, profundidade e esforço ventilatório, ○ Observar movimentos e simetria do tórax, uso de músculos acessórios, retração muscular, supraclavicular e intercostal, ○ Monitorizar ruídos respiratórios, ○ Monitorizar padrões respiratórios anormais, ○ Vigiar necessidade de aspiração de secreções, ○ Promover aspiração de secreções endotraqueal, ○ Monitorizar oxigenoterapia, 	1/1h
Resultados obtidos	Mantida permeabilização da via aérea através da manutenção de tubo endotraqueal	

Diagnóstico	Cateter Vesical Presente	Horário
Definição	Medir o volume da urina, avaliar o seu aspeto, a sua composição e funcionamento renal	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar débito urinário (frequência, consistência, odor, volume, coloração) ○ Posicionar o sistema de drenagem de modo a promover a drenagem urinária ○ Otimizar cateter urinário ○ Trocar cateter urinário 	1/1h S/horário 3/3h 7/7d
Resultados obtidos	Monitorização do débito urinário que permitiu perceção do funcionamento renal e confirmar inexistência de lesões no trato urinário	

Diagnóstico	Sonda orogástrica	
Definição	Presença de sonda orogástrica no trato gástrico	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar drenagem gástrica ○ Otimizar sonda orogástrica ○ Trocar sonda orogástrica ○ Vigiar drenagem gástrica 	8/8h 3/3d 7/7d 8/8h
Resultados obtidos	Prevenido risco de vômito e/ou regurgitamento gástrico	

Diagnóstico	Ventilação Mecânica Presente	
Definição	Uso de dispositivo artificial para auxiliar o utente a ventilar eficazmente	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar fadiga muscular respiratória ○ Monitorizar insuficiência respiratória ○ Monitorizar parâmetros ventilatórios ○ Monitorizar eficácia do ventilador mecânico ○ Vigiar sinais de agitação, ansiedade, incompatibilidade com o ventilador ○ Otimizar dispositivo ventilatório ○ Trocar cachimbo ○ Trocar filtro ○ Trocar traqueia 	1/1h <hr/> 3/3h <hr/> 2/2d 30/30d
Resultados obtidos	Promoção de uma ventilação eficaz	

Diagnóstico	Cateter Arterial Presente	Horário
Definição	Inserção de cateter esterilizado na artéria	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial ○ Otimizar cateter arterial ○ Trocar transdutor arterial ○ Vigiar a pele no local de inserção do cateter arterial ○ Vigiar penso do cateter arterial 	4/4d 3/3d 4/4d 4/4d 8/8h
Resultados obtidos	Monitorização da pressão arterial	

Diagnóstico	Infeção, Risco de	Horário
Definição	Situação em que o indivíduo pode adquirir uma infeção através de um agente oportunista ou patogénico de origem endógena ou exógena	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lavagem meticulosa das mãos ○ Uso de Equipamento de Proteção Individual ○ Uso de técnica asséptica ○ Restringir os procedimentos invasivos aos absolutamente necessários ○ Vigiar sinais de infeção 	S/horário 8/8h
Resultados obtidos	Prevenção de infeções passíveis de ocorrer através das intervenções invasivas e através do contacto com o utente	

Diagnóstico	Perda Sanguínea Presente	Horário
Definição	Perda de sangue a partir do sistema vascular associado a lesão de um ou mais vasos sanguíneos	
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigiar sinais de perdas sanguíneas ○ Monitorizar tensão arterial, frequência cardíaca, perfusão periférica ○ Vigiar sinais de choque (palidez, taquicardia, diminuição débito urinário, taquipneia, hipotensão, extremidade frias) 	8/8h 1/1h 1/1h
Resultados obtidos	Controlo da perda sanguínea pelas lesões apresentadas no crânio.	

Diagnóstico	Vias aéreas, Comprometimento de	
Definição	Remoção de secreções da via aérea por meio de inserção de cateter de aspiração nas vias aéreas	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aspirar a nasofaringe ○ Hiperventilar/hiperoxigenar o utente previamente a cada aspiração ○ Vigiar sinais de comprometimento respiratório. 	<p>1/1h</p> <p>S/horário</p> <p>1/1h</p>
Resultados obtidos	Mantida permeabilização da via aérea	

Diagnóstico	Via aérea artificial	
Definição	Introdução de um tubo semirígido através da orofaringe em doente sedado e posterior ventilação mecânica	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aspirar as secreções brônquicas e da boca ○ Vigiar a eficácia da ventilação ○ Vigiar comportamento do doente face à intolerância à EOT ○ Vigiar posicionamento do tubo EOT ○ Executar higiene oral ○ Monitorização do nível de TET ○ Monitorização do cuff do TET ○ Otimizar TET ○ Vigiar cavidade oral 	<p>1/1h</p> <hr/> <p>3/3h</p> <p>8/8h</p>
Resultados obtidos	Via área assegurada através da inserção de um EOT	

4. REFLEXÃO CRÍTICA

Diariamente ocorre um crescente número de cidadãos a entrar para a lista de espera para a receção de um órgão, tecido ou células⁷.

Proactivamente, as equipas, sempre que considerem estar perante um possível dador devem informar a equipa de transplantação. O doente neste estudo de caso foi um desses casos. Após efetuarem dois testes para diagnóstico e confirmação da morte cerebral, sinalizaram o doente Y para possível existência de dador^{6, 14}.

Em Portugal, para colmatar o défice de dadores, foi instituído que todo o cidadão é considerado um possível dador¹⁹. Quando o cidadão desejar não ser dador, deverá registar-se na RENNDA^{7, 16, 17, 19}.

O doente X e Y foram admitidos na UCIP para seguimento da evolução do quadro clínico. Procederam novamente a exames complementares de diagnóstico e análises clínicas. Entretanto certificou-se que ambos não se encontravam com suporte de agentes vasopressores responsáveis por alterações endócrino-metabólicos, agentes depressores do sistema nervoso central ou de agentes bloqueadores neuromusculares¹⁸.

Por apresentar consumo de substâncias ilícitas na urina, o doente X foi excluído do processo por se tratar de um dos critérios de exclusão^{2, 3}.

Foram realizados os testes para validação da morte cerebral em dois momentos distintos tendo os mesmos confirmado que o doente Y não apresentava atividade do tronco cerebral.

Tendo em conta a situação e o prognóstico, a família mais próxima foi autorizada a visitar o doente ao longo do dia o que permitiu lentamente assimilarem que o desfecho da situação poderia não ser o melhor. Entretanto, a equipa de enfermagem estabeleceu uma relação de empatia e de escuta tentando gerir a ansiedade e o sentimento de impotência ao mesmo tempo que tentava compreender expectativas, medos, receios e por fim prepará-los para o processo de luto.

Conferencia com a família

Em todo o processo é de extrema importância que todas as ações sejam tidas para salvar a vida do doente e que a família compreenda que tudo o que era possível foi executado^{12, 14}.

Comunicar à família que o doente se encontrava em morte cerebral e que será declarado o óbito é um processo doloroso. A família encontra-se num momento de rutura, de incompreensão e sofrimento pelo que abordar nesta fase a questão de doação de órgão, considera-se que não seria a melhor opção^{12, 14}.

Deve-se aguardar que a família assimile a notícia e se recomponha face à mesma. Nunca é fácil o momento de conferência com a família face à comunicação de pretensão da equipa de tornar o doente um dador. No caso em particular do doente Y, a conferência foi tida com a família e a equipa médica, sendo que a equipa de enfermagem não se encontrou presente.

Como Sheehy (2010) refere, o enfermeiro é aquele que acompanha o desenrolar do processo mais próximo da família, estabelecendo uma relação de confiança e proximidade com eles. A presença do enfermeiro permitiria dar apoio e conforto à família, auxiliar no processo de aceitação face à situação e na premissa de que a família compreenda que o seu ente querido poderá contribuir para a continuidade e melhoria da vida de outra pessoa¹⁴.

Crê-se que a presença do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica poderia ser um facilitar no processo pois possui conhecimento mais aprofundados no âmbito da comunicação e gestão de situações complexas podendo estabelecer uma relação terapêutica fundamentada em estratégias benéficas para o momento vivenciado pela família e direcionada para as necessidades da mesma²⁰.

A família do doente Y encontrava-se inicialmente renitente ao consentimento de doação de órgãos pois o trágico acidente tinha ocorrido sem explicação, tratava-se de um jovem de 34 anos saudável com dois filhos menores e que subitamente em menos de 48 horas encontrava-se clinicamente morto. Tal como refere Sheehy, em tão curto espaço de tempo e sem tempo para assimilar a situação, a família vê-se face a mais um momento de instabilidade¹⁴.

Quando foram informados que o doente se encontrava clinicamente morto e que fora proposto para dador de órgãos e tecidos, a família inicialmente opôs-se à ideia do doente Y enquanto dador. A equipa médica explicou que em Portugal, segundo a lei aprovada em 1993^{18, 19}, todos somos considerados dadores, salvo aqueles que previamente solicitaram ao ministério público a sua vontade de não o ser¹⁶. Foi dado tempo para que a família assimilasse e discutisse a questão entre si.

Sheehy, menciona que a melhor estratégia face à família é fazê-los compreender o que é a presunção de consentimento, isto é, transmitir que quem aceita ser dador pretende ajudar outros a continuar a sua vida e a ter uma melhoria da mesma. Evitar falar sobre questões de ordem técnica, realçar as vantagens da dádiva e a questão essencial da não desfiguração do corpo permitem ajudar a família no processo de aceitação face à doação de órgãos^{6, 14}.

Posteriormente, voltaram a reunir com a equipa médica e aceitaram o facto de o doente ser dador.

5. CONCLUSÃO

A complexidade que circunda em torno do tema morte cerebral, obrigou a uma pesquisa demorada e trabalhosa. Para se compreender o que era preciso para validar morte cerebral, compreender os procedimentos a seguir até determinar morte cerebral e o que viria a seguir, obrigou a vários dias de pesquisa na internet e na biblioteca.

Com o presente estudo de caso, conseguiu-se superar os objetivos, no sentido que compreender a validação de morte cerebral tornou-se insuficiente levando-me a pesquisar mais além, rumo à doação de órgão.

Assim, a pesquisa direcionou-me não só na busca da validação da morte cerebral mas na compreensão da doação de órgãos e sua complexidade, o que permitiu a aquisição de novos conhecimentos, sedimentação dos já existentes e o enriquecimento pessoal/profissional.

Uma vez compilada a informação considerada pertinente, foi possível realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o processo observado e compreender a sequência e os tempos necessários para os procedimentos executados. Assim, como compreender o que leva ao recuo, compassos de espera e avanços do processo.

Considera-se que com este estudo de caso se conseguiu dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na procura do desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação do autoconhecimento.

Enquanto enfermeira especialista observo que com o aprofundamento destes conhecimentos e as vivências tidas face a este processo, consigo, hoje, compreender melhor o processo vivido pela família num momento de rutura como este. Assim, no futuro considero estar mais habilitada a gerir situações de instabilidade vividas pela família.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACTA MÉDICA – **Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral**. Ata Médica Portuguesa, 1998: 11: 91 – 95
2. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO – **Circular Normativa n. 16/GDG. Critérios de exclusão de doação de órgãos**. Lisboa. Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, 07/09/2009
3. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO – **Colheita e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células, Relatório Estatístico 2010**. Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação. 2010
4. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO – **Colheita e Transplantação de Órgãos, Resumo da atividade 1º Semestre 2012**. Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação. 2012
5. AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO (2008) **Rede Nacional de Não Dadores**. [Em linha]. Disponível em <http://www.asst.min-saude.pt/transplantacao/Paginas/rennda.aspx> [Consultado em 30.10.2013].
6. Council of Europe Publishing. **Guide to Safety and Quality Assurance for Organs, Tissues and Cells**. 2ª Edição. Belgica, Council of Europe Publishing, 2004. ISBN 92-871-5517-8
7. CONSELHO EUROPEU –**International Figures on Donation and Transplantation 2010 Newsletter Transplant**. Vol. 16 n.º 1. Madrid. Aulamédica, 2011. Depósito legal: M-9.990-1996 ISSN: 2171-4118

8. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Abordagem à Vítima – Manual TAS/TAT**. 1ª Edição, Versão 2.0. INEM, 2012
9. MASSADA, S. – **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave, normas de orientação clínica e administrativa**. 1ª Edição. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João, 2002
10. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2
11. ORDEM DOS MÉDICOS e SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de Doente Crítico Recomendações**. 2008. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos
12. Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica conceitos e prática clínica**. 6ª Edição. Vol.I. Loures. Lusociência, 1999
13. Phipps, W.J.; Sands, J.K.; Marek, J.F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica conceitos e prática clínica**. 6ª Edição. Vol.III. Loures. Lusociência, 1999
14. SHEEHY, S. – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 6ª Edição. Loures. Lusociência, 2011
15. SWEARINGEN, P.; KEEN, J. – **Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes**. 4ª Edição. Loures. Lusociência, 2001

LEGISLAÇÃO

16. Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de setembro – **Registo Nacional de Não dadores**
17. Despacho Normativo n.º 700/94 – **Modelo de Impresso e Cartão Individual da RENNDA**

18. Lei n.º 12/93 de 22 de abril – **Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana**
19. Lei n.º 22/2007 de 29 de julho – **Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana**
20. Regulamento n.º 122/2011, de 18 Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.**

BIBLIOGRAFIA DE APOIO

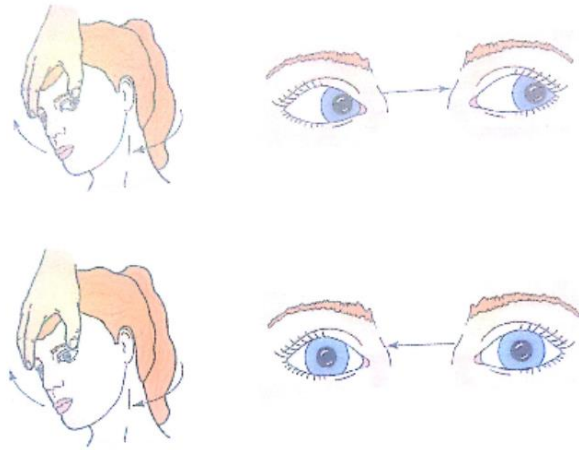
21. GONÇALVES, J. – **A Boa-Morte. Ética no Fim da Vida.** 1ª Edição. Lisboa. Coisas de Ler, 2009
22. CARPENITO-MOYET, L. – **Manual de Diagnósticos de Enfermagem.** 10ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006
23. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001
24. JOHNSON – **Classificação dos resultados em enfermagem (NOC).** 2ª Edição. Porto Alegre. Artmed Editora, 2004
25. MCCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. – **Classificação dos resultados em enfermagem (NIC).** 3ª Edição. Porto Alegre, 2004
26. URDEN, L.; STACY, K.; LOUGH, M. – **Enfermagem de Cuidados Intensivos.** 5ª Edição. Loures. Lusodidacta, 2008
27. CRUZ, J. – **Morte Cerebral. Do Conceito à Ética.** 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores, 2004

ANEXOS

Anexo I - Reflexos do tronco motor

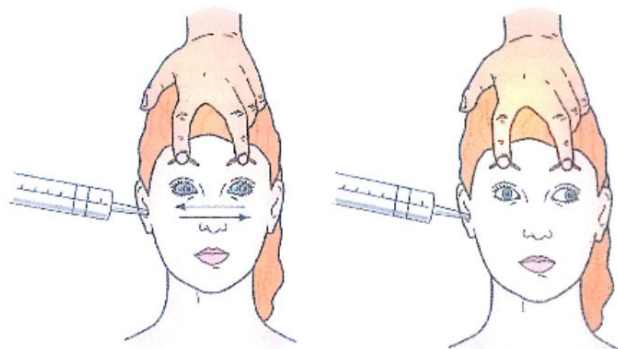
Anexo I - Reflexos do tronco motor

As figuras abaixo representam o teste do reflexo oculo cefálico. A primeira figura representa a resposta normal, isto é, quando se roda a cabeça, o olhar desloca-se para o lado oposto. Na segunda figura, representa uma figura anormal em que o olhar fica imóvel, o conhecido “olhar de boneca).



Fonte: Sheehy, 2011

As figuras seguintes representam o teste da resposta oculovestibular. A primeira figura representa a resposta normal em que o olhar se move lentamente para o lado onde se procede à irrigação e posteriormente desloca-se rapidamente para o lado oposto. A segunda figura representa a resposta anormal, isto é o olhar mantém-se fixo.



Fonte: Sheehy, 2011

Anexo II - Comportamento de risco para doenças infecto-contagiosas

Anexo II - Comportamento de risco para doenças infecto-contagiosas

Exemplos de avaliação dos fatores de risco de dadores relativamente à transmissão de doenças:

- Relações sexuais entre homossexuais nos últimos 12 meses;
- Indivíduos que reportaram picadas intravenosas, intramusculares e/u subcutâneas para injeção de drogas nos últimos 12 meses;
- História de hemodialise crónica;
- Prostituição ou uso de drogas nos 12 meses;
- Indivíduos cujo parceiro/a eram portadores de HIV ou hepatite B ou C ou que tinham comportamentos de risco face ao contacto com as mesmas nos últimos 12 meses;
- Indivíduos hemofílicos ou doença similar que receberam transfusões de sangue;
- Indivíduos que estiveram presos nos últimos 12 meses;
- Diagnóstico e/ou tratamento de sífilis e/ou gonorreia nos últimos 12 meses;
- Desde que o recetor aceite, é possível receber tecido de um dador morto que tenha feito uma transfusão nos últimos 12 meses;
- Mesmo que tenha realizado nos últimos 12 meses uma tatuagem, piercing nas orelhas e/ou corpo, acupunctura, é possível ser dador desde que o tenha feito com agulhas e equipamento não reutilizável;
- Crianças que nasceram de mães portadoras de HIV ou que tenham comportamentos de risco;

- Crianças que nasceram de mães portadoras de HIV que foram amamentadas nos últimos 12 meses, mesmo que os exames analíticos mencionem que não está infetada, devem ser rejeitadas⁶.

Anexo III – Nível de Consciência

Anexo III – Nível de Consciência

Categorias de Consciência	
Vígil	O doente responde imediatamente ao mínimo estímulo externo.
Confuso	O doente está desorientado no tempo e no espaço, mas normalmente orientado quanto a pessoa; compromisso do julgamento e da tomada de decisões e diminuição do leque de atenção.
Delirante	Doente desorientado quanto a tempo, lugar e pessoa, com perda de contacto com a realidade e, muitas vezes, tem alucinações auditivas ou visuais.
Letárgico	Estado de sonolência ou inação em que o doente precisa de um estímulo mais intenso para acordar.
Obnubilado	Existe um embotamento ou indiferença aos estímulos externos e a resposta é mantida no mínimo.
Estuporoso	O doente só pode ser acordado por estímulos exteriores vigorosos e contínuos.
Comatoso	Nem uma estimulação vigorosa consegue produzir qualquer resposta voluntária.

In URDEN, L.D.; STACY, K.M.; LOUGH, M.E. 2008

Anexo IV – Escala de Coma de Glasgow

Anexo IV – Escala de Coma de Glasgow

ABERTURA DOS OLHOS		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientada	5	Obedece a ordens	6
À voz	3	Confusa	4	Localiza a dor	5
À dor	2	Inapropriada	3	Flexão retirada à dor	4
Sem resposta	1	Incompreensível	2	Flexão anormal à dor (descorticado)	3
		Sem resposta	1	Extensão anormal à dor (descerebrado)	2
				Sem resposta	1

GRAU DA LESÃO CEREBRAL	
TCE Leve	13 a 15 pontos
TCE Moderado	9 a 12 pontos
TCE Grave	Menor que 9 pontos

Fonte: Massada, 2002

Anexo V – Transporte Intra-Hospitalar do doente

Anexo V - Transporte Intra-Hospitalar do doente

De seguida, apresenta-se a tabela para auxílio na avaliação e tomada de decisão para as equipas face ao doente crítico e as suas necessidades. Esta avaliação foi retirada do anexo II das Recomendações Transporte de Doentes críticos (2008)¹¹

Avaliação para o transporte intra-hospitalar*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuada o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 25 / min Apneia ou FR <10 / min ou FR >25 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow >8 e <14 Escala de Glasgow <8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Diágnose terapêutica) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Morfina a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antibióticos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivantes Antibióticos Gerais Diuretico torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente intubável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente instável (requer < 1 SmL/min) Instável (Inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desajustado) Sim (em doente intubável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARITMIAS Não Sim, baixo risco * (je EAM > 48 h) Sim, alto risco * (je EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ...	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Set. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Inflador manual + Máscara + Guedel
> 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Set. O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlado periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.



Anexo VI – Formulários de Preenchimento para Diagnóstico de Morte Cerebral

Anexo VI – Formulários de Preenchimento para Diagnóstico de Morte Cerebral

De seguida, apresenta-se o formulário tipo para as provas de diagnóstico de morte cerebral:

Diagnóstico de Morte cerebral					
(declaração da Ordem dos Médicos publicada no DR 1ª Série B nº 235 de 11/05/94)					
I. Condições prévias:					
1 – Causa e irreversibilidade da situação clínica _____					
2 – Ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares craneanos					
3 – Ausência de respiração espontânea					
4 – Existe estabilidade hemodinâmica?					
- Há hipotermia?					
- Existem alterações metabólicas/endócrinas?					
- Foram administrados fármacos depressores do S.N.C. ou relaxantes musculares?					
	Médico A		Médico B		
	1º	2º	1º	2º	
Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
II. Regras de semiologia:					
1 – a) reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo					
b) reflexos oculo-encéfálicos					
c) reflexos oculo-vestibulares					
d) reflexos corneopalpebrais					
e) reflexo faríngeo					
2 – Prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea					
Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Positiva	<input type="checkbox"/>	Positiva	<input type="checkbox"/>	Positiva	<input type="checkbox"/>
Positiva	<input type="checkbox"/>	Positiva	<input type="checkbox"/>	Positiva	<input type="checkbox"/>
III. Metodologia:					
1 – Data e hora da realização das provas:					
1ª: □□ / □□ / □□ às □□ h □□ m,					
2ª: □□ / □□ / □□ às □□ h □□ m,					
2 – Exames complementares de diagnóstico (E.E.G., Arteriografia, T.A.C., outros): _____					
3 – Identificação dos médicos que certificaram a morte:					
Médico A	(nome) □□□□ (nome)		(Data e Hora)		
_____			_____		
Médico B	(nome) □□□□ (nome)		(Data e Hora)		
_____			_____		
IV. Destino:					
<input type="checkbox"/> Colheita de Órgãos/Tecidos					

Fonte: Hospital de Braga

Anexo III - Estudo de Caso: A vida que fica



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

A vida que fica

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes N° 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, janeiro de 2014



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

A vida que fica

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes N° 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, janeiro de 2014

“O segredo é acreditar mesmo quanto tudo parecer não ter mais solução.”

Marisa pereira silva

ABREVIATURAS

CVP – Cateter Venoso Periférico

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EPH – Equipa Pré-hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ET – Escala de Trauma

ETR - Escala de Trauma Revisado

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PAM – Pressão arterial média

SNC – Sistema Nervoso Central

OP – Oximetria de Pulso

TA – Tensão Arterial

TO – Teatro de Operações

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	7
1.ABORDAGEM AO DOENTE POLITRAUMATIZADO.....	9
2.1 - CINEMÁTICA DO TRAUMA.....	1730
2.2 - ABORDAGEM ABCDE ou ABORDAGEM PRIMÁRIA	1752
2.3. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA.....	1774
2.4. VÍTIMA CRÍTICA OU NÃO CRÍTICA	1796
2.AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO.....	1807
2.1.ANAMNESE E EXAME FÍSICO DOENTE.....	1807
3.PLANO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM.....	20
4.INFORMAÇÃO CLÍNICA E CONFERENCIA FAMILIAR.....	22
5.CONCLUSÃO.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
ANEXOS.....	28
Anexo I – Nível de Consciência.....	29
Anexo II – Escala de Coma de Glasgow	31
Anexo III– Avaliação Secundária.....	33
Anexo III – Nível de Consciência	40
Anexo IV – Escala de Coma de Glasgow	42
Anexo V – Transporte intra-hospitalar do doente	44

0. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito do estágio nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), inserido no sexto curso do Pós-Licenciatura em Enfermagem de com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

O estudo de caso intitula-se *a vida que fica*. Este estudo de caso baseia-se no doente crítico politraumatizado, cuja vida ficará condicionada e marcada para toda a sua existência. O prognóstico reservado inicial, o diagnóstico precoce das alterações, decidir pela melhor atuação possível e gerir todo o ambiente envolvente, tornaram o presente estudo de caso interessante e rico na sua experiência. A pesquisa em bases de dados e nas bibliotecas permitiram desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação o conhecimento teórico e fundamentar as ações executadas.

Primeiramente, o estudo de caso assenta na abordagem ao doente crítico em contexto de trauma e numa segunda fase aborda as ações executadas. O tema despertou enorme interesse pela complexidade do mesmo e pela necessidade de aprofundamento nos conhecimentos teórico-práticos. Permitiu ainda dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na procura do desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação do autoconhecimento.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como responsabilidade ser um elemento com conhecimentos aprofundados, espírito crítico e criativo, capaz de dar resposta no decorrer do processo de cuidados, nas tomadas de decisão e resolução de problemas face ao doente crítico, promovendo o crescimento da profissão através do avanço na investigação rumo ao crescimento da profissão.

Para a elaboração do estudo de caso foi feita colheita de dados através de observação sustentado posteriormente por uma revisão bibliográfica através de base de dados, fontes eletrónicas fidedignas e na biblioteca. De seguida, recorreu-se ao método descritivo – analítico – crítico – reflexivo para confrontando a teoria com a prática fosse possível adquirir competências nesse tema em particular.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos. O primeiro capítulo engloba uma breve abordagem teórica sobre o tema, o segundo capítulo descreve a colheita de dados e os procedimentos executados, o terceiro capítulo diz respeito ao processo de cuidados que

engloba os diagnósticos de enfermagem e intervenções e por fim o quarto capítulo aborda a reflexão crítica – reflexiva do caso. Finaliza-se o estudo com a conclusão seguido das referências bibliográficas consultadas.

1. ABORDAGEM AO DOENTE POLITRAUMATIZADO

A abordagem à vítima de trauma contrariamente á abordagem à vítima de doença súbita, compreende apenas 20% de inquérito sendo os restantes de exame objetivo. Isto, porque na vítima de trauma, a principal anomalia é de ordem física porque decorre de uma situação traumática¹.

O trauma apresenta-se como a principal causa de morte em idade acima de 1 ano e inferior aos 45 anos^{2, 3}. Apresentando-se em terceiro lugar para os restantes grupos etários³. (10) Avaliar corretamente a vítima, definir prioridades e qual o protocolo a seguir irá depender de uma avaliação sistematizada, coesa e concisa. As equipas do pré-hospitalar (EPH) são equipas com formação especializada, com competências adquiridas na área^{1, 4, 5}.

Importa lembrar que neste tipo de tipologia a morte é trimodal. Isto, porque 50% das mortes ocorre segundos/minutos após o traumatismo sendo consideradas “imediatas” sendo qualquer ação desempenhada pelas EPH infrutíferas pois as lesões correspondem a lesões primárias do Sistema Nervoso Central (SNC) ou lesões graves vasculares. 30% das mortes ocorrem entre minutos a horas sendo consideradas mortes “prematuros” tendo as EPH um papel importante a desempenhar pois a sua atuação pode reduzir o índice de mortalidade. Corresponde nesta fase lesões secundárias do SNC ou hemorragias exsanguinante. Aos 20% restantes correspondem a mortes que surgem dias a semanas mais tarde sendo consideradas mortes “tardias”. Nesta fase, a vítima sucumbe a um processo de sepsies ou à disfunção multiorgânica^{6, 7}.

O sucesso da ocorrência depende da abordagem que a EPH terá. A abordagem à vítima compreende 5 etapas, cada uma precede a seguinte e deve ser executada de maneira sistematizada caso contrário corre-se o risco de não detetar uma situação de resolução emergente colocando a vítima em risco.

Assim, temos respetivamente:

1. **Preparação**: A EPH após rececionar a ocorrência e durante a deslocação para o local da mesma conversa sobre o possível cenário que poderá encontrar, possíveis protocolos e estratégias a optar^{1, 4}.
2. **Avaliação do local e segurança**: A EPH ao chegar ao local deve ser capaz de responder de imediato algumas questões tais como se o cenário constitui condições

de segurança para a sua intervenção e para os demais, que tipo de equipamento de proteção individual (EPI) é necessário e que tipo e número de vítimas existem^{1,4}.

3. **Avaliação primária**: Primeira avaliação da vítima que tem como objetivo identificar situações de risco de vida^{1,2,4,9}.
4. **Avaliação secundária**: Surge após a avaliação primária tendo como objetivo detectar situações de risco para os membros e encontrar problemas minor, efetuando-se uma observação da cabeça aos pés^{1,2,4,8,9}.
5. **Transporte**: Deve ser iniciado precocemente, num curto espaço de tempo, para a unidade de saúde mais adequada e com reavaliação do exame da vítima e seus sinais vitais^{1,2,4,5,9}.

1.1 - CINEMÁTICA DO TRAUMA

O trauma é considerado fechado quando não há rutura dos tecidos externamente sendo as lesões produzidas internamente como resultado de uma compressão associada a movimentos de desaceleração e/ou aceleração. Por seu lado, o trauma pode ser considerado trauma penetrante quando existe rutura do tecido externo com transferência da energia na região afetada pelo impacto acontecendo esmagamento e separação dos tecidos à medida que o objeto penetra. Em suma, ambos provocam afastamento e cavitação dos tecidos, o que os difere é que o trauma fechado não provoca rutura externa do tecido^{3,4}.

Observar o cenário permite e avaliar a cinemática de trauma envolvida, permite determinar cerca de 90% das lesões da vítima¹. Tal avaliação torna-se de extrema importância quando estamos perante um acidente rodoviário ou de outra natureza ou mesmo um atropelamento pois através do tipo de impacto, da sua direção, dos danos externos visíveis e dos internos caso estejamos perante veículos, permite-nos ponderar possíveis lesões⁴.

No caso de acidente envolvendo veículos automóveis e/ou que permitam mecanismos de desaceleração rápida temos diferentes então os seguintes tipos de colisões possíveis^{3,4}:

- **Impacto Frontal**: A vítima desloca-se para a frente no sentido para cima (trauma crânio, vertebro-medular, torácico e abdominal ou para baixo (trauma dos membros inferiores e da cintura pélvica);

- Impacto Posterior: A colisão impulsiona a vítima com aceleração no sentido oposto ao do impulso inicial. Nesta fase é importante que o veículo possua encostos de cabeça, caso contrário, a vítima sofrerá hiperextensão do pescoço lesões no mesmo. Posteriormente ao impacto posterior, o veículo embate contra outro objeto que fará diminuir drasticamente a velocidade a que o mesmo se desloca. Neste momento, a vítima é arremessada para a frente seguindo os princípios do impacto frontal. Isto é, vítimas sujeitas a impacto posterior, terão lesões associadas a este tipo de impacto e também ao impacto frontal.

- Impacto Lateral: O impacto de um objeto sobre a lateral de um outro provoca uma brusca mudança de direção. A vítima sofrerá as lesões associadas ao deslocamento lateral e se a lateral do seu veículo se deformar para o interior, também sofrerá lesões associadas ao impacto da mesma. Lesões comuns são: trauma torácico, trauma abdominal, trauma cintura pélvica, Trauma craniano e trauma vertebro-medular.

- Impacto Rotacional: Quando o veículo é atingido e roda sobre si mesmo provocando deslocação lateral rotacional e frontal. Lesões associadas a este tipo de impacto são as lesões características do impacto frontal e do impacto lateral.

- Capotamento: O prognóstico deste tipo de impacto encontra-se condicionado pelo uso ou não de cinto de segurança. Se a vítima utilizar cinto de segurança, prevê-se que as lesões sejam mínimas embora seja atingida por diferentes tipos de movimentos e impactos. Caso a vítima não uso cinto de segurança, a mesma terá probabilidade de sofrer todo o tipo de trauma visto que não se encontra fixa sendo projetada conforme a rotação do veículo sofrendo múltiplos impactos e “esmagamentos” contra o habitáculo do veículo e objetos soltos no seu interior podendo inclusive ser projetada para o exterior do mesmo ficando assim associadas lesões à projeção. Casos de projeção podem ainda ser agravados pelo impacto em outros objetos em movimentos.

No caso de acidente por motociclo, as lesões tendem a ser mais graves e com prognóstico mais reservado. Neste tipo de colisões podemos deparar-nos com os seguintes tipos de impacto⁴:

- Impacto Frontal: Neste tipo de impacto, a vítima quase sempre embate contra o volante. Lesões associadas a este tipo de impacto são: trauma craniano, trauma torácico, trauma abdominal e trauma da cintura pélvica. Por vezes, os pés do motociclo ficam presos nos pedais e com o impacto e a projeção para a frente, é frequente trauma dos membros inferiores.
- Impacto Angular: Neste tipo de impacto podem surgir dois tipos. O motociclo cai em cima do condutor ou o condutor é esmagado entre o motociclo e outro veículo ou objeto. Podemos encontrar lesões dos membros inferiores, traumatismo abdominal.
- Impacto com projeção: A vítima é projetada até embater noutra veículo ou objeto/chão. Uma vez que não possui, por norma, mecanismos de segurança, a vítima absorve toda a energia do impacto. Neste tipo de impacto podemos encontrar todos os tipos de trauma possíveis.

Caso estejamos perante uma vítima de atropelamento, as lesões traumáticas associadas dependeram da altura e do tipo de impacto. Numa vítima pequena se o impacto for frontal, a mesma será empurrada para baixo, caso se trate de uma vítima alta, a mesma será projetada para cima. Por seu lado, se o impacto acontecer lateralmente, as lesões na vítima mais pequena irão centrar-se sobretudo a nível pélvico e torácico enquanto, que na vítima alta as lesões irão centrar-se principalmente ao nível dos membros inferiores⁴.

1.2 - ABORDAGEM ABCDE ou ABORDAGEM PRIMÁRIA

A abordagem da vítima divide-se em avaliação primária e em avaliação secundária. O principal objetivo da avaliação sistematizada passa por identificar e corrigir uma situação de risco de vida, não agravar o estado de saúde da vítima, limitar o tempo no local e fazer a anamnese no local¹.

A EPH deve conhecer os mecanismos de lesão, a cinemática do trauma, prever possíveis lesões, antever situações de gravidade e atuar precocemente em conformidade⁵. A

avaliação primária permite sistematizar a avaliação por grau de importância compreende os seguintes passos^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 9}:

Ac – Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical:

Observação rápida de possível compromisso da via aérea (exemplo: sangue na cavidade oral, dentes partidos, entre outros) e execução de manobras simples para manter a via aérea permeável (exemplo: protusão da mandíbula, entre outros) ou colocação de adjuvantes da via aérea. Em caso de vítima de trauma assegura-se estabilização da coluna cervical, colocando-se colar cervical após inspeção do pescoço.

B – Ventilação e Oxigenação:

Avaliação de sinais clínicos consistentes com ventilação inadequada, avaliação e correção de lesões no tórax que comprometam a ventilação. Nesta fase, avalia-se se a ventilação é eficaz ou não e se existe necessidade de administração de oxigénio. Avalia-se ainda parâmetros vitais (frequência respiratória (FR) e oximetria de pulso (OP)).

C – Circulação com controlo de hemorragias:

Avaliar a perfusão periférica e o tempo de preenchimento capilar, identificar e se necessário controlar e corrigir hemorragias, avalia-se parâmetros vitais (pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC) e OP) e identificar sinais de choque. Avaliar a evolução hemodinâmica e se meio diferenciado, puncionar com 2 cateteres 14G.

D – Disfunção neurológica:

Avalia-se alterações a nível neurológico através da avaliação do estado de consciência, dos níveis de glicemia no sangue, avaliação da reação pupilar (o tamanho, a simetria e a sua reatividade) e a lateralização da resposta motora.

O nível de consciência do doente pode variar em diferentes estádios sendo os extremos, nomeadamente, consciência e o coma (Ver anexo I). O doente consciente é aquele que interage com o ambiente, que tem a capacidade de dar resposta ao meio. Por seu lado, o estado de coma é o seu oposto, isto é, o doente não reage mesmo quando estimulado mantendo ausência total de interação com o meio^{10, 11}.

A avaliação neurológica do estado mental pode ser feita através de várias escalas, no entanto, a mais comum é a Escala de Coma de Glasgow (ECG). Esta escala é uma escala

que avalia a abertura dos olhos, resposta motora e a resposta verbal com um mínimo numérico de 3 quando existe ausência de resposta motora, verbal e abertura dos olhos e um máximo com 15 quando doente orientado e que obedece a ordens^{10, 11} (Ver anexo II).

E – Exposição com controlo de Temperatura:

Na vítima de trauma é necessário expor a vítima para se detetar a existência ou não de possíveis lesões. Tal exposição deve ser feita em ambiente controlado, tal como a célula sanitária da ambulância, local onde se preserva a privacidade e pudor do doente assim como se mantem o controlo da temperatura através do aquecimento do meio ambiente e da colocação, numa fase posterior, de uma manta térmica avaliando-se ainda a temperatura corporal.

1.3. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

A avaliação secundária surge após a conclusão da avaliação do ABCDE e vítima estável. Nesta fase avalia-se parâmetros vitais (FR, FC, TA, T^oc, dor e por vezes avaliação da glicemia capilar), recolhe-se informação no local e observa-se de forma geral e sistematizada a vítima^{1, 3, 4}.

A recolha de informação pode ser feita através da vítima, da família e/ou pessoas que tenham presenciado o acidente. A EPH deve ter uma visão clínica apurada, saber como abordar o prestador da informação e avaliar o que lhe é transmitido em associação com o cenário e as lesões apresentadas pela vítima. Isto porque por vezes a família e/ou vítima tentam ludibriar e ocultar as verdadeiras informações e motivo do pedido de socorro⁵.

As EPH podem recorrer à mnemónica CHAMU^{1, 3, 9} (em vigor no pré-hospitalar em Portugal) ou AMPLE^{4, 5, 8} (modelo anglo-saxónico).

A Mnemónica CHAMU corresponde respetivamente:

- C – Circunstâncias do acidente (Situação em que ocorreu o acidente);
- H – História de saúde (antecedentes de saúde);
- A – Alergias
- M – Medicação habitual
- U – Última refeição

A Mnemónica AMPLE corresponde respetivamente a:

- A – Alergias
- M – Medicação habitual
- P – História pregressa
- L – Última refeição
- E – Condições a que o doente foi exposto.

A observação geral e sistematizada da vítima, ou avaliação secundária, tal como o nome indica é uma observação geral ao corpo da vítima iniciando-se na cabeça, seguindo-se pescoço, tórax, abdómen, bacia e períneo, membros superiores e inferiores, dorso e superfícies posteriores. Com esta observação pretende-se detetar lesões presentes e que se não fosse efetuada a exposição/observação e palpação do corpo não seriam detectadas^{1,5,8}.

Assim, ao longo da observação secundária tem-se em conta os seguintes pontos^{3, 12} (ver anexo III):

- Crânio e face: Inspecciona-se o couro cabeludo, palpa-se o crânio, procura-se lesões e deformidades, verifica-se saída de sangue ou líquido cefalorraquidiano pelo nariz ou ouvidos, sem movimentar a cabeça. Aproveita-se para avaliar a reação pupilar visto que estamos a observar o crânio/face.
- Pescoço: Palpa-se desde a base do crânio ao início dos ombros. Procura-se deformações, lesões, anomalias das estruturas (exemplo: desvio da traqueia) e equimoses/hematomas.
- Tórax: Palpa-se as omoplatas, clavícula e costelas pesquisando deformidades, crepitação e alterações do tórax. Por fim, procede-se à auscultação e precursão.
- Abdómen: Palpa-se o abdómen por partes procurando equimoses, anomalias na estrutura, rigidez tipo tábua ou fuga à dor.
- Cintura Pélvica: Palpa-se suavemente sem provocar grandes movimentos. Procura-se deformações ou lesões.
- Extremidades: Palpa-se primeiro os membros inferiores e posteriormente os membros superiores pesquisando da zona mais proximal para a mais distal.

Pesquisa-se a coloração da pele, deformidade, crepitação, alteração da mobilidade e sensibilidade.

- Coluna Vertebral: Pesquisa-se alterações, deformidades, equimoses e dor à palpação.

1.4. VÍTIMA CRÍTICA OU NÃO CRÍTICA

Numa primeira abordagem, a EPH determina o ABC em aproximadamente 60 – 90 segundos, ou seja, determina se a vítima ventila, se a via aérea está permeável e se existe alguma hemorragia exsanguinante. A partir desta primeira avaliação determina-se se está perante uma vítima em risco de vida eminente. A avaliação deve ser sistematizada, não se devendo saltar para a fase seguinte sem se avaliar a anterior, exceto se estivermos perante uma hemorragia exsanguinante cuja correção deverá ser feita de imediato¹.

Define-se vítima crítica quando perante¹:

- Impacto violento na cabeça, pescoço, tronco ou pélvis;
- Aceleração e/ou desaceleração súbita;
- Queda superior a 3 metros de altura da vítima;
- Queda que envolva impacto com a cabeça;
- Projeção ou queda de um meio de transporte motorizado;
- Acidente de mergulho em águas rasas.

Considera-se ainda como mecanismos de lesão de alto risco e consequente critério para evacuação precoce¹³:

- Lesões penetrantes;
- Tórax instável;
- Duas ou mais fraturas de osos longos proximais;
- Fratura da cintura pélvica;
- Trauma associado a queimaduras;
- Amputação de mão ou pé;
- Paralisia dos membros.

A Escala de Trauma (ET), também conhecida como Escala de Trama Revista (ETR) surge como uma escala que permite avaliar a gravidade do estado clínico da vítima, permitir

encaminhar a vítima para o centro hospitalar mais adequado e numa fase posterior permite elaborar trabalhos científicos. Esta escala é composta por 3 itens, nomeadamente, ECG, PA sistólica e a FR. A ETR varia entre o score 0 (mau prognóstico) e o score 4 (bom prognóstico) permitindo à equipa sustentar o tratamento a executar mas como todas as escalas, não é uma verdade absoluta^{4, 13}.

2. AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

Saída para um choque frontal com dois veículos ligeiros, indicação de dois feridos, um dos quais em estado grave. À chegada ao local, deparei-me com cinco vítimas no local. Duas no exterior e três dentro de um dos veículos, sendo que duas delas tinham de ser desencarceradas. Todas elas encontravam-se conscientes, orientadas com uma ECG de 15 (O4V5M6). A vítima que requeria mais cuidados era um feminino de 55 anos que se encontrava no banco de trás. A doente não levava cinto pelo que com o embate foi projetada para o banco da frente e com a posterior rotação do veículo ficou presa entre o banco traseiro e os bancos dianteiros. Referia que não conseguia mexer quer os membros superiores quer os membros inferiores.

2.1. ANAMNESE E EXAME FÍSICO DOENTE

À observação física, a doente apresentava rotação do membro inferior direito num angulo de 90 graus e ambos os membros superiores alongados na vertical com discreta palidez facial. Sem lesões visíveis aparentes à exceção dos membros, apresentava-se calma do ponto de vista da dor, hemodinamicamente estável mas preocupada com os restantes familiares.

Após os trabalhos de desencarceramento terem sido realizados com sucesso, as equipas do pré-hospitalar iniciaram o processo de extração da vítima. Como a doente não apresentava nenhuma contraindicação relevante, optou-se por imobilizar a mesma em plano duro segundo o protocolo em vigor¹⁴. Seguidamente colocou-se a doente numa das ambulâncias e procedeu-se à abordagem sistematizada da doente^{1, 15}:

Estado de Consciência – Doente estável com ECG score 15 (O1V5M6)

Ac – Colocada estabilização da cervical com colar cervical. Via aérea patente.

B – Na auscultação sem alterações. Saturação Periférica de Oxigénio (SPO₂) a 99% com Fração Inspiratória de Oxigénio (FiO₂) de %.

C – PA de 100/45mmHg, FC de 96 batimentos por minuto, pressão arterial média (PAM) de 63, isto é, sinais vitais dentro de parâmetros normais¹⁵. Colocado um cateter venoso periférico (CVP) no membro superior (embora com suspeita de fratura para administração de analgesia). Sem hemorragias.

D – Pupilas isocóricas, foto-reativas. ECG de 15, normoglicémica. Apirética, temperatura axilar: 36,3°C.

E – Rotação anormal do joelho direito, edema do antebraço direito e deformação do braço esquerdo. Equimoses na face.

Posteriormente foi realizada a anamnese^{1, 15}:

C – Choque frontal com veículo ligeiro, doente não levava cinto de segurança. Projectada contra o banco da frente tendo rodado e caído entre os bancos. ECG de 15 (O4V5M6), possível fratura do membro inferior e membros superiores.

H – Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus não insulino dependente.

A – Desconhece

M – Medicada para a Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus não insulino dependente

U – 8h00, pequeno-almoço

Colocado soro fisiológico em curso, administrada analgesia e efetuada nova reavaliação mantendo parâmetros vitais idênticos.

Transporte efetuado para o hospital com acompanhamento do médico da viatura médica de emergência e reanimação, sem alterações a registar.

No serviço de urgência, após passar pela sala de triagem foi direcionada para a sala de trauma onde foi observada pelas especialidades. Posteriormente, foi realizado raio-x onde foi detetada fratura do antebraço direito, fratura do braço esquerdo, luxação do ombro esquerdo e múltiplas fraturas da perna e joelho. Seguiu para internamento para o serviço de ortopedia.

3. PLANO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

O processo de cuidados em enfermagem visa organizar de forma sistematizada os cuidados a prestar tendo como objetivo adequar e promover a melhoria nos cuidados.

Recorre-se à Classificação Internacional de Enfermagem (CIPE), assim, de seguida apresentam-se os diagnósticos e as intervenções levantadas^{16, 17, 18, 19}:

Diagnóstico	Aspiração, Risco de aspiração	
Definição	Risco de Aspiração de Conteúdo gástrico devido a Vômito e/ou regurgitação gástrica	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elevar a cabeceira a 30° ○ Vigiar vômito e/ou regurgitamento gástrico 	S/Horário
Resultados obtidos	Prevenção de introdução de conteúdo gástrico nas vias traqueobrônquicas	

Diagnóstico	Monitorizar/Vigilância Ventilatória e Hemodinamica	
Definição	Monitorização e Vigilância hemodinâmica e ventilatória apresentada pelo doente crítico, interpretando os resultados face à sua situação clínica	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar Avaliação de Glicemia Capilar ○ Monitorizar Parâmetros Ventilatórios e Hemodinâmicos ○ Monitorizar Pupilas 	S/Horário
Resultados obtidos	Monitorização e Vigilância hemodinâmica e ventilatória permitiram antever possíveis situação-problema, corrigindo-a atempadamente assim como permitiu compreender a resposta do organismo face à sua situação	

Diagnóstico	Infeção, Risco de	
Definição	Situação em que o individuo pode adquirir uma infeção através de um agente oportunista ou patogénico de origem endógena ou exógena	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desinfeção meticulosa das mãos ○ Uso de Equipamento de Proteção Individual ○ Uso de técnica asséptica ○ Restringir os procedimentos invasivos aos absolutamente necessários 	S/Horário
Resultados obtidos	Prevenção de infeções passíveis de ocorrer através das intervenções invasivas e através do contacto com o utente	

Diagnóstico	Administração de medicamentos via endovenosa	
Definição	Administrar medicação através de dispositivos adequados	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar a prescrição médica ○ Manter técnica asséptica ○ Observar os “cinco certos” antes de administração de medicamentos ○ Verificar história de alergias e/ou reações adversas, ○ Observar data de validade e aspeto da solução a administrar ○ Reunir o material adequado certificando-se da integridade dos invólucros ○ Verificar a permeabilidade do acesso venoso, ○ Monitorizar reação do utente após administração medicamentosa ○ Registar a administração dos medicamentos 	S/Horário
Resultados obtidos	Segurança na administração de medicação via endovenosa	

Diagnóstico	Permeabilidade da via aérea, Risco de comprometimento	
Definição	Permeabilizar as vias aéreas e assegurar uma eficaz troca de gases	Horário
Intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar a frequência, ritmo, profundidade e esforço ventilatório, ○ Observar movimentos e simetria do tórax, uso de músculos acessórios, retração muscular, supraclavicular e intercostal, ○ Monitorizar ruídos respiratórios, ○ Monitorizar padrões respiratórios anormais, ○ Vigiar necessidade de aspiração de secreções, ○ Promover aspiração de secreções endotraqueal, ○ Monitorizar oxigenoterapia, 	I/Ih
Resultados obtidos	Mantida permeabilização da via aérea através da manutenção de tubo endotraqueal	

4. INFORMAÇÃO CLÍNICA E CONFERENCIA FAMILIAR

A referida ocorrência decorreu numa via urbana onde o limite máximo de velocidade é 90 Km/h, sendo que por norma, quando ocorrem acidentes os mesmos tendem a ser graves. Para a referida ocorrência foi transmitido que se tratava de um choque frontal entre dois veículos ligeiros com pelo menos duas vítimas a registar, uma das quais estaria encarcerada. A caminho do local, iniciou-se logo o pensamento reflexivo. Questões tais como: que tipo de embate foi? A que velocidade real se deslocavam os veículos? Os ocupantes levavam cinto de segurança? Os veículos são de carroceria moderna ou antiga? Que tipo de lesões iria encontrar? Que tipo de protocolo a seguir? Entre outras inúmeras questões.

À chegada ao teatro de operações (TO) deparei-me com um choque frontal de dois veículos ligeiros, num total de cinco vítimas. As três faixas de rodagem encontravam-se bloqueadas pelos mesmos veículos e pelos destroços resultantes do embate.

O meio no qual me encontrava a efetuar estágio, foi o primeiro meio a chegar ao local. O ambiente ainda se encontrava instável, havia populares em torno dos veículos, os dois condutores dos veículos encontravam-se fora dos mesmos sem queixas aparentes. Um dos veículos encontrava-se com três vítimas no seu interior, duas das quais encarceradas. Com a chegada dos restantes meios de socorro, as vítimas começaram a ser evacuadas para o serviço de urgência. Foi solicitado pela autoridade presente no local que os populares se afastassem, providenciando privacidade às vítimas e espaço para as equipas trabalharem. Os populares apenas cumpriram nos primeiros minutos sendo que rapidamente retomaram a sua aproximação para observar o sofrimento e infortúnio dos doentes. Sem dúvida uma falta de civismo por parte dos populares.

Para se extrair a doente foi necessário proceder ao desencarceramento da mesma. No decorrer desse trabalho, a doente encontrava-se preocupada com o estado de saúde da família porque no veículo seguia o seu marido, filha e genro. Encontrava-se apreensiva com receio de que houvesse alguém instável ou mesmo morto. Foi explicado à doente que aparentemente seriam todos feridos ligeiros. Este tipo de cenário é complexo porque os doentes perdem momentaneamente a noção da realidade, a noção de segurança e bem-estar, ocorre uma rutura momentânea com o seu papel social e a incerteza do futuro.

Estabelecer uma relação com a doente neste tipo de contexto foi complexo e difícil. A doente sentia que perdeu momentaneamente o seu apoio social porque a sua família próxima se encontra na mesma situação. Como Sheehy (2010) refere, o enfermeiro é aquele que acompanha o processo, estabelecendo uma relação de confiança e proximidade. A minha presença no local como futura enfermeira especialista permitiu adaptar estratégias, avaliar e tomar decisões fundamentadas nos conhecimentos aprofundados, atuais e pertinentes adquiridos ao longo do meu percurso formativo. O desenvolvimento da competência comunicacional demonstrou ser de extrema importância porque permitiu-me adaptar à situação e assim dar apoio, transmitir conforto e auxiliar a doente no processo de aceitação do infortúnio⁵.

Embora a doente se demonstra-se aparentemente com uma atitude calma, serena e uma discreta ansiedade, tornou-se pertinente observar a comunicação não-verbal transmitida pela mesma porque através da mesma é possível observar determinados comportamentos que acontecem de forma inconsciente e não manipulada pelo mesmo que poderiam transmitir outros sentimentos mascarados^{20, 21}.

Em todo o processo foi extremamente pertinente e útil fazer uma escuta ativa, intervindo quando pertinente, demonstrar interesse no que a doente se encontrava a transmitir, transmitindo empatia e preocupação pela sua situação. Periodicamente, avaliando a evolução da doente e explicando cada procedimento²².

A presença do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na assistência ao doente crítico é sem dúvida um facilitador no processo porque o mesmo detém conhecimentos mais aprofundados no âmbito da comunicação, gestão de situações complexas e críticas. Detém aptidões para estabelecer uma relação terapêutica fundamentada em estratégias benéficas para o momento vivenciado pelo doente e direcionada para as necessidades do mesmo²³.

5. CONCLUSÃO

Embora se incidia na prevenção dos acidentes rodoviários, a realidade é que diariamente os mesmos acontecem. O trauma representa uma preocupação real na sociedade atual. Saber reconhecer os tipos de traumatismos presentes e atuar em conformidade é o ponto fulcral para prevenir a comorbilidade e mortalidade.

Para o presente estudo de caso foi realizada pesquisa em bases de dados, fontes eletrónicas fidedignas e na biblioteca. A pesquisa permitiu compreender a importância da abordagem ao doente crítico e das técnicas utilizadas, a complexidade do tema e as dificuldades vivenciadas pelas EPH na gestão cenário/doente/família/observadores. Considero que no final deste estudo de caso conseguiu dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na procura do desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação do autoconhecimento.

Enquanto futura enfermeira especialista consigo compreender a necessidade da constante busca pelo aperfeiçoamento das técnicas, da renovação, coesão e sedimentação dos conhecimentos. Como enfermeira especialista deverei ser capaz de ler o cenário, interpretar as evidências encontradas face à evidência científica, refletir criticamente sobre o melhor caminho a seguir e compreender melhor o processo vivido pelo doente/família nos momentos de rutura vividos. Deste modo, considero ter criado alicerces mais robustos para a minha prática, sentindo-me mais habilitada a gerir situações de instabilidade vividas pela EPH/doente/família.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Abordagem à Vítima – Manual TAS/TAT**. 1ª Edição, Versão 2.0. INEM, 2012
2. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Abordagem do Traumatizado – Protocolo Ambulância SIV**. Versão 2.0. INEM, 2012
3. NUNES, F.; MEIRA, P.; MARTINS, A.; CARVALHO, I.; SARAIVA, M.; SILVA, P.; CAMPOS, R.; CUNHA, J.; TERRA, A.; BASTOS, C.; CUNHA, S.; RIBEIRO, G. – **Manual de Trauma**. 5ª Edição. Loures. Lusociência, 2009
4. POGGETI, R. – **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básica e avançada**/Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008
5. SHEEHY, S. – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 6ª Edição. Loures. Lusociência, 2011
6. ORDEM DOS MÉDICOS – **Normas de Boa Prática em Trauma**. Lisboa: Ordem dos Médicos, 2009
7. SOORIAKUMARAN, P.; JAYASENA, C.; SHARMAN, A. – **Guia Prático Climepsi das Urgências Médicas**. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores, 2007
8. PONCE, P.; TEIXEIRA, J. – **Manual de Urgências e Emergências**. Lisboa: LIDEL, 2006
9. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Abordagem da Vítima – Protocolo Ambulância SIV**. Versão 2.0. INEM, 2012
10. Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica conceitos e prática clínica**. 6ª Edição. Vol.III. Loures. Lusociência, 1999

11. URDEN, L.; STACY, K.; LOUGH, M. – **Enfermagem de Cuidados Intensivos**. 5ª Edição. Loures. Lusodidacta, 2008
12. BAPTISTA, N. – **Manual de Primeiros Socorros**. Caderno de Especialização Escola Nacional de Bombeiros N°5. Sintra, 2008
13. NAUDÉ, G.; BONGARD, F.; DEMETRIADES, D. – **Segredos em Trauma – Respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica em exames orais e escritos**. Porto Alegre. ARTMED Editora, 2001
14. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Técnicas de Extração e Imobilização de Vítimas de Trauma**. 1ª Edição. Versão 1.0. INEM, 2012
15. MASSADA, S. – **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave, normas de orientação clínica e administrativa**. 1ª Edição. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João, 2002
16. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2
17. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001
18. JOHNSON – **Classificação dos resultados em enfermagem (NOC)**. 2ª Edição. Porto Alegre. Artmed Editora, 2004
19. MCCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. – **Classificação dos resultados em enfermagem (NIC)**. 3ª Edição. Porto Alegre, 2004
20. SILVA, L.; BRASIL, V.; GUIMARÃES, H.; SAVONITTI, B.; SILVA, M. – **Comunicação Não-Verbal: Reflexões Acerca da Linguagem Corporal**. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto. V.8, nº4, p.52-58 - agosto 2000

21. ARAUJO, M.; SILVA, M.; PUGGINA, A. – **A Comunicação Não-Verbal enquanto fator Iatrogênico.** Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3):419-25

22. PONTES, A.; LEITÃO, I.; RAMOS, I. – **Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento Essencial do Cuidado.** Rev Bras Enferm, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 312-8

LEGISLAÇÃO

23. Regulamento nº 122/2011, de 18 Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.**

ANEXOS

Anexo I – Nível de Consciência

Anexo I – Nível de Consciência

Categorias de Consciência	
Vigil	O doente responde imediatamente ao mínimo estímulo externo.
Confuso	O doente está desorientado no tempo e no espaço, mas normalmente orientado quanto a pessoa; compromisso do julgamento e da tomada de decisões e diminuição do leque de atenção.
Delirante	Doente desorientado quanto a tempo, lugar e pessoa, com perda de contacto com a realidade e, muitas vezes, tem alucinações auditivas ou visuais.
Letárgico	Estado de sonolência ou inacção em que o doente precisa de um estímulo mais intenso para acordar.
Obnubilado	Existe um embotamento ou indiferença aos estímulos externos e a resposta é mantida no mínimo.
Estuporoso	O doente só pode ser acordado por estímulos exteriores vigorosos e contínuos.
Comatoso	Nem uma estimulação vigorosa consegue produzir qualquer resposta voluntária.

Fonte: URDEN, L.D.; STACY, K.M.; LOUGH, M.E. 2008

Anexo II – Escala de Coma de Glasgow

Anexo II – Escala de Coma de Glasgow

ABERTURA DOS OLHOS		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientada	5	Obedece a ordens	6
À voz	3	Confusa	4	Localiza a dor	5
À dor	2	Inapropriada	3	Flexão retirada à dor	4
Sem resposta	1	Incompreensível	2	Flexão anormal à dor (descorticado)	3
		Sem resposta	1	Extensão anormal à dor (descerebrado)	2
				Sem resposta	1

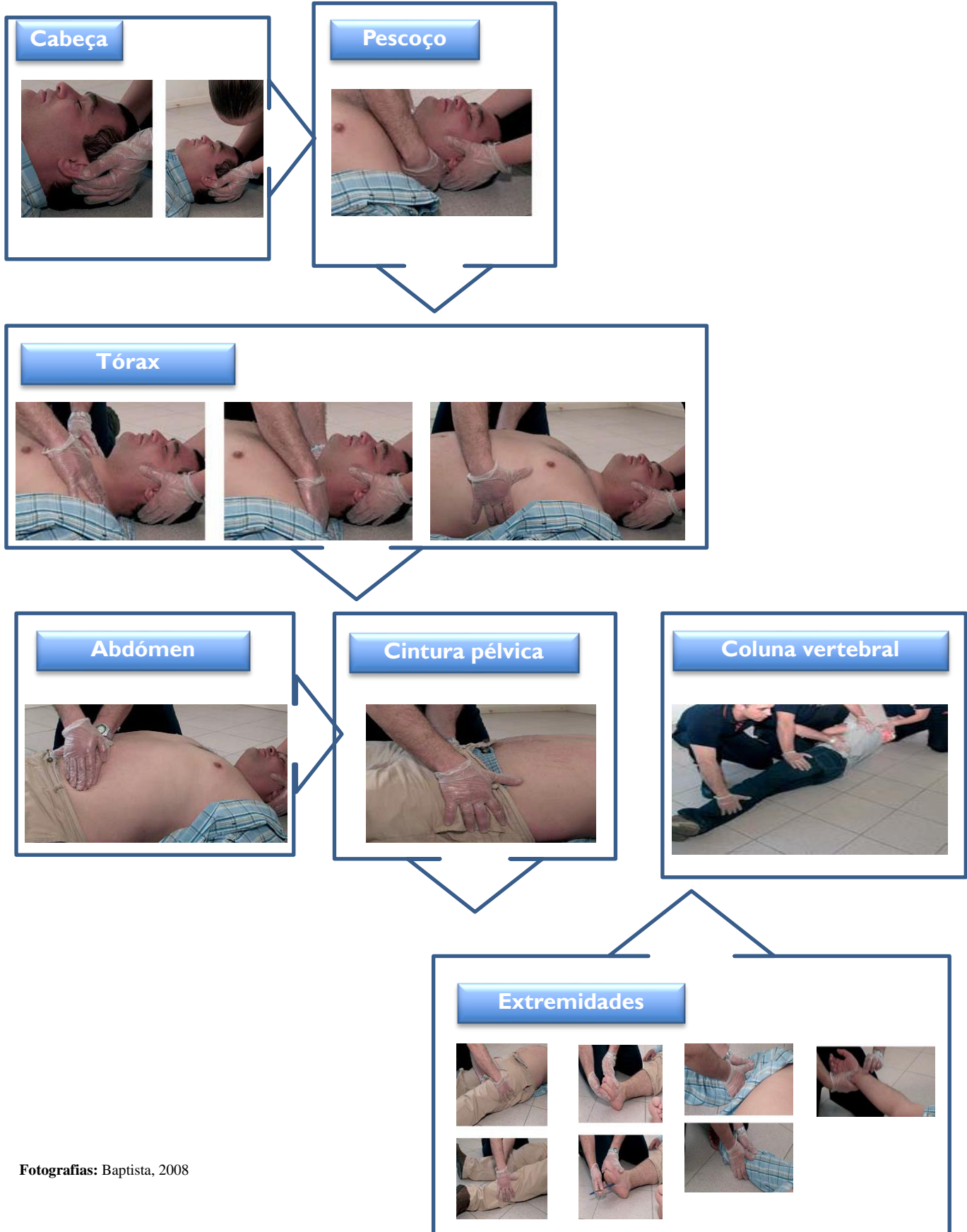
GRAU DA LESÃO CEREBRAL	
TCE Leve	13 a 15 pontos
TCE Moderado	9 a 12 pontos
TCE Grave	Menor que 9 pontos

Fonte: Massada, 2002

Anexo III – Avaliação Secundária

Anexo III - Avaliação Secundária

De seguida, apresenta-se a sequência da avaliação secundária^{3, 12}.



Fotografias: Baptista, 2008

Anexo IV – Fundamentação da ordem de colheita dos tubos de sangue



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Ordem de Colheita dos Tubos de Sangue

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes N° 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, novembro de 2013



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Ordem de Colheita dos Tubos de Sangue

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes Nº 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, novembro de 2013

“As verdadeiras conquistas, as únicas de que nunca nos arrependemos, são aquelas que fazemos contra a ignorância.”

Napoleão Bonaparte (1769 – 1821)

ABREVIATURAS

EDTA - Àcido etilendiaminotetraacético

ÍNDICES DE QUADROS

Quadro 1 – Homogeneização da colheita de sangue

Quadro 2 – Ordem de colheita dos tubos de sangue

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO	8
1.FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO	10
DEFINIÇÃO/OBJETIVO	10
RESPONSABILIDADE.....	10
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	10
PRECAUÇÕES	1208
2.ORDEM DE COLHEITA DOS TUBOS DE SANGUE.....	1208
CURIOSIDADES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DOS TUBOS	13
3.CONCLUSÃO	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
ANEXOS	19
Anexo I – Quadro da ordem de colheita geral.....	2160
Anexo II – Poster da ordem de colheita de sangue.....	2182

0. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) realizado no Hospital Braga, inserido no sexto curso do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como responsabilidade ser um elemento com conhecimentos aprofundados, espírito crítico e criativo, capaz de dar resposta no decorrer do processo de cuidados, nas tomadas de decisão e resolução de problemas face ao doente crítico, promovendo o crescimento da profissão através do avanço na investigação rumo ao crescimento da profissão.

No decorrer do estágio na UCIP, após discussão com o tutor e com elementos da equipa foi detetada a seguinte problemática: Qual a ordem correta de colheita de sangue por venopunção? Assim, foi realizada pesquisa através dos principais laboratórios que fabricam os tubos de colheita e através de outras fontes pertinentes. Assim, aprofundou-se os conhecimentos no âmbito desta problemática e ao mesmo tempo procurou-se dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na procura do desenvolvimento, aprofundamento e sedimentação do autoconhecimento e desenvolvimento do próprio processo pessoal e profissional.

O tema despertou interesse pela necessidade de aprofundar os conhecimentos teórico-práticos sobre o mesmo ao mesmo tempo que se pretendia compreender qual o procedimento correto a ser executado.

Para a elaboração do estudo de caso foi feita pesquisa em páginas da internet e em bases de dados, na sua maioria, laboratórios que fabricam os tubos. De seguida, recorreu-se à formulação de um póster para melhor compreensão da ordem de colheita dos tubos de sangue.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos. O primeiro capítulo engloba uma breve abordagem teórica sobre o tema, o segundo capítulo descreve a colheita de dados e os procedimentos executados, o terceiro capítulo diz respeito ao processo de cuidados que engloba os diagnósticos de enfermagem e intervenções e por fim o quarto capítulo aborda

a reflexão crítica – reflexiva do caso. Finaliza-se o estudo com a conclusão seguido das referências bibliográficas consultadas.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

Sendo que não existe uma uniformização no procedimento de colheita de sangue, pretendeu-se com o presente estudo formular um guia de orientação para a ordem de colheita dos tubos de sangue.

DEFINIÇÃO/OBJETIVO

Os tubos de sangue, na sua maioria, são compostos por aditivos que provocam alterações no sangue. Saber qual a ordem de colheita revela-se assim pertinente pois previne que ocorra contaminação cruzada. Os tubos de sangue servem para armazenar o sangue proveniente da colheita e para transporte do mesmo para o laboratório⁹.

RESPONSABILIDADE

A colheita de sangue é da responsabilidade do profissional de saúde, nomeadamente do médico e/ou enfermeiro³.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

No doente hospitalizado é possível mas não é o ideal, efetuar colheita de sangue após introdução do cateter desde que não tenha sido administrada nenhum líquido endovenoso³.

No doente hospitalizado não é recomendado que seja feita colheita de acessos venoso periférico porque os resultados obtidos podem ser alterados devido:

- Hemólise;
- Contaminação e presença de líquido intravenoso;
- Contaminação e presença de medicação³.

Quando o doente hospitalizado possui uma linha central, a mesma deve ser usada preferencialmente, segundo o procedimento em vigor na instituição. No entanto, mesmo com a colheita a ser realizada de uma linha central pode haver o risco de contaminação ou resultados errados³.

Caso a colheita seja feita através da venopunção, deve-se suspender durante 5 minutos toda a soroterapia e efetuar a colheita no membro oposto².

Quando se proceder à desinfeção do local de punção deve ser utilizado álcool a 70% e aguardar que seque^{2,3}. Contrariamente o uso de iodopovidona deixa vestígios do produto na pele. Assim, o álcool seca em 30 segundos não havendo risco de contaminação da amostra, por seu lado, a iodopovidona pode contaminar a amostra dando falsos valores de potássio, fósforo e/ou ácido úrico³.

A colheita deve ser realizada idealmente por sistema de vácuo^{3, 8, 10}. Quando tal não for possível, pode ser feita a colheita através de uma seringa com agulha. Neste caso, deve ter-se o cuidado de após picar a tampa de borracha não pressionar o êmbolo da seringa. Havendo necessidade, pode-se pressionar lentamente o êmbolo mas tendo atenção à pressão exercida e conseqüente velocidade. Excesso de pressão e velocidade promove o risco de hemólise^{3,9}.

Posteriormente, deve-se inverter os tubos o número de vezes recomendado pelo laboratório para que se obtenha uma amostra homogénea^{3,9}.

Após cruzamento de dados obtidos pela pesquisa considera-se que a inversão deverá ser a seguinte^{5,9}:

Aditivo	Homogeneizar a colheita de sangue
Hemocultura	
Tubo seco sem aditivos	0
Citrato de Sódio	4 – 5x
Tubo com Soro	5 – 10x
Separação sérica (TSS)	
Heparina com ou sem gel	
Tubo de separação de plasma (TSP)	
Ácido etilendiaminotetraacético (EDTA)	4 – 5x
Ácido citrato dextrose (ACD) A, B	5 – 10x
Oxalato/fluoreto	

Quadro 1 – Homogeneização da colheita de sangue











PRECAUÇÕES

- Não se deve inserir a agulha na bifurcação de uma veia pois aumenta a probabilidade de criar um hematoma³;
- O garrote deve ser aplicado cerca de 4 a 5cm acima do local da venopunção³;
- Antes de iniciar a colheita de sangue deve ser feita a higienização das mãos e posteriormente calçar luvas justas não estéreis³;
- Algumas diretrizes mencionam que antes de se exceder 1 minuto deve-se afrouxar o garrote^{2, 3, 9};
- Importante colher a quantidade de sangue prevista para cada tubo, especialmente se forem tubos com anticoagulantes para que a relação amostra - anticoagulante seja a ideal^{2, 9};
- Não se deve utilizar o tubo de colheita de sangue caso se detete alguma anomalia no mesmo. À exceção do tubo de CTAD que contem um líquido amarelo claro, os restantes tubos são todos incolores e/ou claros⁹.

2. ORDEM DE COLHEITA DOS TUBOS DE SANGUE

Os tubos de sangue devem ser colhidos segundo uma ordem pré-definida para que não haja contaminação cruzada entre os diferentes aditivos e conseqüente alteração dos resultados obtidos³.

Recomenda-se que primeiro seja efetuada colheita para hemoculturas e posteriormente para os restantes tubos^{1, 2, 3, 6, 7, 8, 9}. Após complicação da pesquisa (ver anexo I), conclui-se que a ordem com maior consenso seria a seguinte:

Grupo	Aditivo	Cor dos tubos
Microbiologia	Hemocultura	
Química	Tubo seco sem aditivos	
Coagulação	Citrato de Sódio	
Sorologia (Hematologia)	Tubo com Soro	
	Separação sérica (TSS)	
Heparina (Química)	Heparina com ou sem gel	
	Tubo de separação de plasma (TSP)	
Hematologia	Ácido etilendiaminotetraacético (EDTA)	
Tipagem Sanguínea	Ácido citrato dextrose (ACD) A, B	
Glicose (Hematologia)	Oxalato/fluoreto	

Quadro 2 – Ordem de colheita dos tubos de sangue

CURIOSIDADES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DOS TUBOS

Tubo sem aditivo

Não possui aditivos.

Tubo para coagulação

Contem solução de citrato de sódio, por norma, com uma proporção para mistura de 1 parte de citrato para 9 de sangue⁹. Para que seja eficaz é necessário que seja feita a quantidade de sangue indicada^{3,9}.

Função: Testes de coagulação.

Tubo de Sorologia

Contem partículas de sílica micronizadas cuja função é ativar a coagulação quando em contacto com o sangue⁹.

Função: Testes de bioquímica, dosagens hormonais, sorologia, imunohematologia e monitorização de drogas terapêuticas (TDM)⁹.

Tubo de Heparina

Contem heparina sódica ou heparina lítica ou heparina amôniaca^{3,9}. Importante reter que quando se pretende determinar valores de lítio, amônia ou sódio, os mesmos não devem ser colhidos nos tubos cuja heparina tem associado um deles, isto é, lítio não devem ser colhido em tubos com heparina de lítico, sódio não devem ser colhido em tubos com heparina sódica, amônia não deve ser colhida em tubos de heparina com amôniaca⁹.

Função: Testes de bioquímica no plasma⁹.

Tubo de EDTA

Contem ácido etilendiaminotetracético^{3,9}.

Função: Testes de hematologia em sangue total^{3,9}.

Tubo para Tipagem de Sangue

Podem conter solução de ACD-A ou ACD-B ou Citrato de Adenina Fosfato Dextrose (CPDA)⁹.

Função: Teste de grupo de sangue ou preservação de células⁹.

Tubo para Glicemia

Pode conter diferentes tipos de aditivos^{3,9}.

Função: Análise de glicose (deve ser feita colheita total de sangue)^{3,9}.

3. CONCLUSÃO

As recomendações deste estudo surgem do cruzamento das diferentes recomendações encontradas na pesquisa efetuada.

De qualquer modo, o profissional deve conhecer as recomendações do laboratório da instituição a fim de atuar em conformidade³.

Com este estudo conseguiu-se compreender o porquê da colheita sangue seguir determinada ordem tendo sido formulado um póster com a ordem de colheita, recomendação do número de vezes que se deve virar o tubo e recomendações gerais (ver anexo II). O Poster permite assim servir de resumo da informação compilada e ao mesmo tempo ser uma ferramenta útil de fácil acesso para o seu utilizador.

Deste modo, considero que o objetivo referente à ordem de colheita dos tubos de sangue foi superado trazendo contributos importantes para a boa prática dos profissionais.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BD. (2013). **BD Vacutainer® Blood Collection Tube Product Ordering Information.** [Em linha]. Disponível em http://www.bd.com/vacutainer/products/venous/ordering_info_tubes.asp [Consultado em 23.10.2013].
2. Crisitino, M. (2011). **Manual de Colheitas do Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte.** 3ªEdição. Lisboa. Hospital de Santa Maria – Serviço de Patologia Clínica
3. Dhingra, N.; Diepart, M.; Dziekan, G.; Khamassi, S.; Otaiza, F.; Wilburn, S. **Diretrizes da OMS para a tiragem de sangue: boas práticas em flebotomia.** World Health Organization
4. Mlabs. (2012). **Order of Draw for Multiple Tube Collections.** [Em linha]. Disponível em http://mlabs.umich.edu/files/pdfs/PRC%20-%20Order_Draw_Multiple.pdf [Consultado em 23.10.2013].
5. **Quest Diagnostics Blood Collection.** [Em linha]. Disponível em http://www.questdiagnostics.com/dms/Documents/test-center/order_of_draw.pdf [Consultado em 23.10.2013]
6. Silva, J.; Beato, S.; Rodrigues, F. (2011) **Anticoagulantes & Tubos de Colheita de Sangue.** [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/626/1/Poster%20Anticoagulantes%20joao%20Silva%5B1%5D.pdf> [Consultado em 23.10.2013].
7. Sumita, N.; Barbosa, I.; Andriolo, A.; Cançado, A.; Vieira, L.; Mendes, M.; Romano, P.; Casrto, R.; Oliveira, U. (2005) **Recomendações da Sociedade Brasileira de PatologiaClínica Medicina Laboratorial – Coleta de Sangue Venoso.** [Em linha]. Disponível em <http://www.ebah.com.br/content/ABAAA29wAA/coleta-sangue-venoso?part=8> [Consultado em 28.10.2013]
8. The Internet Patgology Laboratory for Medical Education. **Blood Collection: Routine Venipuncture and Specimen Handling.** [Em linha]. Disponível em <http://library.med.utah.edu/WebPath/TUTORIAL/PHLEB/PHLEB.html> [Consultado em 23.10.2013].
9. Vacuete. (2012). **Sistema para Coleta de Sangue a Vácuo utilizado para diagnóstico *In Vitro.*** [Em linha]. Disponível em

http://www.gbo.com/documents/980200_IFU_VenousBloodCollection_rev06_PT-BRA.pdf [Consultado em 28.10.2013]

10. Vacuette (2012). **Guia Prático para Coleta de Sangue**. Revisão 01. [Em linha]. Disponível em

http://www.vacurette.com.br/download/Guia_de_Coleta_de_Sangue.pdf

[Consultado em 28.10.2013]

ANEXOS

Anexo I – Quadro da ordem de colheita geral

Anexo I - Quadro da ordem de colheita geral

	Referência 4	Referência 8	Referência 3	Referência 1	Referência 6	Referência 2	Referência 3	Referência 7
1	Hemocultura	Hemocultura	Hemocultura				Hemocultura	Hemocultura
2	lubo isolador							
3	lubo seco (sem aditivos)	Citrato de sódio (Coagulação)		EDTA		lubo seco		
4	Citrato de sódio (Coagulação)	lubo seco (sem aditivos)	lubo com soro		EDTA Na KJ (hemograma)		Citrato de sódio (Coagulação)	
5	lubos com soro (sem aditivos) e SS I separador de gel	lubo seco (sem aditivos) e SS I	lubo seco (sem aditivos)	sodio fluoreto	Citrato de sodio (Coagulação)	Heparina de sodio (bioquimica)	Activador de coagulo (vermelho)	
6		Heparina de sodio		lubo com soro	Citrato de glicocolo (Coagulação)	EDTA	Heparina	
7	EDTA e ESK (lubo preto contem tambem citrato de sodio)	PS I, anticoagulante com heparina de litium		lubo com heparina	fluoreto de sodio + EDTA (bioquimica)		IS* (verde)	EDTA
8	potassio oxalato/fluoreto de sodio	EDTA	fluoreto de sodio	SS I	ACLU		EDTA	
9	ACLU solucao A e depois ACLU B	lubos com outros aditivos	lubos com outros aditivos	PS I	Heparina (bioquimica)		ACLU	
10		potassio oxalato/fluoreto de sodio	ACLU A e depois ACLU B	Citrato de sódio (Coagulação)			Uxalato/fluoreto	
				lubo tromba				ACLU solucao A e depois ACLU B
				ACLU				
				SPS				
				SKU				

Anexo II – Poster da ordem de colheita de sangue

Anexo IV A) – Poster sobre ordem de colheita dos tubos de sangue

Anexo IV A) – Poster sobre ordem de colheita dos tubos de sangue

Anexo V – Fundamentação Progressão de um Veículo de Emergência



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Fundamentação do Vídeo

Progressão de um veículo de Emergência

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes

Isabel do Carmo Martins Caetano de Lima

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, janeiro de 2013

“Um dos testes de liderança é a habilidade de reconhecer um problema antes que ele se torne uma emergência.”

Arnold Glasgow (*1905 - 1998*)

ABREVIATURAS

INEM – Instituto nacional de Emergência Médica

INDICE DE FIGURAS

Figura I – Progressão do Veículo.....	P. 8
Figura II – Deslocamento dos veículos se uma faixa	P. 8
Figura III - Deslocamento dos veículos se várias faixas	P. 10

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	6
1.JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	7
2.PROGRESSÃO DO VEÍCULO EM EMERGÊNCIA.....	8
3.CONCLUSÃO.....	10
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	11

0. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) realizado no Hospital Braga, inserido no sexto curso do Pós-Licenciatura em Enfermagem de natureza profissional, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, universidade Católica Portuguesa, Porto.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como responsabilidade ser um elemento com conhecimentos aprofundados, espírito crítico e criativo, capaz de dar resposta no decorrer do processo de cuidados, nas tomadas de decisão e resolução de problemas face ao doente crítico, promovendo o crescimento da profissão através do avanço na investigação rumo ao crescimento da profissão.

No decorrer do estágio nos meios do Instituto nacional de Emergência Médica (INEM), constatou-se que frequentemente existe uma dificuldade na progressão do veículo de emergência em marcha de emergência através do trânsito. Assim, surge o tema e trabalho em questão.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos. O primeiro capítulo enquadra o âmbito em que surge o trabalho, o segundo capítulo descreve o objetivo do trabalho o terceiro capítulo diz respeito à correta progressão e posicionamento dos veículos. De seguida, surge a conclusão seguido das referências bibliográficas consultadas.

1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O presente trabalho intitula-se Progressão de um Veículo de Emergência através do Trânsito. Tem como objetivo Sensibilizar a população para o procedimento correto a adotar caso se encontre no trânsito e se depare com um veículo de emergência na sua traseira, a assinalar a marcha de emergência.

A progressão de um de veículo de emergência a assinalar a marcha de emergência no meio do trânsito, começa no profissional de saúde condutor que deve corretamente preposicionar o veículo na faixa central e assinalar atempadamente e corretamente a sua marcha de emergência com o respetivo avisador sonoro e visual.

Por seu lado, é dever do cidadão facilitar a passagem do veículo de emergência a assinalar a marcha de emergência adotando uma postura assertiva e correta (ver Capítulo 3).

2. PROGRESSÃO DO VEÍCULO EM EMERGÊNCIA

O veículo de emergência a assinalar a marcha de emergência deve pré posicionar-se no centro da faixa tal como apresentado na figura abaixo.

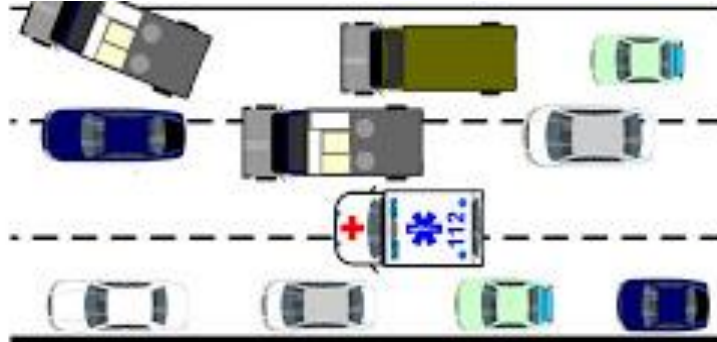


Imagem: Enfermagem Pré-hospitalar, 2008

Figura 1 – Posicionamento do veículo

De seguida, assinalando a marcha corretamente com avisadores sonoros (sirenes) e visuais (rotativos), O cidadão, quando tomar conhecimento do veículo de emergência na sua traseira, a assinalar a marcha de emergência, deve obedecer ao disposto no Decreto-Lei nº 114/94 de 3 de maio artg. 63³.

Se via com uma faixa: deslocar-se o mais para a sua direita possível tal como se pode visualizar na figura abaixo:

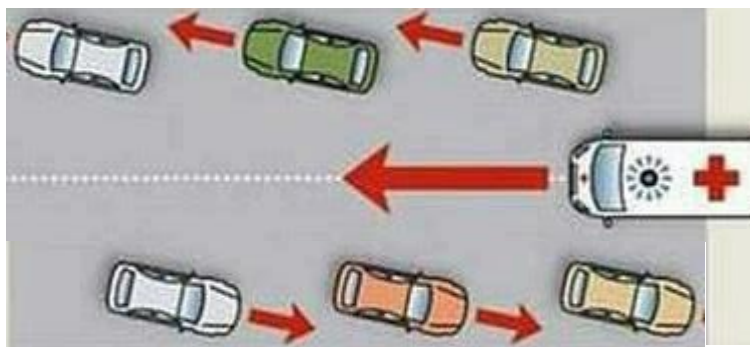


Imagem: Enfermagem Pré-hospitalar,

Figura II – Deslocamento dos veículos se uma faixa

Se via com duas ou mais faixas: deve o veículo à direita do veículo prioritário deve deslocar-se o mais para a sua direita possível. Caso se encontre à esquerda do veículo prioritário deve deslocar-se o mais para a sua esquerda possível (Ver Figura III).

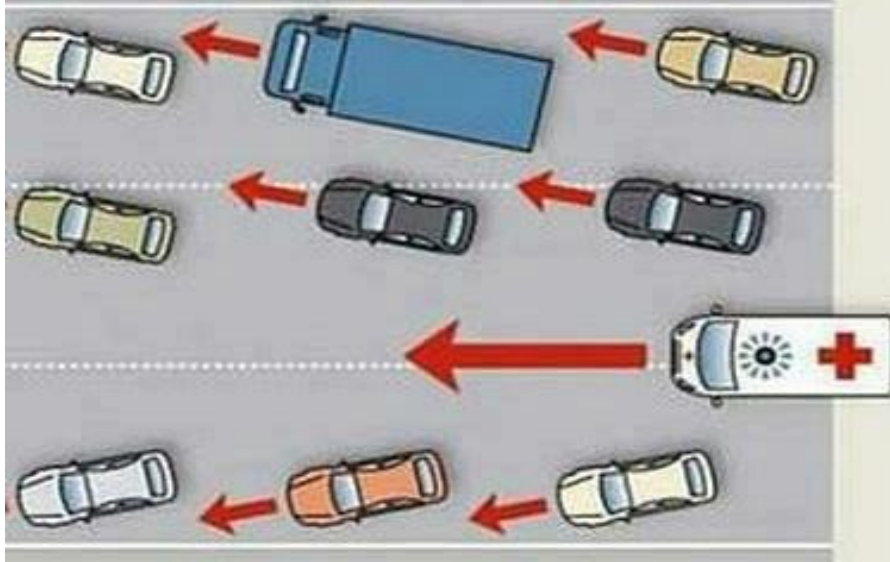


Imagem: Enfermagem Pré-hospitalar, 2008

Figura III – Deslocamento dos veículos se várias faixas

3. CONCLUSÃO

O presente trabalho surge como meio de sensibilização da população para a problemática de como posicionar o veículo quando se depararem com um veículo de emergência a assinalar a marcha de emergência na traseira do seu veículo.

Apostou-se na realização de um vídeo porque crê-se que através das imagens e da mensagem transmitida pelos meios audiovisuais, torna-se é mais fácil assimilar o conceito pelo cidadão.

Com isso pretendemos criar um impacto para mudar as atitudes do cidadão e que esse facilite a passagem a um veículo de emergência a assinalar a marcha de emergência, respeitando o código da estrada, pois a colaboração de todos a gente é essencial para o seu sucesso.

Na perspetiva da segurança a nível do trânsito, é imposto maior rigor nas regras de conduta nas vias públicas para evitar os perigos que possam advir das condições do trânsito.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DICAS DO CÓDIGO DA ESTRADA (2013) **Condução em Marcha de Emergência.**
[Em linha]. Disponível em <https://pt-pt.facebook.com/dicascodigoestrada> [Consultado em 18.12.2013].
2. ENFERMAGEM PRÉHOSPITALAR (2008) **Progressão em Marcha de Urgência.**
[Em linha]. Disponível em http://enfermagemprehospitalar.blogspot.pt/2008_10_01_archive.html [Consultado em 18.12.2013].

LEGISLAÇÃO

3. Decreto-Lei n.º 114/94 de 3 de maio – **Regulamenta Regras de Transito**

Anexo V A) – CD Vídeo-Projeto Progressão de um Veículo de Emergência

Anexo VI – Fundamentação sobre o uso do Dispositivo Intraósseo



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Dispositivos Intraósseos

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes N° 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, janeiro de 2014



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Dispositivos Intraósseos

Aluno: Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes N° 361612002

Sob orientação de: Professora Patricia Coelho

Porto, janeiro de 2014

“Se não sabes, aprende. Se já sabes, ensina.”

Confúcio (551 – 479 a.c.)

ABREVIATURAS

BIG – *Bone Injection Gun*

FAST - *First Access for Shock and Trauma*

IO - Intraóssea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	7
1.DISPOSITIVOS INTRAÓSSEOS	9
1.1.TIPOS DE ADMINISTRAÇÃO	9
1.2.LOCAIS DE INSERÇÃO DO DISPOSITIVO IO.....	10
1.3.CONTRA-INDICADO PARA USO DO DISPOSITIVO IO.....	11
1.4.COMPLICAÇÕES DO USO DO DISPOSITIVO IO.....	11
2.TIPOS DE DISPOSITIVOS INTRAÓSSEOS.....	12
2.1.DISPOSITIVO MANUAL.....	12
2.2.DISPOSITIVO IO FAST.....	13
2.3.DISPOSITIVO BIG.....	13
2.4.DISPOSITIVO EZ-IO.....	13
3.INSERÇÃO DE DISPOSITIVO IO BIG.....	14
3.1.LOCAL DE INSERÇÃO: ÚMERO.....	14
3.2.LOCAL DE INSERÇÃO: TÍBIA.....	14
NOTA:.....	14
3.3.CONFIRMAÇÃO DO LOCAL DE INSERÇÃO.....	15
4.CONSIDERAÇÕES	15
5.CONCLUSÃO.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
ANEXOS	19
Anexo I – Guia de Bolso de Introdução de dispositivo IO BIG.....	2560

0. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge no âmbito do estágio nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), inserido no sexto curso do Pós-Licenciatura em Enfermagem de natureza profissional com área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

No decorrer do estágio tomei conhecimento que os dispositivos intraósseos faziam parte da carga dos meios Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). No decorrer da minha experiência como tripulante de ambulância nunca observei a escolha do dispositivo intraósseo (IO) como alternativa viável nos casos de difícil acesso venoso periférico.

O acesso IO surge na década dos anos 20 do século passado mas só é implementada na década dos anos 40 no decorrer da Segunda Guerra Mundial. Com o fim da guerra, a IO cai em desuso voltando novamente a estar em voga nos anos 80 para ser usado nas emergências pediátricas^{3, 4, 11, 12}.

O seu uso rápido e seguro fez com que as operações militares investissem no seu desenvolvimento e posterior implementação nas suas operações^{4, 11}. Atualmente encontram-se aprovados três dispositivos de IO, nomeadamente, *First Access for Shock and Trauma (Fast)*, *Big Injection Gun (BIG)* e *EZ-IO*^{7, 12}.

Da pesquisa realizada culminou a elaboração de um guia de fácil leitura e compreensão que pode ser transportado no bolso. Pretendeu-se, com o estudo, através do cruzamento dos diferentes achados científicos compreender quando deve ser utilizado o dispositivo intraósseos, qual a margem de segurança que os dispositivos intraósseos fornecem ao seu utilizador e qual o procedimento correto para a sua inserção

A pesquisa de artigos científicos foi efetuada em bases de dados e na web tendo permitido o acesso a produção científica com menos de cinco anos de produção resultando na fusão e sedimentação de ideias permitindo desenvolver e aprofundar o conhecimento teórico. Assim, optou-se por uma abordagem qualitativa descritiva com a finalidade de correlacionar os dados obtidos nos diferentes artigos e compilar a informação num único trabalho.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos. O primeiro capítulo aborda os dispositivos IO, o segundo capítulo descreve os tipos de dispositivos IO, o terceiro capítulo refere os locais de inserção dos dispositivos IO, o quarto capítulo faz referência a algumas considerações. Finaliza-se o estudo com a conclusão seguido das referências bibliográficas consultadas.

1. DISPOSITIVOS INTRAÓSSEOS

A primeira opção para obter um acesso para administração de medicação e restabelecimento da volémia é o acesso venoso periférico, no entanto, quando o mesmo não é viável, o acesso intraósseo surge como uma opção rápida, fácil, segura e viável^{2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}. A única exceção são os recém-nascidos cujo acesso preferencial deverá ser a veia umbilical¹¹.

Após três tentativas de punção por acesso venoso periférico deverá optar-se pelo acesso IO¹¹.

O acesso intraósseo tal como o acesso venoso tem as suas vantagens, contraindicações, complicações, no entanto, demonstrou ter menores riscos que o acesso venoso central, pois este último apresenta um maior risco de infecção¹⁰, técnica demora^{3, 7, 10} e complexa^{3, 7, 10}) e na via endotraqueal^{3, 7} poderá ocorrer uma absorção inconstante e deficitária).

Permite um acesso que não colapsa com um tempo de absorção e ação idêntico ao acesso venoso periférico e central porque o osso sendo sólido é penetrado pela agulha. Posteriormente, o fluido administrado é absorvido pela ramificação de vasos sanguíneos existentes no interior do osso entrando rapidamente na corrente sanguínea^{3, 6, 7, 9, 12}.

A sua utilização requer treino tal como qualquer técnica embora seja uma técnica acessível e de fácil compreensão^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}. A preparação do material demora menos de 10 segundos⁶ e a sua taxa de sucesso encontra-se em cerca de 90% (podendo oscilar)^{3, 5, 9} num tempo inferior a 1 minutos^{3, 5, 6, 7, 8, 9}.

Os dispositivos IO só deverão permanecer o tempo estritamente necessário até 24h devendo ser substituídos assim que se estabeleça um acesso venoso de forma a retirar nessa altura o dispositivo IO^{3, 7, 9, 10, 11, 12}.

1.1. TIPOS DE ADMINISTRAÇÃO

O dispositivo IO permite administrar com segurança^{1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}:

- ✓ Fluidos;
- ✓ Sangue e seus derivados;

- ✓ Medicação.

NOTA: Pode ser necessário utilizar uma manga de pressão manual para auxiliar na administração dos mesmos^{1, 6, 7}. Quando não se usa manga de pressão manual deve-se administrar a medicação e de seguida um bólus de solução salina para uma introdução mais eficiente¹².

1.2. LOCAIS DE INSERÇÃO DO DISPOSITIVO IO

Ao longo dos artigos, os diferentes achados científicos comprovaram que existem diferentes locais possíveis para inserção dos dispositivos de IO. Alguns deles apenas são viáveis de acordo com dispositivos IO específicos. Recomenda-se que se use o dispositivo IO *Fast* no esterno, o dispositivo IO *Big Injection Gun* na tíbia e/ou úmero proximal e o dispositivo IO *EZ-IO* na tíbia e/ou úmero distal e próximal^{7, 12}.

De qualquer modo, de seguida, apresentam-se os diferentes locais comprovados para inserção da IO.

- ✓ Tíbia^{1, 5, 6, 7, 9, 11}
- ✓ Maléolo médio^{1, 11, 12}
- ✓ Esterno^{1, 5, 6, 7, 9, 11, 12}
- ✓ Fémur distal^{1, 9, 11, 12} (pouco comum)
- ✓ Úmero^{1, 5, 6, 7, 9, 11}
- ✓ Crista ilíaca^{1, 9, 11, 12} (pouco comum)
- ✓ Calcâneo^{6, 11}
- ✓ Radio distal^{6, 12}

- ✓ Clavícula^{6, 11}

NOTA: Nas crianças, a tibia é o local de eleição^{1, 11}. Se por norma no adulto o esterno nem sempre é utilizado¹, na criança abaixo dos 3 anos a punção no esterno é contraindicada, não devendo ser executada porque é uma região de fragilidade e fina podendo surgir complicações tais como fratura do esterno, lesão cardíaca e dos grandes vasos, hemotórax e transfixação óssea^{3, 11, 12}. No entanto, atualmente encontra-se em desenvolvimento o dispositivo de IO que permita a inserção no esterno para crianças¹².

1.3. CONTRA-INDICADO PARA USO DO DISPOSITIVO IO

- ✓ **CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS:** Fratura dos membros inferiores e punção recente são^{1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12}.
- ✓ **CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS:** Celulite, osteoporose, osteomielite, osteogénese imperfeita ou infeção no local da punção^{8, 9, 10, 12} devendo-se ponderar o benefício do risco que se irá submeter a vítima^{3, 4, 6, 7}.

1.4. COMPLICAÇÕES DO USO DO DISPOSITIVO IO

As complicações embora possam ocorrer têm uma baixa taxa de incidência situando-se em cerca de 0.6% sendo a causa mais frequente o extravasamento de fluidos e a infiltração dos mesmos^{3, 7, 8, 10, 12}. Outras complicações podem surgir, tais como:

- ✓ Embolia Pulmonar ou gasosa^{1, 6, 7, 9, 10, 11, 12} (complicação teórica)
- ✓ Fratura óssea^{1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12}
- ✓ Osteomielite^{1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12} (Raro 0,6% incidência)
- ✓ Síndrome compartimental^{1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}
- ✓ Abscesso subcutâneo^{1, 3}

- ✓ Na criança lesão epifisária achado teórico sem casos reais relatados^{1, 3, 10, 11, 12}
- ✓ Desconhecimento da técnica^{3, 10}
- ✓ Sepses³
- ✓ Celulite^{3, 9}
- ✓ Falta de assepsia^{3, 7, 12}
- ✓ Dor durante a administração^{4, 8, 9, 10, 11}
- ✓ Extravasamento de fluídos^{6, 7, 9, 10, 11, 12}
- ✓ Deslocamento da agulha^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}

2. TIPOS DE DISPOSITIVOS INTRAÓSSEOS

Existem atualmente quatro dispositivos IO em uso, nomeadamente, o dispositivo IO manual, o dispositivo IO *Fast*, o dispositivo IO *BIG* e o dispositivo IO *EZ-IO*^{7, 12}. De seguida, faz-se um pequeno resumo de cada dispositivo:

2.1. DISPOSITIVO MANUAL

O dispositivo manual é composto por uma agulha de aço e trocarte ou estilete. Neste dispositivo, o utilizador deve fazer força com movimentos semi-rotativos e com a sua força perfurar o osso. Devido aos mesmos serem inseridos através da força do utilizador torna-se de difícil inserção principalmente no adulto cujo osso é denso¹⁰.

Assim, a colocação de dispositivo IO manual é mais viável na criança, porque contrariamente ao adulto, a criança ainda se encontra em desenvolvimento^{11, 12}.

2.2. DISPOSITIVO IO FAST

O dispositivo IO *FAST* é o único dispositivo que foi aprovado para ser inserido no esterno^{7, 10, 12}. A agulha é inserida no manúbrio em menos de 60 segundos^{7, 12}. Comparativamente com outros dispositivos IO, o *FAST* permite administração de fluídos mais rapidamente¹².

Torna-se difícil a colocação de um colar cervical⁷ e a reanimação cardiorespiratória¹⁰.

Pessoa de tamanho pequeno ou lesão do tórax, osteoporose ou outra anomalia parecida podem tornar ineficaz a punção IO⁷.

Devido à força necessária para manter o *FAST* centrado pode ocorrer deslocamento do cateter ou o mesmo partir durante a sua inserção¹². A introdução e remoção deverão ser na perpendicular caso contrário a sua inserção será um insucesso⁷.

2.3. DISPOSITIVO BIG

O dispositivo IO *BIG* é um dispositivo que possui uma mola sob pressão em conjunto com um estilete e uma agulha. Quando pressionado, a mola pressiona o estilete e a agulha diretamente no osso. Retirando o estilete, a agulha fica funcionante^{7, 10, 12}.

Para facilitar o seu uso, institui-se três cores diferentes, correspondendo cada uma delas a um determinado tamanho sendo universal a sua cor. Assim, convencionou-se que a cor azul corresponde ao dispositivo em uso para adultos, o vermelho corresponde ao dispositivo em uso para crianças e o verde ao dispositivo em uso pelos veterinários^{7, 12}.

A *BIG* encontra-se aprovada para ser inserida na tíbia e úmero proximal. A sua inserção (ver anexo 1) é simples e de fácil compreensão^{7, 12}.

2.4. DISPOSITIVO EZ-IO

O dispositivo *EZ-IO* consiste numa pequena broca com bateria de lítio reutilizável. Existem três tamanhos distintos de agulhas. A sua escolha dependerá do peso e/ou tamanho do doente^{7, 9, 10, 12}. Assim, entre 2 a 39 Kilogramas (Kg) agulha de 15mm, acima de 40Kg agulha de 25mm e para doente fortes ou com edema agulha de 45mm^{7, 9, 12}. A bronca do dispositivo *EZ-IO* pode ser utilizar entre 700 até 1000 vezes sendo as agulhas descartáveis^{9, 12}.

Uma imperfeição do dispositivo EZ-IO é a perda de força no momento da perfuração, possivelmente devido à força exercida pelo operador para manter o alinhamento de 90 graus causando dificuldade na rotação da broca¹².

3. INSERÇÃO DE DISPOSITIVO IO BIG

Qualquer dispositivo é composto por uma agulha e um estilete. Estes são utilizados para que no decorrer da introdução do cateter não ocorra obstrução da IO^{10, 12}.

Importa abordar mais especificamente o dispositivo em uso nos meios INEM, designadamente meio SIV e mio VMER. Deste modo, neste momento, o dispositivo IO em uso nos meios INEM é o BIG. De seguida, apresenta-se a descrição de inserção do referido dispositivo:

3.1. LOCAL DE INSERÇÃO: ÚMERO

O profissional deve colocar a mão do doente em decúbito dorsal em cima do abdómen para garantir a garantir uma posição mais segura^{6, 7}. Posteriormente localiza-se a tuberosidade maior (o acrómio e a coracóide da escápula) deslocando-se dois dedos em direção ao cotovelo. Caso o doente possua grande massa muscular adiciona-se mais um dedo. Após introduzido retira-se o estilete e coloca-se o travão de segurança a segurar a agulha⁷.

3.2. LOCAL DE INSERÇÃO: TÍBIA

O profissional coloca dois dedos abaixo da patela do joelho. Desloca um a dois centímetros para a tuberosidade num angulo de inserção de 90 graus^{6, 7, 12}. Após introduzido retira-se o estilete e coloca-se o travão de segurança a segurar a agulha¹² (ver anexo 1).

NOTA: No dispositivo IO no úmero, o utilizador poderá ter dificuldade em identificar os pontos anatómicos em doentes musculados e/ou com excesso de tecido adiposo pelo que preferencialmente escolhe-se a tibia em detrimento do úmero porque é mais fácil identificar o local de inserção do dispositivo IO.

Em ambos os locais deve-se segurar firmemente o dispositivo com uma mão e pressionar o dispositivo com a outra mão.

3.3. CONFIRMAÇÃO DO LOCAL DE INSERÇÃO

Após a inserção do dispositivo de IO, o profissional deve:

- ✓ Observar sangue no estilete^{6, 11, 12}
- ✓ Aspiração medula óssea do interior do osso^{6, 7, 11, 12}
- ✓ Firmeza da agulha no osso^{6, 7, 11, 12}
- ✓ Capacidade de introdução de um bólus de 10cc de SF sem resistência^{6, 7, 11, 12}

4. CONSIDERAÇÕES

- ✓ Não se deve utilizar o dispositivo IO em tecido queimado ou infectado¹
- ✓ O dispositivo IO pode ser utilizado em caso de paragem cardiorespiratória^{3, 5, 9, 10, 11, 12}
- ✓ O dispositivo IO permite colheita de sangue^{3, 9, 10, 11}
- ✓ Se doente consciente, deverá anestesiarse o local de inserção do dispositivo IO com um bólus de lidocaína para que o doente não sinta dor durante a introdução do dispositivo e dos fluídos^{6, 7, 10, 12}
- ✓ O dispositivo IO no úmero pode causar interferências nos resultados da tomografia axilar computadorizada⁷
- ✓ Por norma optase por inserir a IO na tíbia porque se encontra distanciada do esterno e em caso de manuseamento da via aérea avançada ou em caso de reanimação cardiorespiratória não se corre o risco de deslocação da agulha e conseqüente lesão e inviabilidade do mesmo⁶
- ✓ As agulhas do dispositivo IO por norma correspondem no latente com menos de 3 meses ao calibre 18G e no adulto ou criança mais velha ao calibre 15G^{1, 12}

5. CONCLUSÃO

Com o presente estudo de caso, conseguiu-se superar os objetivos, no sentido em que foi possível entender que o acesso intraósseo tal como o acesso venoso tem as suas vantagens, contraindicações, complicações^{3, 7, 10}. No entanto, conseguiu-se demonstrar que o acesso intraósseo surge como uma opção rápida, fácil, segura e viável^{2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}.

A sua utilização requer treino tal como qualquer técnica embora seja uma técnica acessível e de fácil compreensão^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}.

Na revisão bibliografia de 2012, os autores concluíram que em contexto pediátrico, a inserção de um acesso intraósseo ainda se encontra vago, necessitando de mais estudos³.

As complicações que possam surgir possuem uma margem de aparecimento muito baixo, inferior a 1%^{3, 7, 8, 10, 12} podendo ser ainda mais reduzida se for utilizada uma correta técnica asséptica no momento de inserção e retirada do acesso IO^{3, 10, 11}.

Ao longo de alguns artigos constatou-se que o uso do acesso por dispositivo IO tem-se tornado uma realidade em contexto intra-hospitalar. Porém, o acesso IO ainda continua a ser uma técnica pouco utilizada embora ao longo desta fundamentação se tenha conseguido demonstrar que a mesma é segura e eficiente, uma alternativa viável aos restantes tipos de acessos. Seria portanto, um excelente tema para um futuro estudo científico em Portugal Continental e Ilhas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. SHEEHY, S. – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 6ª Edição. Loures. Lusociência, 2011
2. POGGETI, R. – **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básica e avançada**/Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008
3. SÁ, R.; MELO, C.; DANTAS, R.; DELFIM, L. – **Acesso Vascular por Via Intraóssea em Emergências Pediátricas**. Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(4):407-414
4. COOPER, B.; MAHONEY, P.; HODGETTS, T.; MELLOR, A. – **Intra-Osseous Access (EZ-IO) for Resuscitation: UK Military Combat Experience**. JR Army Med Corps 153(4): 314-316
5. READES, R.; STUDNEK, J., GARRETT, J.; VANDEVENTER, S.; BLACKWELL, T. – **Comparison of First-Attempt Success Between Tibial and Humeral Intraosseous Insertions During Out-of Hospital Cardiac Arrest**. Prehospital Emergency Care. April/June 2011, Volume 15 / Number 2
6. NGO, A.; OH, J.; CHEN, Y.; YONG, D.; ONG, M. – **Intraosseous Vascular Access in Adults Using the EZ-IO in an Emergency Department**. Int J Emerg Med (2009) 2:155-160
7. DAY, M. – **Intraosseous Devices for intravascular Access in Adult Trauma Patients**. Critical Care Nurse Vol 31, N.º2, April 2011
8. SUYAMA, J.; KNUTSEN, C.; NORTHINGTON, W.; HAHN, M.; HOSTLER, D. – **IO Versus IV Access While Wearing Personal Protective Equipment in a HazMat Scenario**. Prehospital Emergency Care. October/December 2007, Volume 11 / Number 4

9. LOWTHER, A. – **Intraosseous Access and Adults in the Emergency Department.** Art and Science. August 3. Vol. 25. Nº48. 2011

10. PHILLIPS, L.; BROWN, L.; CAMPBELL, T.; MILLER, J.; PROEHL, J.; YOUNGBERG, B. – **Recommendations for the Use of Intraosseous Vascular Access for Emergent and Nonemergent Situations in Various Health Care Settings: A Consensus Paper.** Critical Care Nurse. Vol. 30, Nº 6, December 2010

11. LANE, J.; GUIMARÃES, H. – **Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol. 20, Nº1, Janeiro/Março, 2008

12. TOBIAS, J.; ROSS, A. – **Intraosseous infusions: A Review for the Anesthesiologist with a Focus in Pediatric Use.** International Anesthesia Research Society. Vol. 110, Nº 2, February 2010

ANEXOS

Anexo I – Guia de Bolso de Introdução de dispositivo IO BIG

Anexo I – Guia de Bolso de Introdução de dispositivo IO BIG

Anexo VI A) – Guia de Bolso sobre o uso do Dispositivo Intraósseo

Anexo VII – *Flyer* de Boas Festas

Anexo VIII – Artigo: As unidades de cuidados intensivos face à distanásia: revisão integrativa

**AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS FACE À DISTANÁSIA:
REVISÃO INTEGRATIVA¹**

**THE INTENSIVE CARE UNIT DUE TO THE DYSTHANASIA: AN
INTEGRATIVE REVIEW**

**LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEBIDO A LA DISTANASIA: UNA
REVISIÓN INTEGRADORA**

Ana Sá Fernandes², Sob orientação de Patrícia Coelho³

¹*Artigo de Revisão*

²*Enfermeira na Unidade de Longa Duração e Manutenção. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Correspondência: na.sf@hotmail.com*

³*Assistente Convidada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Estudante do Doutoramento em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Avançada. Correspondência: sfcoelho@porto.ucp.pt*

RESUMO

Introdução: Com o avanço da tecnologia foi possível prolongar o processo de vida/morte do doente, por vezes, prolongando uma vida sem qualidade. A distanásia é vista como o prolongar artificial da vida associada ao sofrimento e a uma morte lenta e cruel, onde é feito um investimento excessivo para promover uma vida sem hipóteses, promovendo-se o adiamento da morte. **Método:** O objetivo deste estudo foi compreender qual a perceção do enfermeiro de uma Unidades de Cuidados Intensivos face à Distanásia. Para isso foi efetuada uma revisão integrativa nas bases de dados electrónicas b-ON, Scielo e EBSCO. Este tipo de revisão tem o potencial de compilar conhecimento e permitir ao leitor num único estudo aceder a diferentes estudos. Fez-se pesquisa no mês de outubro de 2013, tendo-se obtido 16 artigos, sendo incluídos apenas 4 artigos. **Resultados:** Trata-se sem

limites o que, por vezes, resulta no sofrimento e dor sem fim benéfico. O consenso sobre tomada de decisão sobre o tratar fútil e o prolongar da morte não é unânime. **Discussão:** Os enfermeiros consideram que o doente poderia beneficiar com a sua intervenção na tomada de decisão e que o doente deveria ter uma participação ativa na mesma. No fim de vida, deveria ser proporcionado ao doente cuidados paliativos promovendo qualidade e conforto e um morrer naturalmente. **Conclusão:** Considera-se que atualmente tende a ocorrer a prática de distanásia. Os enfermeiros tentam intervir mas sentem a sua limitação profissional pelo que consideram que deveriam ter uma participação mais ativa nas tomadas de decisão.

Palavras chave: Medical Futility, Intensive Care, Emergency Service Hospital. (Fonte: DeCS BIREME).

RESUMEN

Introducción: Con el avance de la tecnología era posible prolongar el proceso de la vida/muerte del paciente, a veces la prolongación de una vida sin calidad. La distanacia es visto como la prolongación artificial de la vida y el sufrimiento asociados a una muerte lenta y cruel, que se realiza a través de la inversión para promover una vida sin hipótesis, la promoción de la postergación de la muerte. **Método:** El propósito de este estudio es conocer la percepción de las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos debido a la Distanasia. Para que se realizó la revisión integradora por la búsqueda en las bases de datos de los datos electrónicos b-ON, Scielo y EBSCO. Este tipo de revisión tiene el potencial de aumentar los conocimientos y permitir al lector a estudiar un acceso únicos diferentes estudios. La investigación se realizó en octubre de 2013, dando 16 artículos que se incluyen sólo 4 artículos. **Resultados:** Es ilimitada la que a veces se traduce en sufrimiento y dolor sin fin útil. La toma de decisiones por consenso inútil tratar y prolongar la muerte no es unánime. **Discusión:** Las enfermeras consideran que el paciente podría beneficiarse de su participación en la toma de decisiones y que el paciente debe tener una participación activa en el mismo. Al final de la vida, debe ser proporcionada a los cuidados paliativos del paciente mediante la promoción de la calidad y el confort y morir de forma natural. **Conclusiones:** Se considera que en estos tiempos la práctica de la inutilidad médica tiende a ocurrir. Las enfermeras tratan de intervenir, pero siente su limitación profesional por lo que considera debe tener una participación más activa en la toma de decisiones.

Palabras clave: Medical Futility, Intensive Care, Emergency Service Hospital. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: With the advancement of technology it was possible to prolong the process of life/death of the patient, sometimes prolonging a life without quality. Disthanasia is seen as the artificial prolonging of life and suffering associated with a slow and cruel death, which is done over investment to promote a life without hypotheses, promoting the postponement of death. **Method:** The purpose of this study is to understand what the nurse perception of a Intensive Care Unit in the face of futility. For this integrative review was performed by searching the databases b-ON electronic data, Scielo and EBSCO. This type of revision has the potential to build knowledge and allow the reader to study in a single access different studies. Research was made in October 2013, yielding 16 articles being included only 4 items. **Results:** It is limitless which sometimes results in suffering and pain with no beneficial purpose. The consensus decision making on futile treat and prolong death is not unanimous. **Discussion:** The nurses consider that the patient might benefit from his involvement in decision making and that the patient should have an active participation in it. At the end of life, should be provided to the patient palliative care by promoting quality and comfort and die naturally. **Conclusion:** This type of revision has the potential to build knowledge and allow the reader to study a single access different study (4). It is considered that in modern times the practice of medical futility tends to occur. The nurses try to intervene but feel their professional limitation so consider should have a more active participation in decision making

Key words: Medical Futility, Intensive Care, Emergency Service Hospital. (Source: DeCS BIREME).

INTRODUÇÃO

No século passado ocorre uma inversão de papéis entre temas tão controversos como a morte e o sexo. Este passa a ser um tema aceitável de ser debatido, contrariamente à morte que passa a ser um tabu na sociedade não sendo debatida (5-7). A morte é um processo natural da vida, no entanto, dependendo da sociedade, é percebida de maneira diferente. Na sociedade ocidental é entendida como um fracasso e impotência (7-9). Deixando de se

morrer em casa próximo da família e amigos para se passar a morrer nos hospitais num ambiente de isolamento, a considerada morte hospitalizada (10).

O novo milénio vem romper com o passado e impor uma reflexão sobre os dilemas bioéticos. Permite assim debater, alertar e informar a sociedade sobre os avanços tecnológicos e tudo o que está relacionado com os mesmos (11).

O termo distanásia também conhecido na Europa como obstinação ou encarniçamento terapêutica e nos Estados Unidos de Futilidade Terapêutica (12), contrariamente ao seu oposto denominado ortotanásia ou mesmo a eutanásia surge nos anos 50 pelo Professor J.R.Debray na tentativa de classificar as tentativas de reanimação sem sucesso no doente sem vida de relação e em estado vegetativo (13).

Atualmente, distanásia embora pouco abordada comparativamente com outros temas define-se como ocorrendo em todas as situações em que é feito investimento para prolongar uma vida sem benefício para o doente e/ou para a sua qualidade de vida. Entendendo-se então que se trata do uso de recursos e meios terapêuticos de forma excessiva para promover a vida do doente quando a mesma já não tem hipótese de prolongamento, estando-se sim a promover o adiamento da morte (6,12-13).

No seu meio-termo surge a eutanásia sendo vista como a prática de uma boa morte sem sofrimento cujo ato demonstra compaixão (12-13). No entanto, na sociedade atual levantam-se diversas divergências com diferentes opiniões sobre, o porque de não se praticar eutanásia. Se para uns a vida é considerada sagrada e interrompe-la seria vista como um ato criminoso, para outros é difícil definir onde fica o limiar do certo e do abuso do seu uso pois facilmente se poderia confundir vontade do próprio com vontade de terceiros (13).

No outro extremo surge a Ortotanásia como sendo o morrer na hora certa sem prolongamento ou investimento no prolongamento da morte (12). Necessário diferenciar estes dois últimos termos pois parecendo parecidos são diferentes. Assim, a ortotanásia diferencia-se da eutanásia no sentido que promove a humanização dos cuidados promovendo o alívio do sofrimento e aguardando uma boa morte no momento certo (12).

Todo esse processo expõe problemas éticos. A sociedade exige prolongamento da vida mas ao mesmo tempo qualidade e bem-estar o que leva ao investimento da medicina e à despersonalização dos cuidados (5). Por outro lado, recusa aceitar a morte e fica admirada quando a mesma ocorre (9).

A bioética assume então que uma boa alternativa ao tratamento fútil é o recurso aos cuidados paliativos (13). Estes, aceitam a morte, não desejando atrasá-la ou avançá-la, promovendo o bem-estar e qualidade de vida no fim de vida (14). Assim, torna-se vital que a equipa reconheça a inviabilidade de continuarem a manter medidas terapêuticas, reconhecendo que o melhor caminho a percorrer serão os traçados pelos cuidados paliativos (15).

A bioética descentra-se da medicina, no sentido em que se afasta das práticas clássicas efetuadas ao doente e da autoridade paternalista do médico. Este crê que sabe o que é melhor para o doente, decidindo por ele (13). Esquecendo que o doente autónomo tem o direito a participar na tomada de decisão face ao seu futuro (15).

A distanásia tornou-se assim um problema ético de ocorrência recorrente e diária nos hospitais cuja decisão deixa de passar pelo doente e o percurso natural da vida para passar a ser uma decisão médica (12).

Para colmatar esta lacuna, em 2012 surge a Lei que vem regulamentar as diretivas de vontade antecipada do cidadão, o conhecido testamento vital. O testamento vital compreende resumidamente a vontade do doente em definir o que quer ou não que lhe seja feito em caso de perda de autonomia, fase terminal de doença, paragem cardiorrespiratória e tratamento através de suporte artificial de vida. Assim, define até onde a medicina pode ir, salvaguardando a possibilidade de ocorrer distanásia (16).

Entre estes dilemas todos, o importante é que o profissional respeite o doente, fazendo o melhor possível segundo o princípio de que faria tudo aquilo que gostaria que lhe fizessem se estivesse num momento de vulnerabilidade tal como o que é vivenciado pelo doente (15).

Com este estudo pretende-se compreender qual a perceção do enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Intensivos face à Distanásia através da realização de uma revisão integrativa. Efetuou-se um estudo descritivo dos artigos incluídos após pesquisa nas bases de dados b-ON, SCIELO e EBSCO.

Metodologia

Com a quantidade e complexidade da evidência científica, a revisão integrativa surge como o método ideal pois de todos é o mais amplo permitindo compilar, sintetizar e aprofundar o

conhecimento sobre o tema em estudo. Possibilita a pesquisa experimental e quase-experimental do tema em estudo e a interligação entre a literatura teórica e empírica (4,17).

Para a construção desta revisão integrativa percorreram-se seis etapas distintas, nomeadamente: definição da pergunta chave, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, definição da informação a retirar dos artigos selecionados, análise dos artigos selecionados, interpretação dos resultados encontrados, revisão e apresentação das considerações finais (4,17).

Para dar início ao estudo foi realizada uma busca pelas bases de dados SCIELO, EBSCO e b-ON no mês de outubro do ano de 2013. A questão de partida era, qual a visão do enfermeiro de uma Unidades de Cuidados Intensivos face à Distanásia?

Foram incluídos todos os estudos considerados pertinentes para o tema em estudo cujo ano de publicação não excedesse os cinco anos inclusive, isto é, que tivessem sido publicados entre o ano de 2009 e o ano de 2013 inclusive. Para permitir uma pesquisa mais ampla, foram considerados apenas os seguintes descritores: Unidade de cuidados, Intensivos e Distanásia e “Dysthanaasia” and “Intensive care unit”.

Os descritores foram inseridos nas seguintes bases de dados, tendo-se obtido o seguinte número de artigos: base de dados SCIELO 2 artigos, base de dados EBSCO 2 artigos e base de dados b-ON 12 artigos sendo que no total, obtiveram-se 16 artigos. Após a análise dos artigos selecionados, foram excluídos 7 artigos por não se adequarem ao tema em estudo. Posteriormente exclui-se mais 5 artigos por excederem a janela dos 5 anos de publicação.

Numa primeira fase os dados foram organizados numa tabela para melhor leitura e interpretação: do ano de publicação, o título do trabalho, autores, base de dados de onde foi obtido o estudo, o método utilizado, o local/amostra alvo, questões realizadas e as principais conclusões de cada estudo. De seguida, é possível visualizar os pontos considerados mais pertinentes da tabela 1:

Tabela 1: Resumo dos artigos consultados

o	Ano	Título	Autor	Base dados	Método (estudo)	Local/Amostra	Questões
1	2009	Perceção de enfermeiros intensivos sobre distanásia em unidade de terapia intensiva	Silva, F.S. Pachemshy, L.R. Rodrigues, I.G.	b-ON SciELO	1)Estudo exploratório-descriptivo 2) Abordagem qualitativo 3) Entrevista semi-estruturada gravada direccionada por um roteiro 4)Análise temática	1)2UCI 2)9 Enfermeiros	1.Medidas que prolongam a vida do paciente fora de possibilidade de cura na UCIP 2.Acções/reacções dos enfermeiros diante da distanásia 3.Motivos que levam ao prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade de cura 4.Sentimentos dos enfermeiros sobre distanásia e prolongamento da vida do paciente fora de possibilidade de cura 5.Medidas de cuidados em oposição à distanásia
2	2009	Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de Unidades de terapia intensiva e implicações na assistência	Biondo, C.A. Silva, M.J.P. Secco, L.M.D.	b-ON SciELO EBSCO	1)Natureza exploratória, descritiva 2) Abordagem quantitativa 3)Questionário de questões semiabertas	9 enfermeiros UCIP' durante 3 meses	-----

3	2010	Distanásia: reflexões éticas sobre os limites de esforços terapêuticos nas unidades de terapia intensiva	Dutra, B.S. Santana, J.C.B. Duarte, A.S. Batista, C.B.W. Attoni, J.M. Guimarães, R.J.P	b-ON	Revisão da literatura	-----	1. Reflexões sobre distanásia no contexto dos profissionais de saúde 2. Reflexões sobre a distanásia no contexto do doente 3. Reflexões sobre a distanásia no contexto da família
4	2009	Dysthanasia: nursing professionals' perception	Menezes, M.B. Selli, L. Alves, J.S.	EBSCO	1) Natureza exploratória 2) Abordagem Qualitativa 3) Entrevista semiestruturada 4) Análise de conteúdo	Local: UCIP 10 enfermeiros com mais de 1 ano de UCIP	1. Identificação e compreensão da distanásia 2. Da distanásia à ortotanásia 3. Tratamento fútil: a família como potencializadora 4. Participação dos enfermeiros

Fonte: Bases de dados electrónicas b-ON, Scielo e EBSCO

RESULTADOS

Dos resultados obtidos emanaram as seguintes questões: Visão do doente como objeto ou como um ser único? Comunicação e parceria entre equipas ou individualismo na ação? Morrer na hora certa ou prolongar o processo de morte?

Visão do doente como objeto ou como um ser único?

O avanço da tecnologia permite prolongar o processo de vida/morte do doente, estando a tomada de decisão nas mãos dos profissionais de saúde (1).

Contrariamente ao que seria de esperar, os hospitais escola tem tendência a promover a distanásia pois os alunos de medicina consideram ser capazes de trazer algo de novo para o tratamento o que implica investir (18).

Este investimento passa por aplicar técnicas e tratamentos, muitos deles invasivos, levando por vezes a procedimentos desnecessários e fúteis pois sabe-se que o doente em nada irá beneficiar com eles (18).

O doente é visto como uma parte técnica a ser manipulada e tratada, sendo esquecido o seu direito à dignidade enquanto ser, principalmente no momento de morrer (1).

O doente não teme a morte mas o tratamento desproporcional e prolongado proporcionado pelo investimento desmedido (1). Num estudo realizado em 2002, questionaram aos médicos e enfermeiros se gostariam de ser reanimados mesmo com idade avançada ao qual afirmaram positivamente mas ao acrescentar uma doença grave, os mesmos participantes afirmaram que não gostariam de ser reanimados (18).

O doente é tratado como mais um doente que tem um problema que deve ser solucionado, o grande problema é quando esse tratar despersonalizado não tem limites rumando o doente em direção ao tratar com sofrimento e dor sem fim benéfico (1).

Comunicação e parceria entre equipas ou individualismo na ação?

O consenso sobre quem deve tomar parte na tomada de decisão sobre a suspensão ou não de tratamentos fúteis e o prolongar do processo de morte não é unanime.

Os enfermeiros consideram que, por vezes, ocorre distanásia porque existe falta de comunicação entre médicos e enfermeiros o que leva a que não sejam analisados todos os pontos de vista¹⁸. Deste modo, sendo o enfermeiro detentor de conhecimento pertinente porque passa grande parte do tempo com o doente seria benéfica a sua inclusão no processo (2).

Os enfermeiros consideram que deveriam ter uma participação mais ativa na tomada de decisão. Frequentemente tentam intervir junto da equipa médica mas a aceitação da sua intervenção varia de acordo com a equipa presente (3).

Mencionam que quem decide o que irá ser feito será a equipa médica, embora não concordem pois acreditam que deveria haver diálogo e partilha na decisão entre a equipa multidisciplinar¹⁸. Deveriam ser discutidos todos os pontos de vista e quando e quais os limites das intervenções excessivas e porque mante-los se só se está a prolongar o processo de morte (1). O doente e a família deveriam inclusive ser envolvidos no processo dando

autonomia ao doente para decidir sobre que posição deveria ser tomada pois em última instancia todo o processo irá afetar o mesmo (2)

O processo deve ser claro e sincero, explicando-se o diagnóstico, procedimentos e diferentes alternativas para que a tomada de decisão seja coerente e consciente e ao mesmo tempo para que não surja esperança de recuperação quando a mesma não é viável (1)

Morrer na hora certa ou prolongar o processo de morte?

Os altos custos ligados à terapêutica e aos diversos tratamentos instituídos são justificáveis quando se vislumbra a recuperação e conseqüente alta do doente da UCI. Porém, nem sempre é assim que ocorre. Comum visualizar o investimento na promoção da distanásia, nomeadamente no uso de antibióticos de última geração, introdução de cateteres ou mesmo o recurso à diálise ou a reanimação do doente (18).

Os grandes recursos existentes nas UCI permitem que sejam feitos grandes investimentos nos doentes, o grande dilema é definir o limite entre o que é considerado o cuidar terapêutica e o cuidar que prolonga o processo de morte. Tendo estes recursos todos, torna-se, então, pertinente que haja raciocínio adequado, humanização no cuidar e princípios éticos presentes (2).

Num estudo realizado em 2009 os enfermeiros de uma UCIP, foram questionados entre distanásia, eutanásia e ortotanásia, qual praticavam no seu dia-a-dia. A maioria afirmou que praticava distanásia, seguindo-se ortotanásia e uma minoria afirmou praticar eutanásia (2).

Para se poder discutir as opções do doente é necessário que se compreenda os conceitos referidos e se siga o código deontológico que rege a profissão¹⁹. Distanásia é vista como o prolongar artificial da vida associada ao sofrimento e a uma morte lenta e cruel, opostamente surge a ortotanásia como sendo uma morte no tempo natural, sem sofrimento, conhecida como uma “boa morte” e algures no limite das duas surge a eutanásia como sendo uma ação que abrevia a vida do doente (2-3).

O investimento e a opção de reanimar doentes em situações de internamento prolongado e com idade avançada levam a que os enfermeiros sintam revolta e inconformidade (18).

Não reanimar o doente que esta no fim da sua vida é plausível segundo o princípio da beneficência e da não maleficência. Em suma, o objetivo é permitir ao doente ter uma morte digna no tempo certo e com conforto (20).

Embora sabendo que eutanásia é uma ação proibida face ao código deontológico, a realidade é que alguns enfermeiros num determinado ponto da sua carreira vêm-se tentados a praticá-la (2). Segundo o estudo de Silva, Pachemsgy e Rodrigues em 2009, os enfermeiros que afirmaram praticar eutanásia não oficialmente, realizaram-na face á impossibilidade de impedirem o prolongamento do processo de morte do doente, sentindo angústia pelo sofrimento e dor causada (18).

Paliar ou investir?

Quando não é possível investir mais, a alternativa viável e que pode proporcionar uma morte digna sem antecipar ou prolongar a morte, evitando o sofrimento desnecessário e o investimento desmedido será optar pelos cuidados paliativos assegurando os cuidados básicos e o conforto do doente (18). No entanto, para direcionar para os cuidados paliativos é preciso que quer o doente, família e profissionais de saúde aceitem a morte (9). E compreendam que com os cuidados paliativos é possível promover o bem-estar e a qualidade de vida, no fim da vida (14). Em suma, os cuidados paliativos pretendem além do acima referido, abordar o doente de forma holística atuando em função das suas necessidades. Primam pela prevenção e intervenção nos sinais e sintomas que vão surgindo com o evoluir da doença, adotando estratégias comunicacionais que auxiliem o doente/família a viver o fim de vida (21).

A grande problemática surge quando a família não aceita que se chegou ao fim do percurso terapêutica e que a melhor opção para o doente são as medidas de suporte proporcionadas pelos cuidados paliativos. A pressão da família sobre a equipa médica para que se tente mais um tratamento mantém-lhes a esperança que a recuperação será possível. Em todo este processo o investimento leva ao tratamento fútil e conseqüente adiamento do processo de morte e prolongamento do sofrimento e dor do doente (1-3).

No entanto, por vezes nem entre as equipas médicas existe consenso pois cada uma tem crenças diferentes tomando posições terapêuticas diferentes, ou seja, enquanto uma decide no seu turno que se deve paliar, no turno seguinte, a equipa médica decide que é para investir criando um ciclo vicioso sem fim (3,18).

Às vezes, luta-se ferozmente contra a morte porque os profissionais de saúde não aceitam a morte como um processo natural mas sim como um fracasso (1).

O melhor cuidado a prestar ao doente considera-se que seja envolver o doente e a sua família no processo de cuidados, aliviando o sofrimento e respeitando-a enquanto ser proporcionando-lhe uma morte digna (1,3).

Discussão

A evidencia demonstra que atualmente ainda se mantem a formação direcionada para a manutenção da vida deixando-se de parte a preparação para a morte, a aceitação da medicina do fim da vida e a limitação da competência do enfermeiro para participar na tomada de decisão (8-9,18).

Crê-se que os avanços da medicina não acompanharam o evoluir dos tempos, mantendo-se um desfasamento ético na tomada de decisão face ao doente sem perspetiva de vida (1).

A ausência do pensamento crítico do enfermeiro e a aceitação passiva da decisão médica leva a que ocorra a distanásia. Para evitar esta passividade, o enfermeiro deve refletir sobre os princípios bioéticos, e a humanização na prestação de cuidados (2).

Os enfermeiros deveriam estar presentes nas conferências familiares pois sendo eles os profissionais de saúde que mais tempo passam com o doente, são igualmente aqueles que possuem conhecimentos mais pertinentes. Logo, para evitar problemas na comunicação e para benéfico do doente seria pertinente o enfermeiro estar presente na tomada de decisão e discussão com a família sobre o plano de cuidados do doente (1-2).

A falta de comunicação leva a dificuldades na implementação das medidas a adotar assim como na compreensão das mesmas (1).

Por vezes, luta-se ferozmente contra a morte porque os profissionais de saúde não aceitam a morte assumindo-a como um fracasso (1).

Surge assim, o investimento num processo com elevados custos que nesta fase já não contribui com benefício para o doente levando ao prolongamento do processo de morte, afastando o doente de uma morte serena e sem sofrimento (3).

Os cuidados paliativos surgem como uma boa alternativa que permite ao doente viver o fim de vida com qualidade e conforto, podendo morrer naturalmente.

Conflito de interesses

Não foram registados conflitos de interesse no decorrer do desenvolvimento deste estudo.

Conclusão

O avanço da tecnologia permite prolongar o processo de vida/morte do doente. Frequentemente, o doente é visto como um problema a ser manipulada e tratada, sendo esquecido que existe o fim de vida. Trata-se sem limites, promovendo sofrimento e dor sem fim benéfico porque se deseja reverter o problema.

Por vezes, a grande problemática surge quando a família não aceita que se chegou ao fim do percurso terapêutica pressionando os profissionais para continuar o investimento. Por outro lado, determinadas equipas médicas não aceitam o fim de vida mantendo esse investimento porque sentem a morte como um fracasso. Outras aceitam o fim de vida e optam por promover cuidados paliativos.

Quando se assume o fim da vida, a melhor opção para o doente são as medidas de suporte proporcionadas pelos cuidados paliativos porque permite um morrer com dignidade, evitando o sofrimento desnecessário e o investimento desmedido, promovendo um conforto nos cuidados e manutenção do estado geral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dutra, B.; Santana, J.; Duarte, A.; Batista, C.; Attoni, J.; Guimarães, R. – Distanásia: Reflexões Éticas sobre os Limites de Esforços Terapêuticos nas Unidades de Terapia Intensiva. R. pesq.: cuid. Fundam. Online 2011;Jan/mar.3(1):1617-27, ISSN 2175-5361
2. Biondo, C.; Silva, M.; Secco, L. – Distanásia, Eutanásia e Ortotanásia: Percepções dos Enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva e Implicações na Assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2009;setembro-outubro;17(5)
3. Menezes, M.; Selli, L.; Alves, J. – Distanásia: Percepção dos Profissionais da Enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2009;julho-agosto:17(4)

4. Mendes, K.; Silveria, R.; Galvão, C. - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis. Texto Contexto Enferm 2008;Out-Dez;17(4):758-64
5. Sgreccia, E. – Manual de Bioética – Fundamentos e ética biomédica. 1ª ed. Cascais. Principia Editora; 2009
6. Kovács, M. - Bioética nas Questões da Vida e da Morte. Psicologia USP 2003;14(2),115-167
7. Bellato, R.; Carvalho, E. – O Jogo existencial e a ritualização da morte. Rev Latino-am Enfermagem 2005;janeiro-fevereiro;13(1):99-104
8. Combinato, D.; Queiroz, M. - Morte: uma visão psicossocial. Estudos de Psicologia 2006;11(2),209-216
9. Oliveira, S.; Quintana, A.; Bertolino, K. - Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2010;nov-dez;63(6):1077-80
10. Tuycross, R. – Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa. Climepsi Editores; 2003
11. Neves, M.; Lima, M. - Bioética ou Bioéticas na evolução das sociedades. Coimbra. Edição Luso-Brasileira; 2006
12. Pessini, L. - Distanásia: até quando investir sem agredir? Bioética; 1996
13. Hottois, G.; Parizeau, M-H. – Dicionário da Bioética. Lisboa. Instituto Piaget; 2003
14. Barbosa, A.; Neto, I. – Manual de Cuidados Paliativos. 1ª ed. Centro de bioética. Faculdade de Medicina. Lisboa; 2006
15. Thompson, I.; Melia, K.; Boyd, K. – Ética em Enfermagem. 4ª ed. Loures. Lusociência; 2004
16. Lei n.º 25/2012 de 16 de julho – Regula as directivas antecipadas de vontade e cria o Registo Nacional do Testamento Vital
17. Souza, M.; Silva, M.; Carvalho, R. - Revisão Integrativa: o que é e como fazer? São Paulo. Einsteins 2010;8(1 Pt 1):102-6
18. Silva, F.; Pachemshy, L.; rodrigues, I. – Percepção de Enfermeiros Intensivistas sobre Distanásia em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2009;21(2):148-154
19. Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro – Procede à Primeira Alteração ao Estatuto da ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril
20. França, D.; Rego, G.; Nunes, R. – Ordem de Não Reanimar o Doente Terminal: Dilemas Éticos dos Enfermeiros. Revista Bioética 2010;18(2):469-81

21. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. – Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANPC. Associação Nacional de Cuidados Paliativos 2006

Anexo IX – Artigo: Síndrome de *Burnout* nos profissionais de Saúde em Contexto Pré-hospitalar: Revisão Integrativa

SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTO PRÉHOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

BURNOUT SYNDROME IN HEALTH CARE PROFESSIONALS IN PREHOSPITAL
CONTEXT: AN INTEGRATIVE REVIEW

SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE SALUD EN EL CONTEXTO
PREHOSPITALARIO: UNA REVISIÓN INTEGRAL

Ana Sá Fernandes¹

Sob orientação de Patrícia Coelho²

Resumo: Presentemente, o síndrome de burnout é considerado um problema importante e emergente no contexto do Universo de trabalho. A presente revisão teve como objetivo investigar a produção científica realizada através da pesquisa nas bases de dados electrónicas b-ON, Scielo e EBSCO relativamente à síndrome de burnout nos profissionais de saúde em contexto pré-hospitalar. **Método:** Como critérios de inclusão considerou-se todos os artigos que se encontram inseridos entre 2009 e 2013 inclusive e que faziam referência à síndrome de burnout nos profissionais de saúde. No total obtiveram-se 82 artigos sendo apenas incluídos 5 artigos. Tentou-se compreender se o síndrome de burnout é um mito ou realidade um evento dinâmico ou estático, e se o síndrome de burnout afeta realmente a vida do profissional de saúde. **Conclusão:** As situações habituais do quotidiano podem levar a atingir elevados graus de tensão no profissional de saúde. Com o tempo provocam alterações no âmbito do padrão do sono, alimentação, saúde física e mental e constante vivência com o stress. Os fatores que condicionam o burnout tendem a surgir como consequência de fatores relacionados com as condicionantes organizacionais, do local de trabalho.

Descritores: Burnout + Pré-hospital + Stress

¹ Enfermeira na Unidade de Longa Duração e Manutenção. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Correspondência: na.sf@hotmail.com

² Assistente Convidada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Estudante do Doutoramento em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Avançada. Correspondência: sfcoelho@porto.ucp.pt

Abstract: Presently, the burnout syndrome is considered an important and emerging issue in the context of the work universe. This review aimed to investigate the scientific work performed by searching the databases b-ON electronic data, SciELO and EBSCO regarding burnout in health professionals in pre-hospital context. **Method:** Inclusion criteria considered all the items that are inserted between 2009 and 2013 inclusive, and that made reference to burnout in health professionals. In total 82 articles were obtained and included only 5 articles. Tried to understand the burnout syndrome is a myth or reality a dynamic or static event, and if the burnout syndrome actually affects the lives of healthcare professionals. **Conclusion:** The usual everyday situations can lead to achieve high degrees of stress in health professionals. Cause changes over time within the sleep pattern, diet, physical and mental health experiences and constant with stress. Factors influencing burnout tend to arise as a result of factors related to organizational constraints, the site of work.

Keywords: Burnout + Préhospital + Stress

Resumen: Atualmente, el síndrome de burnout se considera un tema importante y emergente en el contexto del universo de trabalho. Esta revisión procuró investigar el trabajo científico realizado por la búsqueda en las bases de datos de los datos electrónicos b-ON, SciELO y EBSCO respecto burnout en profesionales de la salud en el contexto prehospitalario. **Método:** Los criterios de inclusión consideraron todos los elementos que se insertan entre 2009 y 2013 inclusive, y que la referencia hecha al burnout en profesionales de la salud. En total se obtuvieron 82 artículos y se incluyeron sólo los 5 artículos. Traté de entender el síndrome de burnout es un mito o realidad un evento dinámico o estático, y si el síndrome de burnout afecta realmente la vida de los profesionales de la salud. **Conclusión:** Las situaciones cotidianas habituales pueden llevar a alcanzar altos grados de estrés en los profesionales sanitarios. Causa cambios en el tiempo en el patrón de sueño, la alimentación, las experiencias de salud física y mental y constante con stress. Factores que influyen en el desgaste tienden a producirse como consecuencia de factores relacionados con las limitaciones de organización, el lugar de trabajo.

Palabras clave: Burnout + Préhospital + Stress

INTRODUÇÃO

As equipas de pré-hospitalar encontram-se em cada ocorrência expostas a inúmeros riscos e vulneráveis ao stress psicológico. O socorro no pré-hospitalar consegue atingir dois extremos bem distintos, se por um lado as equipas conseguem, na maioria das ocorrências, obter sentimentos de missão cumprido, noutras alturas, vêm-se expostas a situações traumáticas e sentem insucesso. Em cada ocorrência deparam-se com uma enorme carga emocional e de tensão. Situações tais como acidentes de diferentes tipos, ocorrências que envolvam crianças, acidentes com multivítimas, vítimas em paragem cardiorrespiratória, incidentes violentos nomeadamente, homicídios, suicídios ou dano à integridade física de outrem são situações que possuem sempre uma elevada carga de stress implícita. As equipas de pré-hospitalar vêm-se assim expostas frequentemente à agressão da sua saúde mental, sendo que ao longo da sua carreira vão sendo vítimas de episódios traumáticos que as marcam^{1,2}.

Nos últimos anos, o desgaste físico e emocional do profissional de saúde tem vindo a cair em declínio devido às situações geradoras de stress que decorrem das alterações sofridas pela sociedade e às exigências no ambiente de trabalho³. Por vezes, o profissional tem tendência a ingressar no mundo das dependências como amenizador das tensões vividas. Durante algum tempo, a dependência fornece uma resposta positiva ao profissional, porém, a longo prazo, a dependência torna-se um reforço positivo ineficaz, tomando o efeito oposto porque torna-se um novo problema^{2,4,5}. Muitas instituições não possuem os meios adequados para prevenir o stress, detetar nem as estratégias corretas para auxiliar os seus trabalhadores³.

Face a essas situações, os profissionais vêm-se assim obrigados a adequar estratégias de autocontrolo e gestão das situações⁶.

A adopção de estratégias eficazes possibilitam gerir o stress permitindo ao sujeito sustentar a resistência necessária e a capacidade de enfrentar e superar os desafios e situações geradores de stress que encontra no seu dia-a-dia. Estas estratégias possibilitam ao sujeito uma boa saúde física e mental, a ausência de dependências como por exemplo: drogas ou álcool e uma coexistência saudável em sociedade¹. Deste modo, o profissional deve adaptar estratégias eficazes de *coping* para as situações passíveis de exceder as estratégias habituais. Para tal, o profissional deve frequentar ações de formação contínuas que

valorizem a dimensão relacional e social, que o ajudem a melhorar a adequar novas estratégias e lhe permitam manter uma boa qualidade de vida⁷.

O stress surge no dia-a-dia do sujeito quando este se depara com um agente gerador de tensão desencadeando um mecanismo de alarme que o obriga a dar uma resposta. Surgem assim as estratégias de *coping* cujo objetivo é a manter o equilíbrio interno e permitir eliminar o agente causador de tensão. É um processo dinâmico que surge do esforço do indivíduo em adequar estratégias para conseguir lidar/gerir situações excessivas que vão surgindo como consequência de situações de stress que ultrapassam os mecanismos automáticos de gestão das situações habituais do dia-a-dia, isto é, o *coping* ajuda o sujeito^{5, 8, 9}.

A exaustão surge quando o sujeito já não tem capacidade para se adaptar à situação vivenciada ou não consegue lidar com a mesma. Como consequência, o sujeito atinge elevados níveis de estimulação fisiológica, esgotando as suas reservas. Segue-se o desespero por não conseguir controlar a situação levando a que o sujeito abdique de lutar, aceitando passivamente as consequências da situação⁵.

Presentemente, o síndrome de *burnout* é considerado um problema importante e emergente no contexto do universo de trabalho tornando-se um problema que afeta o profissional quer no foro individual, social e/ou laboral que atinge sobretudo os profissionais que cuidam de pessoas^{10, 11}.

O síndrome de *burnout* ou síndrome de exaustão aparece como resultado da resposta dada á pressão emocional crónica. Surge no contexto das condições laborais atuais como consequência da sociedade moderna. O profissional de saúde interpreta as situações de stress ligadas à estrutura da organização, às interações profissionais, à comunicação na organização e entre pares como um problema gerador de stress¹².

Os mecanismos de compensação também conhecidos como mecanismos de defesa tem como finalidade reduzir os momentos de ansiedade causados pelos momentos de tensão⁹. Quando os mecanismos de compensação se demonstram inadequados e/ou exagerados, induzem transformações a nível físico e psíquico que conduzem ao surgimento de episódios de ansiedade e/ou depressão^{5, 9}. O sujeito tende a relembrar o momento de conflito levando-o a sofrer insónias, como consequência torna-se mais irritado, com falta

de atenção, diminui o seu rendimento e atenção, tornando real o aparecimento de erros e a incapacidade de tomadas de decisão⁵.

O stress com o tempo torna-se crónico afetando o desempenho e o rendimento do profissional, o relacionamento interpessoal e a sua qualidade de vida pessoal e social¹³.

O stress crónico provoca alterações a nível da perceção, tolerância à frustração, consciência crítica e atenção. O sujeito interpreta de forma distorcida a realidade, perdendo a capacidade de compreender com clareza as ações que acontecem. Por outro lado, aumentam os níveis de ansiedade afetando a concentração, memória e atenção. Levando-o a cometer erros simples e a não detetar erros que aconteçam diminuindo assim o rendimento do sujeito. Este demonstra dificuldade em reter informação atual e recordar informação arquivada na memória⁵.

Episódios frequentes e intensos de stress originam o surgimento do síndrome de *burnout* profissional. O síndrome de *burnout* compreende três sintomas nomeadamente: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição do desempenho profissional^{2, 11, 12}.

A exaustão emocional também conhecida como fadiga de compaixão compreende a ineficácia na resposta às exigências do trabalho originando sentimentos de frustração e medo de trabalhar. O profissional vive por antecipação a ida para o local de trabalho porque no local de trabalho tende a experienciar momentos de insatisfação logo ele vive no medo constante de que o próximo turno chegue^{2, 12}.

A despersonalização também conhecida como desumanização corresponde ao distanciamento doente/profissional de saúde. O profissional vê o doente como um objeto, refugia-se em longas pausas ou longas conversas com os pares apenas sobre questões referentes ao trabalho, evitando abordar temas mais pessoais e cumprir as tarefas de trabalho^{2, 12}.

A diminuição do desempenho profissional compreende o inadequado desempenho e competência profissional em que o profissional de saúde se vê negativamente, com sentimentos de insucesso, decréscimo nas competências e afastamento físico e psicológico das situações¹².

A falta de comunicação por parte da instituição com o profissional, expectativas instituição/pessoais não cumpridas, falta de reforços por parte da instituição e a incerteza

de papéis conduzem o profissional a não compreender essas mesmas indecisões levando-o a pensar constantemente nas indeterminações vivenciadas¹².

Com as estratégias de *coping* pretende-se minimizar/evitar/extrair sentimentos positivos a partir de situações negativas e que proporcionem conforto ao indivíduo. Isto é, o indivíduo adequa estratégias para minimizar a tensão emocional que está a vivenciar. Algumas estratégias de *coping* podem ser o recurso a pensamentos que contenham sentimentos de conforto positivos, recurso ao seu círculo de amizades sociais ou por exemplo recurso a hábitos excessivos⁵.

Com este estudo pretende-se compreender em que sentido o síndrome de *burnout* afeta o profissional de saúde tendo-se realizado uma revisão integrativa. Efetuou-se, portanto, um estudo descritivo dos artigos incluídos após pesquisa nas bases b-ON, SCIELO e EBSCO.

METODOLOGIA

Com a quantidade e complexidade da evidência científica, a revisão integrativa surge como o método ideal pois de todos é o mais amplo permitindo compilar, sintetizar e aprofundar o conhecimento sobre o tema em estudo. Possibilita a pesquisa experimental e quase-experimental do tema em estudo e a interligação entre a literatura teórica e empírica^{14, 15}.

Para a construção desta revisão integrativa percorreram-se seis etapas distintas, nomeadamente: definição da pergunta chave, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, definição da informação a retirar dos artigos selecionados, análise dos artigos selecionados, interpretação dos resultados encontrados, revisão e apresentação das considerações finais^{14, 15}.

Para dar início ao estudo foi realizada uma busca pelas bases de dados SCIELO, EBSCO e b-ON no mês de Dezembro do ano de 2013. A questão de partida era, Em que medida afeta o síndrome de *Burnout* os Profissionais de Saúde: Revisão Integrativa.

Foram incluídos todos os estudos considerados pertinentes para o tema em estudo cujo ano de publicação não excedesse os cinco anos inclusive, isto é, que tivessem sido publicados entre o ano de 2009 e o ano de 2013 inclusive. Para permitir uma pesquisa mais ampla, foram considerados apenas os seguintes descritores: *Burnout*, *Pré-hospital* e *Stress*.

Os descritores foram inseridos nas seguintes bases de dados, tendo-se obtido o seguinte número de artigos: base de dados SCIELO 2 artigos, base de dados EBSCO 17 artigos e base de dados b-ON 63 artigos sendo que no total, obtiveram-se 82 artigos. Após a análise dos artigos selecionados, foram excluídos 74 artigos por não se adequarem ao tema em estudo, não terem sido analisados por peritos, não serem artigos ou terem sido publicados antes de 2009. Assim, obtiveram-se 8 artigos sendo que 3 deles se repetiam ficando 5 artigos para análise.

Numa primeira fase os dados foram organizados numa tabela para melhor leitura e interpretação: do ano de publicação, o título do trabalho, autores, base de dados de onde foi obtido o estudo, o método utilizado, o local/amostra alvo, questões realizadas e as principais conclusões de cada estudo. De seguida, é possível visualizar os pontos considerados mais pertinentes na tabela 1:

o	Ano	Título	Autor	Base dados	Método (estudo)	Local/Amostra	Questões
1	2010	Preditores da Síndrome de <i>Burnout</i> em Enfermeiros de Serviços de urgência pré-hospitalar	França, S.P.S.; Matino, M.M.F.de; Aniceto, V.S.; Silva, L.L.	EBSCO	- Estudo descritivo exploratório, quantitativo - Questionário estruturado - Análise de dados: Estatística descritiva e inferencial	SAMU 38 Enfermeiros	----- ----
2	2012	Determinants of Work Related Exhaustion of Mobile Pre-hospital nurses	Filgueira, C.C.; Santos, V.E.P.; Vieira, A.N.	EBS CO	- Qualitativo com abordagem descritiva - Análise de conteúdo -Entrevista semiestruturada gravada	6 Enfermeiros do SAMU	- Determinantes de esgotamento em ambiente pré-hospitalar: visão dos enfermeiros; - Efeitos do trabalho na vida pessoal e profissional.
3	2013	Estresse da Equipe de	Salvador, R.S.P.;	b-ON	-Qualitativo descritivo-	10	- Identificar os stressores presentes nessa

		Enfermagem do Corpo de Bombeiros no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel	Silva, B.A.S.A.; Lisboa, M.T.L.	SciELO	exploratório -Entrevista gravada semiestruturada	Enfermeiros	atividade profissional; - Analisar a repercussão do estresse na saúde desses profissionais
4	2009	<i>A Síndrome de Burnout e Equipe de Resgate Pré-hospitalar Enfermeiros da Equipe de resgate pré-hospitalar</i>	Bezerra, R.P.; Beresin, R.	b-ON SciELO EBSCO	-Estudo Transversal - Inventário de burnout de Maslach - Questionário	17 Enfermeiros	Verificar a presença e avaliar os níveis da síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar
5	2012	<i>Are You Under Stress in SEM?</i>	Collop y, K.T.; Kivlehan, S.M.; Snyder, S.R.	EBS CO			- Introduzir e descrever <i>burnout</i> - Definir e explorar os sintomas de síndrome stress Pós-traumático - Discutir estratégias para melhorar a saúde mental e estratégias de melhoria para os mecanismos de coping

Tabela 1: Síntese dos artigos consultados para pesquisa

RESULTADOS

Dos resultados obtidos emanaram as seguintes questões: o síndrome de *burnout* é um mito ou realidade?, um evento dinâmico ou estático, o síndrome de *burnout* afeta a vida do profissional de saúde do pré-hospitalar?

As equipas do pré-hospitalar a cada turno vivenciam situações críticas a um ritmo frenético vendo-se expostos a situações de tensão, stress e confrontos interpessoais. Com o tempo, surge desmotivação e sentimentos de inutilidade o que conduzem à prestação de maus cuidados⁶.

As equipas do pré-hospitalar atuam fora do meio controlado do hospital, nomeadamente, em contexto de rua, no domicílio do doente ou outras áreas tais como recintos públicos, empresas, entre outros. Quando é feita a chamada de pedido de socorro, espera-se que quem acorra ao local saiba dar a resposta adequada, tenha capacidade de agir com rapidez, agilidade e consiga reverter o problema instalado num curto espaço de tempo⁶.

Com o aumento do custo de vida e o decréscimo do rendimento salarial, os profissionais vêm-se forçados a ter um segundo emprego aumentando a carga horária^{2, 6}. Com esta carga extra de trabalho, o profissional vê reduzido o seu período de descanso, aumenta o cansaço e a carga de stress a que fica exposto. Inevitavelmente, há uma redução no tempo despendido para a família e no estabelecimento de uma relação saudável. O cansaço, a angústia/stress vivenciados acabam a longo prazo por ter efeitos negativos no bem-estar do profissional levando-o à exaustão⁶.

Se por um lado as ocorrências repletas de stress são passíveis de causar alterações à saúde mental das equipas do pré-hospitalar, acionamentos para situações não emergentes e chamadas falsas também geram stress nos profissionais^{2, 16}. Os profissionais do pré-hospitalar tem noção que os doentes aprenderam a contornar o sistema para poderem ter acesso a uma ambulância. Estes sentem que ao estarem expostos a essas situações não conseguem dar resposta a situações que realmente necessitam de auxílio e para as quais foram treinados pois encontram-se ocupados em situações que poderiam ser tratadas no ambulatório ou ser transportadas por táxi para a unidade de saúde¹⁶.

A sobrelotação dos serviços de urgência é hoje considerada um problema mundial que afeta as equipas pré-hospitalar porque, as mesmas, tem de esperar às vezes horas, pela disponibilidade do material. O cidadão comum vê-se por vezes também vítima do tempo de espera para além da hora de atendimento que acaba por ultrapassar o previsto. Esta demora na disponibilização do material das ambulâncias obriga a que fiquem inoperacionais porque ficam com o material retido na unidade hospitalar, a ambulância não pode sair novamente. Como consequência, o atraso na disponibilidade dos meios leva a que exista uma demora no socorro a novas ocorrências¹⁶.

O tempo de espera aliado à pressão exercida pelo centro orientador de doentes urgentes para saídas de novas ocorrências leva a que os profissionais de saúde se deparem com momentos elevados de tensão e stress¹⁶.

O síndrome de *burnout* é um mito ou realidade, um evento dinâmico ou estático?

As equipas do pré-hospitalar encontram-se expostas a situações de violência física e mental, assaltos, acidentes rodoviários, vítimas em paragem cardiorrespiratória entre outros contextos². Estas situações de urgência/emergência, encontram-se carregadas de carga emocional. Por vezes, o profissional depara-se com ocorrências em que se sente menos capaz de atuar. Aliado à tensão vivenciada ao longo de cada turno e por vezes no seu dia-a-dia leva a que os profissionais do pré-hospitalar se exponham ao stress e à fadiga físico e mental conduzindo-os a longo prazo a um cansaço intenso resultando por fim em exaustão⁶. Esta fadiga mental e emocional quando não acompanhada, leva a curto prazo ao desenvolvimento do síndrome de *burnout*².

O esforço físico envolvido no transporte da vítima do local da ocorrência para a ambulância, seja por maca ou por cadeira de rodas, provoca sobrecarga na coluna vertebral o que causa dores e origina lesões¹⁶.

A constante alteração dos horários de trabalho devido à rotatividade dos turnos origina alterações no padrão de sono dos profissionais do pré-hospitalar. Por vezes, apresentam dificuldade em adormecer, outras alturas apresentam um dormir agitado e turbulento acordando várias vezes ao longo do sono. O descanso proporcionado nos turnos noturnos no local de trabalho é algo imprevisível e instável porque nunca sabem quando poderão não ter nenhuma ocorrência e descansar por longos períodos ou estar constantemente a interromper o descanso além de que se encontram sob tensão constante esperando a próxima saída¹⁶.

Os acionamentos para ocorrências com cariz de violência causam uma tensão extra na equipa, no entanto, quando as mesmas são acionadas para bairros problemáticos, seja qual for o motivo da chamada, causam uma tensão ainda maior ao profissional. Se numa situação normal o doente/família/observador já se encontra tenso, agressivo com comportamentos menos assertivos, aliemos isso tudo e juntemos a problemática envolta nos bairros problemáticos podendo facilmente a situação ficar descontrolada. É por todos esses motivos combinados e/ou isolados que as equipas do pré-hospitalar sentem que a sua

integridade física e mental poderá ser especialmente abalada quando ocorrem a essas ocorrências¹⁶.

As equipas do pré-hospitalar por norma, adquirem hábitos nutricionais incorretos no local de trabalho devido à imprevisibilidade do mesmo, tentando compensar com hábitos saudáveis quando estão no domicílio. Uma das principais causas para a aquisição desses hábitos errados prende-se com o facto de que os profissionais nem sempre podem efetuar as refeições nas horas convencionais, frequentemente comem apressadamente ingerindo alimentação pouco saudável mas calóricos como consequência¹⁶.

Sem hábitos nutricionais saudáveis adquiridos e a não obrigatoriedade da prática de exercício, fica ao critério de cada profissional a sua realização o que origina a que poucos adiram à sua prática conduzindo ao sedentarismo^{1,6}.

Os profissionais reconhecem que procurar momentos de lazer e passar momentos com a família e amigos lhes permite escapar ao stress vivenciado no trabalho, no entanto, a sobrecarga de trabalho faz com que tais momentos sejam difíceis de concretizar^{2,6,16}.

A falta de tempo para a vida familiar, a ausência ou escassa prática nas atividades físicas e de lazer levam a que o profissional só tenha tempo para o trabalho. Viver apenas focado no trabalho origina cansaço no corpo e mente ocasionando insatisfação, falta de interesse, desmotivação e baixa qualidade na prestação de cuidados. Hábitos nutricionais incorretos, trabalhar por turnos com horário rotativo, as responsabilidades inerentes ao papel profissional, a obrigatoriedade de manter uma boa relação com os demais e as condições de trabalho afetam o desempenho do profissional, a sua insatisfação com o trabalho e inevitavelmente a sua qualidade de vida^{6,13}.

O constante stress e situações de conflito a que as equipas se encontram expostas podem levar ao fim de algum tempo ao cansaço físico e mental do profissional do pré-hospitalar. Este vai acumulando o cansaço dia após dia não percecionado que está a ser exposto ao mesmo⁶. Com o tempo, a privação do sono, a carga elevada de trabalho, a constante tentativa de se manter imparcial nas ocorrências e os incidentes críticos a que se encontram expostos agravam o stress crónico e aumentam o cansaço².

Com a exposição prolongada ao stress aumenta a probabilidade de aparecimento de doenças e lesões que podem ser apenas agudas mas que com o passar do tempo leva ao agravamento das mesmas podendo tornar-se crónicas. Assim, podem surgir uma panóplia

de doenças e lesões a longo prazo tais como hipertensão arterial, lombalgias, tendinites e mesmo infeções recorrentes. Algumas delas sendo expectáveis devido ao esforço físico constante¹⁶.

Fatores tais como o défice na comunicação entre as chefias e os pares assim como a baixa satisfação das ações realizadas em contexto de trabalho encontram-se igualmente descritas como aumentando a probabilidade de conduzirem ao *burnout*².

O síndrome de *burnout* afeta a vida do profissional de saúde?

Os profissionais do pré-hospitalar encontram-se diariamente expostos a cenários de violência, morte, ansiedade e instabilidade ao longo de cada turno. A instabilidade mental no profissional pode surgir quando o mesmo se depara com uma situação cuja probabilidade de ocorrência não é habitual. Nas situações menos habituais, o profissional pode sentir que não possui os conhecimentos necessários para a resolver ou não se sentir familiarizado com a situação. Esses sentimentos tendem a originar um défice de autoconfiança necessária^{3,6}. Nestes momentos vivenciados, o profissional sente-se incapaz, fica com receio de atuar e desenvolve sentimentos de ansiedade e impotência. O profissional tende a pensar na situação transportando-se para o lugar do doente. Quando crê que a sua atuação foi deficitária lamenta os cuidados prestados ao doente, desejando que um dia em que seja vítima de uma situação idêntica tenha cuidados de excelência.

Para minorar esses sentimentos de insegurança, deve ser realizada periodicamente formação nos temas mais delicados, atualizar *guidelines*, realizar simulacros e participar em *master trainings*.

Assumir a responsabilidade de gerir a vida do doente numa situação de instabilidade e a hipótese de poder prejudicar a mesma com uma ação mal executada revela-se um fator determinante para a exaustão⁶.

Se com a exaustão emocional o profissional perde a capacidade de simpatia e empatia com o doente, com a despersonalização o profissional tende a adequar estratégias de *coping* para justificar as suas ações de distanciamento com o doente assim como tende a formular juízos sobre o sucedido à vítima².

A longo prazo o profissional tende a apresentar frequentes cefaleias, episódios de hipertensão, ausências ao trabalho e por vezes desenvolvem depressão⁶. Podendo ainda apresentar dificuldade de concentração, falta de memória e conseqüente mau desempenho profissional¹⁶.

Diz-se que as equipas do pré-hospitalar são equipas compostas por profissionais duros, desprovidos de emoções, no entanto, o autocontrole extremo em situações extremas deve ser visto com atenção porque por vezes o distanciamento e a evasão ao conflito ou às situações extremas é o sinónimo oposto. Isto é, os profissionais do pré-hospitalar com o vivenciar das situações criam um involucro estanque em seu redor evitando assim expor os seus verdadeiros sentimentos e refletir sobre a situação vivenciada porque ao tomar consciência da mesma tende a reviver o momento novamente. As estratégias de *coping* negativas a que os profissionais recorrem acabam por ser destrutivas agravando o stress vivenciado pelos profissionais. Quando o profissional recorre a este tipo de estratégias está a evitar os problemas e a fingir que o mesmo não existe, assim distancia-se do confronto direto porque não sente o desconforto das emoções geradas, tende a assumir a responsabilidade de coisas que não fez e agir friamente com os outros².

Segundo o estudo sobre preditores da Síndrome de *Burnout* em Enfermeiros de Serviços de urgência pré-hospitalar de França, Matino, Aniceto e Silva (2012), os profissionais com idade inferior a trinta anos encontram-se mais suscetíveis a desenvolver o *burnout* porque não se encontram preparados para o ambiente de trabalho tal como aqueles profissionais que possuíam filhos que se sentiam mentalmente cansados de educar os filhos em casa. No entanto, aqueles que receberam formação conseguem superar melhor a exaustão emocional e sentir realização profissional³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional deve adequar estratégias que lhe permita ter capacidade de enfrentar e superar os desafios e situações geradores de stress que encontra na sua rotina diária. Essas estratégias permitem ao profissional contornar os momentos de tensão e conseqüentemente manter uma boa saúde física e mental, uma coexistência saudável em sociedade e evita a entrada numa determinada dependência. A dependência seja em drogas, álcool, tabaco entre outros, tende a aparecer quando o profissional tenta arranjar um substituto positivo para o momento que vive. Porém, como qualquer dependência, com o prolongar do seu

hábito, a mesma acaba por agravar. Com o agravamento da dependência, o profissional deixa de ter o reforço positivo que servia para substituir o desconforto dos agentes de stress. Assim, nesta fase em que o reforço positivo deixa de existir, o profissional vê-se face a um novo problema, isto é, mantém os efeitos provenientes das situações stress e ainda tem de gerir os problemas provenientes das dependências¹. A instituição deve intervir e ajudar o profissional a resolver a situação adequando as estratégias que considerar pertinente seja através da alteração do plano de trabalho, terapia psicológica e/ou tratamento farmacológico¹⁷ e posteriormente deve reingressar o profissional¹³.

No passado, atuava-se quando os sinais e sintomas se manifestavam sendo que nessa fase o distúrbio mental já se encontrava presente e por vezes associado a dependências graves¹. Atualmente, existe um esforço pró-ativo das instituições em abordar numa fase precoce os fatores geradores de stress através da implementação de estratégias que visam evitar o *burnout*, minimizar os momentos de tensão e preveni-los quando os mesmos são evitáveis¹.
13 .

A instituição deve então precocemente adequar estratégias que permitam diagnosticar na fase inicial o *burnout* para que posteriormente possa reduzir os fatores geradores de stress. Assim, a instituição deve assegurar uma avaliação médica, psicológica e recursos a exames físicos^{13, 17}.

A exposição a situações violentas e repletas de carga emocional, a tensão elevada, o cansaço físico e emocional acabam por afetar a vida pessoal e profissional dos profissionais do pré-hospitalar. Sendo agravadas pela sobrecarga nas horas de trabalho o que promove a redução do tempo despendido para a vida familiar e para atividades de lazer resultando numa qualidade de vida deficitária⁶.

No estudo realizado por Salvador, Silva, e Lisboa (2013), os mesmos autores descrevem que boas condições de trabalho e adequadas estratégias possibilitam um bom desempenho e melhoram a prestação de cuidados, permitindo uma boa saúde mental e física pelo que o profissional e as chefias devem diariamente tentar promover-las.

As situações traumáticas não necessitam de ser situações que ocorrem em cenários multivitímas ou em catástrofes. São normalmente situações banais do dia-a-dia dos profissionais que podem atingir elevados graus de tensão como por exemplo, cenários que envolvam crianças, o insucesso da reanimação cardiopulmonar. O profissional deve ser

capaz de reconhecer quando não está a conseguir eficientemente gerir as situações ou quando um elemento da equipa deixa de ser capaz de gerir as situações crítica. Reconhecer-se em si mesmo ou nos demais é o primeiro passo para evitar que o síndrome de *burnout* se instale e assim se entre numa espiral com agressões diárias à saúde física e mental do profissional^{2, 13}.

Assim, o *burnout* surge como consequência de condições relacionados a instituição, o do local de trabalho ou das condições fornecidos pelas chefias e pelo ambiente de trabalho^{3, 13}.

Um profissional que não se encontra com a sua saúde mental e física bem, é um profissional que não consegue prestar cuidados de excelência pelo que devem ser instituídas estratégias para a sua manutenção¹⁷.

Deste modo, o profissional deve adequar estratégias para gerir eficazmente o seu tempo, procurar apoio nos pares, desenvolver um bom ambiente de trabalho, gerir o horário de trabalho, isto é, reduzir as horas extras¹³. Por seu lado, a instituição deve incentivar os trabalhadores a praticarem exercício físico, participar em atividades de lazer, nomeadamente, aquelas atividades que proporcionem momentos de relaxamento e adotarem hábitos nutricionais adequados e saudáveis¹⁷. A instituição deve ainda criar estratégias para detetar precocemente o *burnout*, deve investir na formação do profissional, fornecer boas condições de trabalho e englobá-lo nas decisões da instituição que afetem diretamente o mesmo¹³.

Tendo em conta as alterações a que os profissionais de saúde estão sujeitos no âmbito do padrão do sono, alimentação, saúde física e mental e constante vivencia com o stress, torna-se pertinente efetuar mais estudos na área, em Portugal para que no futuro se consiga encontrar estratégias para contrariar os mesmos e permitir melhorar as condições de trabalho dos profissionais^{13, 16}.

CONFLITO DE INTERESSES

Não foram registados conflitos de interesse no decorrer do desenvolvimento deste estudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SMITH, A.; ROBERTS, K. – **Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature.** Emerg Med J 2003; 20:75-78

2. COLLOPY, K.; KIVLEHAN, S.; SNYDER, S. – **Are You Under Stress in SEM?** [Em linha]. [Consultado em 10.12.2013.] Disponível em <http://www.emsworld.com/article/10776875/post-traumatic-stress-disorder-in-prehospital-providers>
3. FRANÇA, S.; MATINO, M. de; ANICETO, V.; SILVA, L. – **Preditores da Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Serviços de urgência pré-hospitalar.** Acta Paul Enferm. 2012. 25(1):68-73
4. SERRA, A. (2005) – **As Múltiplas Facetas do Stress, In PINTO, A.M.; SILVA, A.L. – Stress e Bem-estar. Modelos e Domínios de Aplicação.** 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores
5. SEQUEIRA, C. (2006) – **Introdução à Prática Clínica – Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.** 1ª Edição. Coimbra: Quarteto
6. FILGUEIRA, C.; SANTOS, V.; VIEIRA, A. – **Determinants of Work Related Exhaustion of Mobile Pre-hospital nurses.** Journal of Nursing UFPE On Line. 2012. May; 6(5):1130-5
7. MELO, R. – **Auto-Conceito: implicações no desenvolvimento de estratégias de coping.** Revista *Nursing*, Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Nº230. Fevereiro, 2008. Ano 18
8. OSÓRIO, J. (2008) – **Coping: Qual o Instrumento mais adequado?, in SEQUEIRA, C.; PINTO, J.; CARVALHO, J.; SÁ, L. – A Saúde Mental e o Equilíbrio Social.** Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. p.42–50
9. NEEB, K. (2000) – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental.** Loures: Lusociência. p.103–113
10. BEZERRA, R.; BERESIN, R. – **A Síndrome de Burnout em Enfermeiros da Equipe de Resgate Pré-hospitalar.** Einstein. 2009. 7(3 Pt 1):351-6
11. PINTO, A. – **Desenvolvimento Histórico, Conceptual do Burnout e seus Modelos Teóricos.** Revista *Nursing*. Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Nº240. Edição Dezembro; 2008. Ano 20
12. MARQUES-TEIXEIRA, J. (2011) – **Manual Prático para Clínicos Gerais.** Linda-a-Velha: VVKA

13. PINTO, A. – **Burnout versus Stress – investigações em profissionais.** Revista *Nursing*. Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Nº240. Edição Dezembro, 2008. Ano 20
14. MENDES, K.; SILVERIA, R.; GALVÃO, C. - **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Florianópolis. Texto Contexto Enferm, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64
15. SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. - **Revisão Integrativa: o que é e como fazer?** São Paulo. Einstein, 2010; 8(1 Pt 1):102-6
16. SALVADOR, R.; SILVA, B.; LISBOA, M. – **Estresse da Equipe de Enfermagem do Corpo de Bombeiros no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.** Esc Anna Nery (impr.) 2013 abr – jun; 17 (2):361-368
17. SANTOS, A; BATISTA, V.; SANTOS, P. – **Modelos Preditores e Coping no trabalho por turnos em enfermagem.** Revista *Nursing*, Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Nº232. Edição Abril, 2008. Ano 18

Anexo IX A) – Poster: Síndrome de *Burnout* nos profissionais de Saúde em Contexto Pré-hospitalar: Revisão Integrativa

