



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

António Manuel Ribeiro Guimarães da Costa

Abril, 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por António Manuel Ribeiro Guimarães da Costa

Sob orientação de Mestre Lúcia Rocha

Abril, 2013

RESUMO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do V Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho surge como um documento final e ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o Estágio, na assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso, e particularmente ao doente em estado crítico.

A elaboração deste documento tem como objetivo geral, dar evidência à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, ilustrando as competências adquiridas, numa perspetiva do Enfermeiro Especialista e posteriormente Mestre.

O Módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga, permitindo-nos adquirir/aprimorar conhecimentos e competências na área de cuidados intensivos. Nesta unidade os contributos deixados passaram pelo projeto da monitorização do *Delirium* em doentes internados na unidade e na elaboração de um formulário para a prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador, assim como reflexões sobre novas evidências relacionadas com a técnica de aspiração de secreções, resíduos gástricos e infeções do trato urinário.

O Módulo III correspondeu à Assistência Pré-Hospitalar, que decorreu na Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica, permitindo-nos mobilizar/adquirir conhecimentos e competências nesta área. Neste módulo os contributos deixados passaram pela partilha de novas evidências relacionadas com a hipotermia terapêutica, promovemos também um *masstraining* em Suporte Básico de Vida com o intuito de fortalecer a Cadeia de Sobrevivência, assim como a organização de uma visita de estudo para os Bombeiros da Póvoa de Lanhoso ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes com o intuito de fortalecer o Sistema Integrado de Emergência Médica.

A metodologia utilizada é descritiva e analítico-reflexiva, apoiada no Projeto de Estágio, nos Portefólios, assim como na pesquisa bibliográfica efetuada para a fundamentação teórica e científica de todas as ações e tomadas de decisão.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em três partes. Numa primeira fase fazemos uma introdução onde fica expresso o enquadramento do relatório no curso, uma breve caracterização dos locais de estágio e a justificação da seleção dos mesmos. No desenvolvimento do documento descrevemos as situações de aprendizagem com que nos deparamos, dando evidência aos objetivos propostos e às atividades desenvolvidas, no sentido de adquirir as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por último deixamos uma nota conclusiva onde fazemos uma análise retrospectiva das principais aprendizagens, das contingências que marcaram o percurso, e das marcas que todo este período formativo deixou no nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Com este trabalho pretendemos demonstrar de uma forma global as competências adquiridas e a sua importância e relevância para o cabal desempenho da função de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The present report is inserted in the study plan of the V Post-Graduate Course of Nursing with specialty in Medical-Surgical Nursing of the Institute of Sciences of the Health of the Portuguese Catholic University. This paper comes as a final and illustrative document of the knowledge gathered throughout the internship in advanced nursing assistance to the sickly adult and elderly, and particularly to the patient in critical state.

The elaboration this document, has as a general goal to give visibility to the argumentative-reflexive analysis of the activities developed, illustrating the competences gained, in a Specialized Nurse's perspective and later Master.

The II Module was held in the Intensive Care Unit of the Hospital of Braga, allowing us to acquire/improve knowledge and competences in the intensive care area. In this unit, the contributions given were the project of monitoring of the *Delirium* of patients admitted to the unit and the elaboration of a form for the prevention of Pneumonia Associated to the Ventilator, as well as reflections on new evidence, related technique aspiration of secretions, residues gastric and infections of urinary tract.

The III Module corresponded to Pre-Hospital Assistance that was held in the North Delegacy of the National Institute of Medical Emergency, allowing us to mobilize/acquire knowledge and competences in this field. In this module the contributions given were the sharing of new findings related hypothermia therapeutic, we also promoted a *mass training* on Basic Support of Life, with the intent of strengthening the Chain of Survival, as well as organizing a visit for firefighters of Póvoa de Lanhoso to the Center of Guidance for Urgent Patients with the intention to fortify the Integrated System of Medical Emergency.

The method used is descriptive and argumentative-reflexive, supported by the Internship Project, the Portfolios, as wells as the bibliographic research held for the theoretical and scientific substantiation of all actions and decision-making.

Structurally, the paper is divided into three parts. Initially we do an introduction where the framework of the report in the course, a brief characterization of the places of the internship and the justification of their selection are stipulated. In the development of the document, we describe the situations of the learning process which we faced, focusing on the proposed goals and the activities developed, in order to acquire the competences inherent to the Specialized Nurse in Medical-Surgical Nursing. Finally, we left a concluding note where we do a retrospective analysis of the main learnings, of the contingencies that distinguished the trajectory, and the marks that this formative period left on our personal and professional development.

With this paper, we intend to demonstrate in a global way, the competences acquired and their importance and relevance to the complete performance of the function of the Specialized Nurse in Medical-surgical Nursing.

AGRADECIMENTOS

À Olga pelo apoio demonstrado e pela motivação transmitida ao longo desta caminhada;

Aos meus pais pelo apoio e disponibilidade prestada;

A um amigo especial pela paciência demonstrada para comportar e partilhar os momentos de maior ansiedade;

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

Aos Enfermeiros Tutores pela disponibilidade, partilha e orientação prestados;

A todos os enfermeiros dos vários serviços onde efetuei os meus estágios, os quais foram um pilar importante no desenvolvimento das várias competências.

A todos, um muito obrigado!

SIGLAS

APH	- ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR;
CCI	- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO;
CDE	- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO;
CI	- CUIDADOS INTENSIVOS;
CODU	- CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES;
EEMC	- ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA;
ERC	- EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL;
HB	- HOSPITAL DE BRAGA;
HVVC	- HEMOFILTRAÇÃO VENO VENOSA CONTÍNUA;
IACS	- INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE;
INEM	- INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA;
OE	- ORDEM DOS ENFERMEIROS;
PAV	- PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR;
PCR	- PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA;
REPE	- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO;
SAV	- SUPORTE AVANÇADO DE VIDA;
SBV	- SUPORTE BÁSICO DE VIDA;
SIEM	- SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA;
SIV	- SUPORTE IMEDIATO DE VIDA;
SU	- SERVIÇO DE URGÊNCIA;
UCI	- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS;
UCIP	- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE;
UCP	- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA;
VMER	- VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO.

INDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1 - DESCRIÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO.....	19
2 - PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	21
2.1 - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	21
2.2 - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	30
2.3 - Domínio da Gestão de Cuidados.....	38
2.4 - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	44
2.5 - Domínio Especifico do Enfermeiro Especialista EMC	55
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	79
ANEXO I – Masstraining em Suporte Básico de Vida:	81
A – Noticia do Jornal Correio do Minho em 23/11/2012.....	83
B – Noticia do Jornal Maria da Fonte em 30/11/2012.....	87
ANEXO II – Declaração da Visita de estudo ao CODU	91
ANEXO III – Monitorização do Delirium na UCIP do HB.....	95
A – Proposta de Implementação.....	97
B – Cronograma referente à proposta de Implementação;	105
C – Formulário para aplicação na unidade.....	109
ANEXO IV – Formulário para a monitorização da Prevenção da PAV.....	113

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Tipo de ativações consoante o meio em estágio.....	52
TABELA 2 – Indicadores propostos e os realizados durante o estágio.....	61

INTRODUÇÃO

O relatório apresenta-se como unidade curricular do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), evidenciando todo um percurso académico evolutivo abrangendo todas as atividades desenvolvidas de modo a validar a aquisição e desenvolvimento de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) estipula que o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade. O título de enfermeiro especialista é atribuído aos profissionais que, já detentores do título de enfermeiro possuam cursos de pós-graduação que confirmam competência para a prestação de cuidados especializados.

Com a mudança de paradigma no ensino e na aprendizagem o estudante passa a ser autor do seu percurso académico. Após a declaração de Bolonha, preconizou-se que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deveria assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional. É neste contexto que a Universidade Católica Portuguesa desenvolve o Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. Assim, passamos de um ensino de conhecimentos acumulados e sistematizados para um ensino que valoriza a aquisição de competências.

A enfermagem dá importância às aprendizagens, à aquisição de competências e ao conhecimento científico adquirido ao longo da vida, com intuito de o enfermeiro se adaptar às constantes mudanças tecnológicas e sociais.

A trabalhar há vários anos, reconhecemos a importância única de estar apto a dar resposta às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade em matéria de gestão de cuidados de saúde. Tendo atingido uma identidade profissional com a licenciatura e

querendo desenvolver e aprofundar competências propusemo-nos a frequentar o mestrado de natureza profissional, na área de especialização em enfermagem do doente crítico.

No âmbito do curso supracitado é solicitada a elaboração do presente relatório, que tem como principal objetivo aprofundar, refletir e relacionar os conhecimentos teóricos e práticos com as competências desenvolvidas ao longo dos vários módulos de estágio, em contexto de interação com o indivíduo, família e comunidade e ao mesmo tempo contextualizá-las nas atribuições esperadas e propostas ao enfermeiro especialista. Este relatório pretende demonstrar a capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, refletindo sobre as ações realizadas, tendo em conta as implicações éticas, sociais e económicas. O Mestre deve não só possuir conhecimentos e capacidades aprofundadas na sua área de especialização, mas deve também ser capaz de as aplicar nos desafios que surgem diariamente, seja na resolução de problemas em situações novas ou na solução de questões complexas.

De acordo com o plano de estudos do curso, ao estágio correspondem 30 ECTS (Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos), num total de 750h de trabalho, 540h são de contacto e as restantes 210h para trabalho individual. As horas de contacto dividiam-se por três módulos, Módulo I – Serviço de Urgência (SU); Módulo II – Cuidados Intensivos (CI) e o Módulo III – Opcional-Assistência Pré-Hospitalar (APH)

O Módulo I – Serviço de Urgência foi creditado, após entrega de um relatório comprovativo da nossa experiência profissional e das competências adquiridas nesta área ao longo dos anos. Exercemos funções no SU do Hospital de Braga (HB), que é um hospital equiparado a hospital central, ou seja é o fim de linha de cuidados de saúde, quer em doentes com patologia do foro médico, quer em doentes do foro cirúrgico. No dia a dia trabalhamos em contexto de sala de emergência, emergência interna, triagem de prioridades, fazendo parte também da equipa de formadores do hospital na área do doente crítico. As competências desenvolvidas na abordagem ao doente em situação crítica, foram alcançadas devido a uma prática reflexiva aliada a uma formação pessoal, académica e profissional permanente.

O Módulo II – Cuidados Intensivos, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HB no período compreendido entre 26 de abril e 23 de junho de 2012. A opção recaiu sobre este campo de estágio, uma vez que esta unidade tem um carácter polivalente, possibilitando múltiplas aprendizagens em diversas áreas e também por

ser a unidade do nosso Hospital, ou seja, aquela que recebe doentes muitas vezes assistidos por nós no SU. Trata-se de uma unidade nova, altamente qualificada e com uma multiplicidade de doentes tanto do foro médico como cirúrgico. Para além, do já anteriormente referido, a sua complexidade tecnológica, proporcionou-nos também ao longo do estágio várias oportunidades de aprendizagem, sendo as mesmas aproveitadas e rentabilizadas, com o intuito de desenvolver as competências e conhecimentos necessárias ao enfermeiro com EEMC.

No Módulo III – Opcional, a nossa escolha incidiu sobre a APH, e decorreu entre 01 de outubro e 24 de novembro de 2012 na Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), não só pelo facto de fazer parte desta rede há 17 anos, através dos Bombeiros Voluntários onde integro equipas de socorro pré-hospitalar, mas também por gostar de situações que exijam raciocínios e ações emergentes. Essas ações são absolutamente cruciais para a manutenção da vida das vítimas. À parte das tendências pessoais, senti necessidade de realizar este estágio, para contactar diretamente com grande parte dos meios desta rede, conhecer outras realidades e aprofundar conhecimentos sobre o papel do Enfermeiro e perspetivar as mais valias da presença do Enfermeiro Especialista nesta área de atuação.

Este módulo de estágio permitiu-nos aperfeiçoar a prestação de cuidados especializados ao doente crítico na área da emergência pré-hospitalar. Foram várias as circunstâncias que me levaram a validar a importância do papel do enfermeiro nesta área. A inclusão/integração do enfermeiro na rede de assistência pré-hospitalar, fundamentalmente nos meios mais diferenciados como as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), os Helicópteros e as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), realça a sua importância.

A formação avançada, aliada a uma prática diferenciada reforça o preconizado pela OE sustentando que *“só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situações de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar”*(OE: 2007b, p.1).

A elaboração do relatório foi antecedida por um projeto de estágio, onde foram delineados objetivos, que levaram a realização de determinadas atividades, de modo a adquirir e aprofundar competências. Foi este projeto que serviu de fio condutor ao estágio,

permitindo a comparação entre o planeamento efetuado e as atividades realizadas, com vista a atingir os objetivos delineados.

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

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi descritiva e com análise crítico reflexiva das atividades desenvolvidas, pretendendo dar resposta aos seguintes objetivos: Dar evidência às atividades desenvolvidas durante o estágio; efetuar uma análise crítico-reflexiva das mesmas corroborando-as com os autores da área; dar a conhecer as competências adquiridas/desenvolvidas numa perspetiva de enfermeiro especialista e dar cumprimento a um requisito avaliativo.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em três partes. Numa primeira fase fazemos uma introdução onde fica expresso o enquadramento do relatório no curso, uma breve caracterização dos locais de estágio e a justificação da seleção dos campos, bem como a fundamentação da creditação na área da urgência. No corpo do trabalho descrevemos as situações de aprendizagem com que nos deparamos, dando evidência aos objetivos propostos e às atividades desenvolvidas, no sentido de adquirir as competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC. De modo a facultar a leitura, subdividimos o corpo do trabalho nos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, e o domínio específico do enfermeiro especialista em EMC. Abordamos as competências adquiridas, descrevendo as atividades que levaram à sua consumação, reportando-nos a cada um dos domínios.

Por último uma conclusão onde fazemos uma análise retrospectiva das principais aprendizagens, das contingências que marcaram o percurso, e das marcas que todo este período formativo deixou no nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Abordamos ainda os contributos que deixámos nos serviços por onde passamos e inferimos sobre as implicações do aumento da formação na melhoria dos cuidados prestados à população, e no seu contributo para o desenvolvimento da enfermagem em geral.

1 - DESCRIÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

Os Cuidados Intensivos são uma área diferenciada e multidisciplinar da área médica que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do doente crítico “que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos: 2008, p.9)

O módulo II do estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HB no período compreendido entre 26 de abril e 23 de junho de 2012. Esta é uma unidade polivalente inserida num hospital central que serve diretamente uma área de cerca de 275000 utentes alargando esta área para cerca de 1100000 habitantes para especialidades como neurocirurgia, laboratório de hemodinâmica, entre outras.

Recebe doentes com vários tipos de patologias do foro médico, cirúrgico como pós-operatórios imediatos de grandes cirurgias, da emergência intra e extra hospitalar, assim como de outros hospitais da área de influência. Dispõe atualmente de uma capacidade de 12 camas respeitando os rácios de 1 enfermeiro por cada 2 doentes. O modelo atual de gestão do HB é o de Parceria Público-Privada (PPP) desde setembro de 2009. Esta é uma unidade hospitalar nova, construída de raiz, iniciando a sua atividade com a transferência da atividade assistencial do Hospital de São Marcos para as novas instalações em maio de 2011. É uma unidade que dispõe de recursos humanos e materiais que permitem oferecer cuidados de qualidade a quem dela necessita.

A opção por efetuar este módulo de estágio nesta unidade deve-se ao fato de ser uma unidade polivalente, com possibilidades múltiplas de aprendizagem em diversa áreas e também por fazer parte do hospital em que trabalhamos, permitindo desenvolver e adquirir competências específicas nesta área de conhecimento.

Relativamente ao Módulo III – Opcional, a nossa escolha incidiu sobre a APH, e decorreu entre 01 de outubro e 24 de novembro de 2012 na Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM),

O INEM foi criado em 3 de agosto de 1980, tendo o cardiologista Francisco Rocha da Silva assumido a presidência da Instituição. Nessa altura foram estabelecidas as bases da

colaboração dos corpos de bombeiros no sistema integrado de emergência médica. Este acordo foi negociado com o serviço nacional de bombeiros e a liga dos bombeiros portugueses. Tiveram início os primeiros cursos de formação em técnicas de emergência médica, dirigidos a médicos e enfermeiros, com colaboração de profissionais do estrangeiro. Tendo vindo a registar-se um crescimento exponencial desde então.

O INEM tem como função apoiar e coordenar as atividades na área da emergência médica, dando origem à medicalização do sistema através do atendimento da chamada de socorro e do envio de equipas médicas altamente diferenciadas ao local da ocorrência.

Na sua organização, o INEM possui diversos subsistemas sendo eles: Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112. Os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os CODU; O CODU – MAR (com as mesmas responsabilidades que o CODU, mas referindo-se ao atendimento de tripulações de embarcações); o CIAV (responsável pelo aconselhamento dos profissionais do pré e intra hospitalar e da população em geral, quando se verifica qualquer tipo de intoxicação); O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) que é um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde. As ambulâncias que asseguram este serviço dispõem de uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. O INEM possui, ainda, diversos meios com diferenciação variada. Ao nível do Suporte Básico de Vida podemos referir as ambulâncias SBV (tripuladas por dois TAE) e Moto de Emergência (tripulada por um TAE). Ao nível do Suporte Imediato de Vida possui as ambulâncias SIV (tripuladas por um enfermeiro e um TAE). Ao nível do Suporte Avançado de Vida possui as Viaturas Médicas de Emergência (tripuladas por um médico e um enfermeiro), bem como o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (tripulados por um médico e um enfermeiro).

O módulo de estágio no contexto pré-hospitalar seguiu um percurso pré-determinado, deste modo, realizei 1 turno numa ambulância de Suporte Básico de Vida (12 horas), 1 turno no CODU (6 horas), 8 turnos em ambulância de Suporte Imediato de Vida (96 horas) e 10 turnos em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (60 horas)

2 - PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

2.1 - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O aperfeiçoamento do comportamento profissional, ético e legal do enfermeiro passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político.

A responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro tem em consideração a necessidade e o direito de cuidados em enfermagem do doente, os interesses do profissional e da sua organização e está centrado na pessoa, família e coletividade. Para existir uma verdadeira responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro não pode ter apenas uma noção de ética e de legislação, é necessário aplicar diariamente estes conhecimentos e conceitos na prática. À medida que as competências se vão desenvolvendo, o acréscimo de sabedoria arrasta consigo um acréscimo de responsabilidade, pela autonomia obtida, como é referido no artigo 79º, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), em que o enfermeiro está obrigado a “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”.

A excelência do exercício profissional, aliada ao respeito pelos direitos humanos e pelos valores universais são o corolário de uma profissão que se assume na relação com o indivíduo em qualquer fase da sua vida. Margarida Vieira refere que o enfermeiro tem que ter *“uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situação de complexidade ética na relação permanente com outras pessoas”* (VIEIRA: 2007, p.8)

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

Para atingir este objetivo definimos que tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas e que demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, seriam os objetivos específicos.

A APH apresenta características distintas do atendimento hospitalar o que coloca desafios neste domínio de competências. O enfermeiro, na sua formação, aprende a desenvolver competências que normalmente são exercidas em contexto organizado. No entanto, no contexto pré-hospitalar há necessidade de se adaptar conhecimentos e competências técnicas para situações de imprevisto, o que requer criatividade, iniciativa e consciência profissional para não exceder limites, nem deixar de prestar o atendimento necessário.

Aspetos como trabalhar com diferentes profissionais, em condições de imprevisibilidade, com limitação de tempo, falta de condições, necessidade de rapidez nas decisões, prognósticos das vítimas reservados, multivítimas e número reduzido de profissionais podem gerar conflitos éticos e legais de difícil resolução, pelo que o enfermeiro deve estar bem preparado.

Neste módulo tendo ultrapassado alguns destes ambientes mais hostis, onde nos foi exigido um raciocínio e ações emergentes cruciais para a manutenção da vida das vítimas, atuamos de acordo com os princípios de ética e deontologia profissional. FREITAS (2007) defende que todo o profissional de saúde deve pautar a sua conduta por uma ética profissional defensora da responsabilidade e reflexão acerca das suas ações.

Aspetos como o consentimento informado do doente ou do representante legal, a procura de um ambiente seguro para a prestação dos cuidados, o princípio de beneficência e da não maleficência, da autonomia e da justiça do doente estiveram presentes na minha prática. Como refere BANDEIRA (2008) *“mesmo nas situações de urgência, em que o tempo urge, o consentimento do doente, quando possível deve solicitar-se ao próprio.”* No entanto, quando a vítima não apresenta possibilidade de se manifestar e não existe um representante legal o princípio da beneficência é norteador da conduta, procurando a proteção da vida e da saúde. Nestes casos, assume-se a noção de consentimento presumido ou implícito, entendendo-se que se a pessoa estivesse plena das suas faculdades, escolheria a preservação da vida e da saúde.

A APH, ao contrário, do que ocorre dentro do hospital, é praticada em situações que a vítima fica exposta aos olhares de pessoas totalmente alheias ao socorro que está a ser prestado. Essa exposição pode possibilitar o desrespeito pela integridade física, pela privacidade e pela confidencialidade de um atendimento digno e respeitoso. Sendo dever do enfermeiro: *“Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”* OE. (2009: CDE, Art. 86º alínea b.), pautamos a nossa atuação por uma visão holística que confere unicidade ao corpo, detentor de espírito, crenças e histórias de vida, assim como pelo respeito pela integridade física, privacidade e confidencialidade. Sempre que foi necessário cortar as roupas da vítima para uma exposição rápida das lesões foram preservados o pudor e dignidade da pessoa. Julgamos que ao refletir assim no cuidar, pudemos aprimorar competências pelas quais já nos regemos no dia a dia relativas à prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, bem como no desenvolvimento de uma prática profissional e ética no nosso campo de intervenção.

Cuidar implica uma relação de ajuda profissional baseada na comunicação. Os profissionais de enfermagem, para comunicarem eficazmente com os doentes, seus familiares, e/ou pessoas significativas necessitam, para além do conhecimento das técnicas de comunicação, de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada.

Uma vez mais reconhecemos a importância da linguagem verbal e não-verbal no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz entre o doente e o profissional de saúde. Por diversas vezes à chegada ao local de determinadas ocorrências, deparamo-nos com pessoas (familiares ou público) extremamente nervosas e mesmo agressivas para com as equipas de emergência. Aqui surgem as tomadas de decisão guiadas pelo código deontológico e a nossa formação para solucionar os problemas, aplicando conhecimentos e a nossa capacidade de compreensão para a resolução de problemas em situações novas e não familiares. Um simples palavras dirigidas ao doente/vítima aliadas a uma postura profissional foram suficientes para baixar os níveis de ansiedade dos presentes e permitir que a equipa desenvolvesse o seu trabalho de forma eficaz. Utilizando competências relacionais ultrapassamos situações que se poderiam tornar potencialmente comprometedoras para as vítimas como para a própria equipa. Consciente da importância de uma interação efetiva entre equipa, doente e familiares tivemos presente que a comunicação se transmite de forma consciente ou inconsciente quer seja pelo

comportamento verbal ou não-verbal, mas também podem existir outras formas. Como refere PHANEUF (2005) “ (...) *de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa*”.

Sabendo que comportamento gera comportamento, perante situações adversas é necessário que o enfermeiro mantenha uma atitude adequada para que a comunicação seja eficaz, otimizando assim o socorro. Para que uma comunicação seja considerada eficaz, SÁ (1999: p.26) define vários critérios que devem estar presentes: “*Simplicidade; Clareza; Momento e Pertinência; Adaptação; Credibilidade; Congruência e Coerência*”, devendo ainda ter em conta os seguintes fatores: “*Valorização da conduta não-verbal; Aparência física; a postura e a marcha; Expressão facial; Os movimentos das mãos e os gestos*”. SÁ (1999, p.29). Assim, ao longo do estágio, com o intuito de nos relacionarmos de forma terapêutica com a pessoa e seus familiares, tivemos presente às várias técnicas de comunicação, utilizamos uma linguagem clara e de fácil compreensão e analisamos os sentimentos vividos pela pessoa/família, tais como, ansiedade e medo, de modo a minimiza-lo.

Uma das situações de grande complexidade geradora de alguma insegurança e dúvidas e que teve de ser abordada de modo sistemático e criativo relacionadas com o cliente e família surgiu na SIV de Fafe e está relacionada com o acompanhamento dos doentes nas ambulâncias de emergência. Tivemos ativações que distavam da base cerca de 75km, depois de chegar ao local e prestar o devido socorro tínhamos a viagem em direção ao hospital, quase sempre o de Guimarães e para isso tínhamos que percorrer mais 100 km. Aquando da estabilização da vítima, uma questão frequentemente ouvida era “posso acompanhar o meu marido/esposa?”. Neste momento era difícil não deixar transparecer o que nos ia no pensamento, ou seja, nas situações em que se tratava de uma vítima em situação crítica a resposta era, “desculpe, mas não a/o vamos poder levar” nas situações em que se tratavam de vítimas estáveis e sem grande necessidade de cuidados o acompanhante seguia connosco até ao hospital. Este foi mais um momento de reflexão na e sobre a nossa prática, onde pude também observar e registar as decisões tomadas pela equipa. Já em casa e depois de alguma pesquisa, voltamos a ler uma circular do INEM que se refere precisamente a este assunto.

Pela Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, foi reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido, num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada. Assim, considerou o INEM imprescindível estender a aplicação da lei mencionada ao transporte de doentes em ambulância de emergência do Instituto.

Assim, e zelando pela necessidade de aumentar o acesso à informação, poder de decisão e capacidade de participação na gestão da doença dos doentes e seus acompanhantes o INEM desde junho de 2011 passou a permitir que os doentes sejam acompanhados por pessoa próxima. Para que os cuidados de emergência médica sejam eficazes, o acompanhamento não deverá comprometer as condições e requisitos técnicos da sua prestação (INEM, 2011a).

A presença do familiar junto do doente pode ter vantagens e desvantagens competindo ao enfermeiro retirar o máximo de vantagens desta situação. Tirando partido destes momentos de reflexão, procuramos fomentar na equipa a pertinência do acompanhamento dos familiares ao longo do transporte. Com este momento, demonstramos capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Outra das situações que foi alvo de reflexão conjunta com as equipas foi a comunicação com os familiares das vítimas aquando das situações de Paragem Córdio-Respiratória (PCR). A comunicação da morte é um momento particularmente complexo e difícil que os familiares nunca esquecem. A morte constitui uma experiência humana singular e única, mas geralmente a perda de um ente querido representa um momento doloroso para os seus familiares (COSTA, 2009). Sempre que esta situação ocorreu, voluntariamo-nos para sermos nós a comunicar com o familiar. O facto de termos estado envolvido nas manobras de reanimação, permitiu-nos responder a perguntas que se relacionavam com o acontecimento terminal, assim como explicar detalhes do processo de reanimação e circunstâncias da morte. Tentamos não utilizar terminologia médica, contudo utilizar terminologia que explicitasse, sem margem para qualquer outra interpretação, que o desfecho foi a morte. Assim procuramos apoiar a família, responder às suas questões, mostrar disponibilidade para a ajudar e essencialmente ajudá-la na gestão de sentimentos

de ansiedade, de medo e de processos de morte e luto. Demonstrando assim, conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e um relacionamento terapêutico no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Informar é um comportamento profissional importante e uma componente essencial do cuidar. Entre as orientações emitidas pelo Conselho Diretivo da OE sobre as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar consta que cabe ao enfermeiro *“Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento”* (OE, 2007b, p.2).

O sigilo esteve sempre presente no tratamento de todos os conteúdos, fossem eles obtidos junto do doente, do acompanhante ou no seio da equipa, partilhando-os apenas com os elementos das equipas envolvidas, o que vai de encontro ao parecer do Conselho Jurisdicional da OE (2010a), relatado por Sérgio Deodato em março de 2010.

Citando Vieira, 2010 *“No caso do exercício profissional dos enfermeiros, há normas a cumprir e o segredo resulta da fidelidade, da lealdade para com os clientes...Aos profissionais de saúde compete manter a confidencialidade e a informação que recebem dos clientes”*.

A UCIP, tal como a APH, apresenta especificidades que lhe conferem unicidade quando se pensa em desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

A prestação de cuidados a doentes com elevado índice de gravidade e em risco de vida, a utilização de equipamentos com tecnologia avançada e sofisticada, meios terapêuticos altamente agressivos e de elevada complexidade podem levar a diferentes dilemas éticos e legais. Cabe ao enfermeiro, como elemento integrante da equipa, a capacidade de adaptação e resposta imediata e adequada às necessidades de âmbito técnico, científico e humano.

Ter presentes os princípios éticos e deontológicos da profissão assim como os princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça, agiliza a resposta a dar em situações críticas.

Durante o estágio na UCIP atuamos tendo em conta estes princípios que regem a profissão, procurando obter um ambiente seguro para a prestação dos cuidados, tendo sempre

presente o princípio de beneficência. Outro aspeto que se revelou muito importante nesta unidade foi o binómio doente/família e a relação terapêutica entre os profissionais e a família. As estratégias que facilitam o contacto, a interação e a dinâmica no contexto da UCI podem ser consideradas como premissa básica para o cuidado humanizado. *“Se a aproximação ao doente incluir a família, estaremos perante uma perspetiva mais humanista”* (DAY: 2006, p.223).

A UCIP fez-nos refletir na importância do estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e do potencial da família na construção de pontes entre o doente e o profissional de saúde. *“É aceite e reconhecido que o internamento de um membro da família numa UCI conduz a uma série de problemas emocionais e psicológicos, não só para o doente, mas também para a família”* (LEE et al: 2000, p 46). O internamento nestas unidades, pela situação adversa em que se encontra o doente, gera um conjunto de sentimentos como *“ansiedade e altos níveis de stress; níveis moderados de depressão; emoções negativas e múltiplos fatores de stress que afetam o relacionamento, o papel e a comunicação familiar”* (MCADAM e PUNTILLO, 2009; CURTIS 2008).

Em relação ao ambiente da UCI tem sido valorizado o ruído, a luz e a temperatura. Na UCI os estímulos inerentes ao meio ambiente variam de intensidade ao longo das 24 horas, e esta alternância entre sobrecarga sensorial e ausência da mesma podem provocar na pessoa doente alucinações, desorientação, paranoia, ansiedade e agressividade – Síndrome da UCI (ROSÁRIO, 2010). Ao longo dos turnos realizados pudemos identificar estes sintomas, principalmente no turno da noite. Isto veio reforçar a nossa atitude na prática diária, que passa por abrir os estores das janelas logo pela manhã e ir fechando os mesmos gradualmente ao final do dia, respeitando os ritmos circadianos. Aqui foi notória mais uma das nossas iniciativas e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC. Uma UCI deve ser um lugar para a pessoa doente viver como um ser humano, não apenas um lugar para sobreviver (WANG, ZHANG, LI & WANG, 2009).

A informação é um direito, e está consagrado pela Carta dos Deveres e Direitos dos doentes publicada pela Direção Geral da Saúde (DGS), onde no ponto 6 se pode ler que *“O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente”* (DGS:2004). Segundo ZUSSMAN (1992) o direito de informação não pertence apenas ao doente mas também

aos familiares e, durante o internamento, a família passa a ser portadora dos direitos do doente.

Para vários autores, nomeadamente PHIPPS et al (1995: 129) “uma das necessidades mais importantes, reconhecida pelos familiares em todos os períodos de doença, é a de informação.” Para PHANEUF (2005: 462), a família “tem necessidade de informação para compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente. É portanto normal que eles se voltem para as enfermeiras para receber conforto e informações”.

Analisando o código deontológico do enfermeiro, especificamente o artigo n.º 84, verifica-se que o profissional de enfermagem tem o dever de informar o doente e familiares no que respeita os cuidados de enfermagem prestados, responder e explicitar com responsabilidade todas as dúvidas relacionadas com cuidados de enfermagem e fazer referência aos recursos de saúde disponíveis e o acesso aos mesmos, enquadrando se desta forma a comunicação como parte integrante das suas funções (Lei nº 111/2009).

O INEM (2012b) reconhece a importância da comunicação para uma relação terapêutica eficaz *“a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o utente a um sentimento de insegurança em relação ao tratamento que vai receber, bem como ao profissional que lhe estará a prestar socorro”*. Com a consciencialização da importância da comunicação para a identificação de necessidade e gestão de sentimentos e posteriori intervenção, durante o estágio procuramos estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa/família, procurando ir de encontro às necessidades dos mesmos e envolvendo-os no processo de cuidar. A utilização de uma linguagem clara e adequada à pessoa/família revelou-se fundamental para o controlo de sentimentos com o medo e a ansiedade. Não podemos esquecer que o doente internado também está inserido numa família e que este internamento está a gerar em todo o binómio doente/família uma experiência difícil, geradora de stress e de sofrimento, pela rotura causada e pelo medo do incerto. *“Dar informação ao utente, sempre de acordo com as suas necessidades pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medos e a mobilizar os seus recursos e capacidades para enfrentar a situação”* (INEM, 2012b). O simples facto de o doente estar inserido numa unidade com tanto avanço tecnológico e com restrição de visitas aumenta todo este processo de angústia e rotura. A relação com a família pode ser marcada pela padronização e pelo autoritarismo.

Construir um atendimento noutra perspetiva pode ser um desafio (URIZZI e CORRÊA, 2007)

Às vezes os profissionais viam a família como um elemento perturbador dos cuidados, e isso fez com que em algumas situações nós fomentássemos discussões científicas a esse respeito e pudemos mesmo facultar alguns artigos para impedir esses sentimentos. “A aproximação às vivências dos familiares pode trazer subsídios para os enfermeiros refletirem sobre a sua prática” (URIZZI e CORRÊA, 2007). Uma das citações que usamos com alguma frequência pertence a LESKE (2002) “*A ansiedade familiar não resolvida pode significar uma descrença na equipa de saúde*”, mas isto só acontecia por a família não estar devidamente envolvida no processo de recuperação do seu familiar. *Embora os benefícios da presença da família não constituam resultados preditivos, devem ser vistos como uma parte inseparável da prática de cuidados* (DAY: 2006, p.225)

No período em que decorreu o estágio, a equipa estava numa fase de mudança de paradigma relativamente à presença de familiares junto do doente crítico. Esta permanência alargada pode ter vantagens e desvantagens competindo ao enfermeiro retirar o máximo de vantagens desta mudança.

Tendo sido alargado o horário das visitas na UCIP com o intuito de envolver a família, pudemos por várias vezes envolver a família em todo o processo de recuperação do doente. Por diversas vezes pedimos a colaboração da pessoa significativa no sentido de desvendar mensagens não perceptíveis na comunicação com o doente, pois não existe ninguém melhor do que os familiares para reconhecerem as expressões, hábitos e ansiedades vividas pelos doentes.

Foram criados laços de segurança com a família, através do fornecimento de informação adequada, da desmistificação de medos e anseios, da ajuda à aproximação e à prestação de cuidados ao doente. Vários estudos revelam que as necessidades mais destacadas pelas famílias, por ordem de prioridade são: segurança, informação, proximidade, conforto e suporte. (YANG, 2008).

O simples facto de avaliarmos as necessidades das famílias, demonstrando disponibilidade para ouvir, explicando todo aquele avanço tecnológico com uma linguagem clara e adequada, tornou estas mesmas famílias menos ansiosas e a solicitar com menor frequência a intervenção do enfermeiro.

Ao longo do estágio deparamo-nos com doentes que, quanto ao nível de consciência iam do lúcido e orientado ao coma profundo e esse facto fez-nos por em prática várias técnicas de comunicação, pois como refere ZINN (2003) “*O comprometimento de funções cerebrais e sensoriais, não implica sempre a ausência de percepção por parte do doente, verifica-se sim alteração na expressão do que é percebido*”. Isto levou-nos a melhorar a capacidade de tentar perceber o mundo e as coisas da mesma forma que o outro, sem perder a minha própria identidade.

Em síntese, sobre as competências inerentes a este domínio consideramos que através da nossa prática, reflexões individuais e partilha com outros profissionais sejam de enfermagem ou de outras áreas, demonstramos competências do EEMC, dado que evidenciamos uma prática profissional e ética no nosso campo de intervenção e promovemos práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2.2 - DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A prática baseada na evidência é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde. Consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas perante determinada situação. *A prática baseada na investigação é uma marca da Enfermagem profissional* (OE: 2012, p.47). É uma prática que requer a capacidade do enfermeiro em procurar estratégias para o desenvolvimento e a utilização de pesquisas na prática, a fim de transpor a dicotomia entre teoria e prática/pesquisar e cuidar. Refletindo sobre esta temática consideramos que emerge a necessidade de ampliar a conceção da pesquisa na prática profissional para que esta possa ser vislumbrada como uma ferramenta do processo de trabalho do enfermeiro, efetivamente como uma dimensão da prática. Nesta perspetiva, o enfermeiro deve ser capacitado para a realizar, bem como para a compreender como produção e validação do conhecimento, com uma visão crítica e responsável. Como refere o *International Council of Nurses* (ICN) em 2009 e a OE em 2012, a investigação em Enfermagem, tanto qualitativa como quantitativa é fundamental para cuidados de saúde com qualidade e custos efetivos.

O que nós constatamos é que a aplicação da prática baseada na evidência na prática profissional do enfermeiro colide em alguns obstáculos, como jornada de trabalho

exaustiva, cultura institucional que não apoia o desenvolvimento de pesquisas, tempo escasso, inabilidade em pesquisar e aplicar os seus resultados, assim como o excesso de informação muitas vezes de fontes não fidedignas. Apesar destas dificuldades impostas aos enfermeiros para a aplicação da prática baseada na evidência, como vimos referindo ao longo deste documento, durante o estágio e sendo momento privilegiado de aprendizagem pudemos aprimorar as competências neste domínio. *A investigação em Enfermagem é necessária para gerar novos conhecimentos, avaliar práticas e serviços existentes, fornecer evidência que informará a educação, prática, investigação e gestão em Enfermagem* (OE: 2012, p.53). Só através da investigação é que a enfermagem se pode assumir como profissão com um conjunto de saberes próprios. Nesta perspetiva o enfermeiro especialista assume-se como um agente preponderante pelas capacidades e competências que demonstra neste domínio.

Como objetivo geral deste domínio delineamos desenvolver capacidades para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade nos vários níveis de planeamento contribuindo para a prestação de cuidados de excelência.

Para demonstrar competências neste domínio apresentamos como objetivos específicos a atingir incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências e zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC.

Durante o nosso percurso no estágio de APH desenvolvemos as atividades necessárias para alcançar os objetivos delineados no projeto de estágio, bem como adquirir competências na área de EEMC. Tendo em conta as premissas anteriores, para tal foi necessário identificarmos situações/problemas relevantes e posteriormente adotamos medidas de resolução, numa perspetiva profissional avançada de reflexão crítica na e sobre a prática. Exercer a prática de enfermagem baseada em evidências, promover alterações de comportamentos/procedimentos com base na evidência, participar em momentos formativos e a utilização de conhecimentos resultantes de trabalhos de investigação foram algumas das estratégias utilizadas para desenvolver a prática de enfermagem com um alto padrão de qualidade, demonstrando competências neste domínio.

Um dos objetivos traçados já no decorrer deste estágio prendia-se com a transmissão de saberes com o intuito de desenvolver uma sociedade mais solidária, mais formada e melhor apetrechada em matéria de “elos” que podem salvar vidas, fortalecendo assim a cadeia de

sobrevivência. Para isso promovemos um “mass training” em Suporte Básico de Vida (SBV).

O SBV é um conjunto de procedimentos e metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer utensílio, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação, de modo a manter a vítima viável até a chegada do socorro. Se ocorrer uma PCR, “*iniciar compressões torácicas e ventilações (SBV) de imediato poderá duplicar as hipóteses da vítima sobreviver*” (INEM: 2012c, p.13).

Atualmente, a formação facultada à sociedade civil na abordagem às vítimas é claramente insuficiente. Se tivermos especialmente em conta que o tempo que medeia entre a chamada de ajuda e a chegada de equipas especializadas é de oito minutos e que, no caso de paragem cardíaco-respiratória, por cada minuto que passa sem qualquer tipo de ajuda, as probabilidades de sobrevivência decrescem sete a dez por cento, é pois imperioso dotar de competências básicas em SBV o maior número possível de pessoas. O *European Resuscitation Council* (ERC) refere que na PCR pré-hospitalar por FV, “o início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivida” (ERC: 2010, p.17)

A aquisição de competências em SBV permite colocar em prática gestos simples que salvam vidas. O *mass training* em SBV tem por objetivo principal capacitar as pessoas em caso de paragem cardíaco-respiratória. São formações com elevada componente prática, os formandos têm a oportunidade de adquirir competências que possibilitarão uma correta atuação perante uma vítima de paragem cardíaco-respiratória, sabendo qual a informação adequada a ser transmitida ao ligar para o 112 e iniciar as manobras de SBV até chegar a ajuda diferenciada.

Como futuro enfermeiro especialista e indo de encontro ao atual estado da arte, em parceria com o INEM organizamos um *mass training*, na Escola Secundária da Póvoa de Lanhoso que teve como principal objetivo capacitar a comunidade escolar para atuar em caso de paragem cardíaco-respiratória (ANEXO I). Foi uma formação com elevada componente prática, onde os formandos tiveram a oportunidade de adquirir pelas suas próprias mãos competências que possibilitarão uma correta atuação perante uma vítima em paragem cardíaco-respiratória, sabendo qual a informação adequada a ser transmitida ao ligar para o 112 e iniciar as manobras de SBV até à chegada da ajuda diferenciada. Nesta ação

de sensibilização estiveram presentes 23 formadores com experiência em técnicas de emergência pré-hospitalares. Tendo ficado a nosso cargo a liderança das equipas envolvidas na formação.

A opção pela ação de sensibilização na escola prendeu-se por esta ser um lugar de inclusão, assumindo-se como um lugar privilegiado para incentivar a capacidade cívica da participação, almejando uma nova sociedade um pouco mais pró-ativa.

Com este tipo de evento fica provado que a exigência de formação nesta área não se circunscreve à esfera profissional na área da emergência, existindo vários níveis de formação em Emergência Médica. Esta formação para leigos constitui uma ajuda às vítimas que se imbuí de “atuação de carácter cívico”, numa “exigência da sociedade moderna” (HENRIQUES. 1990:148). Esta foi uma das formas de comunicarmos aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

Aproveitar a época atual em que se prevê reformas do ensino para enquadrar esta temática na aprendizagem das crianças e jovens do nosso país seria uma mais-valia. O que vai de encontro ao defendido pela OE quando defende que “deve ser incrementada a formação integrada nos currículos escolares básicos em SBV e em gestos básicos de socorrismo, tornando efetivamente cada cidadão num agente ativo do SIEM (OE: 2010b, p.8). Com este evento ficou provado que a nossa classe profissional está bem preparada para participar nesta mudança. Neste seguimento, o artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere que os enfermeiros “*contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem*”.

Outro dos contributos deixados no decorrer do estágio adveio da nossa participação em mais um momento formativo, momento esse, que passou pela participação num *mass training* em Cabeceiras de Basto, organizado pelo INEM, pelos Bombeiros locais e pela Escola Secundária. Com esta atividade contribuímos mais uma vez para o fortalecimento da cadeia de sobrevivência e validamos a pertinência destes eventos junto da comunidade. Já o *mass training* organizado por nós em parceria com o INEM foi o culminar de um estágio singular, pois os contributos para a sociedade são numerosos e ao mesmo tempo o SIEM saiu mais fortalecido com a junção de vários dos seus intervenientes, promovendo a melhoria da qualidade.

A noção de cidadania responsável levanta questões que dizem respeito à consciência e ao conhecimento dos direitos e dos deveres. Está também estreitamente ligada a valores cívicos como a democracia e os direitos humanos, igualdade, participação, parceria, coesão social, solidariedade, tolerância com a diversidade e justiça social (Unidade Europeia de Eurydice:2005). Mais que uma obrigação moral esta aprendizagem é um dever de cidadania. Com esta atividade desempenhamos um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, uma vez que fomos capazes de colaborar desde a conceção a operacionalização de um projeto, juntamente com o INEM. Para tal, foi necessário demonstrar um nível de análise e planeamento estratégico da qualidade de cuidados, competência do enfermeiro especialista em EEMC.

O nosso fascínio pela emergência pré-hospitalar já é antigo, mas depois deste estágio ficou mais aprimorado. Sentimo-nos lisonjados por termos participado em momentos formativos para a resolução de problemas e por ter feito parte de ações de sensibilização levadas a cabo pelo INEM.

Outra situação/problema detetada no decorrer do estágio, foi a dificuldade de comunicação, entenda-se a destreza na transmissão de dados entre o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e os elementos dos bombeiros. Assumimos assim uma atitude crítico-reflexiva perante as práticas executadas por estes no ambiente pré-hospitalar. Posteriormente pusemos em prática as competências do enfermeiro especialista proporcionando ganhos em saúde no âmbito da promoção da saúde. Ou seja, num âmbito mais abrangente e multidisciplinar ao nível da promoção da formação na área da EEMC, indo de encontro às necessidades formativas dos parceiros do SIEM. Para isso promovemos uma visita de estudo dos bombeiros ao CODU, este foi um momento muito gratificante, pois para além do fortalecimento do SIEM, aqueles operacionais já referiram por diversas vezes que depois de conhecerem a realidade do CODU a articulação com este centro tornou-se mais natural e os ganhos são evidentes no seu dia a dia. Com esta iniciativa identificamos uma oportunidade de melhoria, selecionando uma estratégia com o objetivo de conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (ANEXOII).

Ao longo das jornadas na UCIP, para zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC, criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro, como enfermeiro especialista

definimos como atividades ser capaz de comunicar riscos identificados e acidentes de trabalho ocorridos em suporte disponível para o efeito; solicitar supervisão do enfermeiro tutor sempre que os cuidados fossem de maior complexidade e não tenha garantia de prática segura, identificar situações como não conformes com as práticas baseadas na evidência, e supervisionar a aplicação de normas de procedimento da Comissão de Controlo de Infeção (CCI), em vigor na UCIP.

Faz parte do HB uma plataforma informática que permite relatar todas as situações que necessitem de reflexão mais aprofundada, seja por terem suscitado erro, dúvidas ou apenas para melhorar processos. Apesar de não a ter utilizado no estágio, uma vez que não foi necessário, considero uma mais-valia, pois coloca um grupo de trabalho a refletir sobre temáticas problemáticas, sem causar incomodo para quem expõe o problema, dado que tem caráter de confidencialidade. Esta plataforma revela a cultura institucional que procura melhoria da qualidade.

Num dos turnos realizados na UCIP foi-nos possível acompanhar a en^{fa} chefe e alguns elementos do serviço numa formação sobre “Segurança na Saúde”, onde o principal objetivo era a identificação dos doentes.

Considerando a área da saúde um meio propício para o erro, a segurança do doente e dos profissionais esteve sempre presente aquando do planeamento de qualquer intervenção de enfermagem. Erros na preparação de fármacos e respetivas perfusões, às diluições e respetivas incompatibilidades, à estabilidade, podem acontecer se não forem cumpridos uma série de passos fundamentais. Considero termos superado este domínio, não havendo qualquer dificuldade e incidente neste campo.

Da mobilização do doente politraumatizado à otimização do doente conectado a prótese ventilatória todas as intervenções se regeram pelo exercício seguro das mesmas. Procuramos promover a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança, seja ela ao doente, como a segurança da administração da terapêutica ou à segurança dos profissionais através da aplicação do princípio de ergonomia. Estes são também aspetos do foco de atenção do enfermeiro especialista, aos quais estivemos atentos.

Também nesta área para a melhoria contínua da qualidade, pudemos formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica. Depois de alguns dias de estágio e após

indagarmos acerca do que existia na UCIP para monitorizar o *delirium* sugerimos participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC, através de um trabalho de grupo, iniciando um projeto para monitorização do *delirium* para posteriormente se avançar para protocolos de atuação multidisciplinar.

O *delirium* não é reconhecido/detetado na avaliação inicial em cerca de 2/3 dos doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos/intermédios (Truman e Ely, 2003) fragilizando a construção do planeamento de cuidados. A sugestão foi aceite e assim desenvolvemos a fundamentação e respetivo planeamento do projeto para evidenciar a prática relativamente ao *delirium* em doentes internados na UCIP. Para além das implicações diretas no doente, a monitorização do *delirium* é também hoje um indicador da qualidade destas unidades (ELY *et al.*, 2004; TRUMAN e ELY *et al.*, 2004). Ficou planeado a realização de formação para divulgação da temática do *delirium* em doentes internados em UCI. Contudo, por sugestão da enfermeira chefe optou-se por não a realizar neste período uma vez que o período não é o mais propício para a mesma e por já existir um plano de formação em vigor. Com esta iniciativa procuramos elaborar um protocolo orientador de boas práticas em doentes com *delirium*, com o intuito de planear um programa de melhoria contínua (ANEXO III). Esta competência exigiu que fôssemos capazes de identificar oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades, selecionando estratégias para elaborar o protocolo.

Aquando da nossa chegada à UCI estava a ser implementado um projeto que visava diminuir a incidência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), neste caso específico da Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) na UCIP. “*A pneumonia associada à ventilação mecânica é uma das mais frequentes causas de infeção nosocomial nos Cuidados Intensivos, resultando numa elevada morbilidade, mortalidade e elevados custos de saúde.*” (COFFIN SE *et al.*: 2008, p.31). Este projeto não tinha uma dimensão isolada, indo ao encontro do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos cuidados de Saúde, que tem por objetivo reduzir em 5% a incidência da IACS em 30% das unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde até ao final do ano de 2013.

A monitorização das IACS em geral, e da PAV em particular, é uma obrigatoriedade contratual no contrato celebrado na Parceria Público Privada do HB. “*A PAV é uma preocupante infeção nosocomial que ocorre em cerca de 30% dos doentes com ventilação*

mecânica. A sua taxa de mortalidade varia entre 20% e 70%”. (KLOMPAS M. e PLATT R.: 2007, p. 803). Com a implementação das recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) para prevenção da PAV pretende-se que a incidência desta infeção diminua. “Os protocolos de prevenção da PAV têm como objetivo minimizar a sua ocorrência, em doentes expostos aos fatores de risco, definindo normas de procedimento baseadas na evidência das melhores práticas” (COFFIN SE et al: 2008, p.31)

Para isso, delineou-se efetuar uma recolha de dados e respetivo tratamento para posteriormente serem publicados numa *newsletter*. É então aqui, que surge a necessidade de se efetuar um programa de auditoria interna para se monitorizar o cumprimento da recomendação e se existirem não conformidades na sua aplicação olhar para as mesmas não como uma forma de identificar quem errou mas como uma oportunidade de melhoria de desempenho. Os dados recolhidos no formulário foram compilados numa base de dados, para posteriormente serem tratados. Numa perspetiva de melhoria contínua, os mesmos serão divulgados mensalmente numa *newsletter* revelando indicadores acerca do cumprimento ou não das recomendações pela equipa.

Relativamente a este projeto multidisciplinar, demos o nosso contributo na elaboração do formulário, para auditar o cumprimento das recomendações de prevenção da PAV, assim como fomos supervisionando, os processos de melhoria e desenvolvimento da qualidade (ANEXO IV). Ao participar ativamente na reflexão conjunta com a equipa acerca de temáticas pertinentes, já referenciadas, mais uma vez pudemos refletir sobre a ação e deste modo crescer profissionalmente. Assim como, ao sermos envolvidos no planeamento e operacionalização deste projeto contribuímos para a melhoria contínua da qualidade e em simultâneo demos resposta à competência específica do enfermeiro especialista, maximizando “a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE:2011c). Assim, mais uma vez desempenhamos um papel área da governação clínica incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Um dos aspetos menos positivos na UCIP e passível de ser melhorado é a sobrecarga sensorial, causada pelos alarmes de todo o equipamento tecnológico e pelos profissionais. Toda esta sobrecarga sensorial revela-se prejudicial não só para o doente, impedindo-o de ter momentos de silêncio, mas também para o profissional, sendo gerador de stress e

desvalorização. FLORENCE NIGHTINGALE in HUDAK, 1997, p.29 “*O ruído contínuo é a mais cruel ausência de cuidados que se pode impor ao indivíduo doente ou saudável*”. O enfermeiro especialista ao estar atento a este aspeto procura criar e manter um ambiente seguro, centrado na pessoa. É competência do enfermeiro especialista promover um ambiente gerador de segurança.

Ao alcançar os objetivos propostos, as competências de EEMC que aprofundamos e desenvolvemos neste domínio, foram, ser capaz de desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade e criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

2.3 - DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

A enfermagem é uma profissão que tem como objetivo a prestação de cuidados ao cliente quer numa situação de saúde quer de doença, que para ser adequadamente exercida exige do enfermeiro apurado espírito de serviço, permanente atitude de missão, leal sentido de vida de equipa, plena consciência de recíproca complementaridade dos cuidados de enfermagem, assim como responsabilidade ética, científica e social, tanto pessoal como coletiva.

A satisfação das necessidades do doente não pode ser abordada por um só profissional, mas sim por uma equipa de saúde, que junta profissionais de categorias e formações diferentes em torno de propósitos comuns que culminam na prestação de cuidados ao doente do mais alto nível. Para tal, os profissionais têm de se complementar, articular e depender uns dos outros.

O trabalho em equipa requer uma dinâmica de funcionamento partilhada, assente no ajuste de hábitos e rotinas próprias de cada grupo profissional ou de cada elemento, permitindo a prestação de cuidados em tempo útil e oportuno mediante uma planificação do *timing* dos cuidados mais eficaz com o mínimo de interferências nefastas entre si permitindo ao doente tirar o máximo proveito destes.

Em algumas equipas, quer de enfermagem ou interdisciplinares subjaz o conceito de perito, em que determinado ato ou decisão é consumado pelo elemento mais habilitado ou com melhores capacidades para tal. Segundo SERRA (2002: 22), “*a responsabilidade da*

coordenação das intervenções para proporcionar cuidados eficientes ao doente, também deve ser partilhada.” Tal prática promove a uniformidade e congruência das ações facilitando a posterior avaliação, afiançando a máxima qualidade possível nas diversas ações que a equipa pode produzir. Numa dada situação certas decisões de foro médico poderão ser “sugeridas” pelo enfermeiro caso este apresente uma experiência mais vasta naquela situação tornando-o o elemento mais apto a decidir.

Ser capaz de melhorar os cuidados através da motivação da equipa e liderança adequada, bem como adequação dos restantes recursos, foi o objetivo geral delineado para este domínio. Desta forma, o enfermeiro especialista deve ser capaz de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, deve ser capaz de exercer supervisão do exercício profissional e deve ser capaz de realizar gestão de cuidados.

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

Com a atual integração das SIV's e das VMER's nos serviços de urgência, a área de organização/gestão das equipas de emergência pré-hospitalar e as dinâmicas das mesmas passam a estar inerentes às chefias destes serviços. Apesar de estarem diretamente afetadas às chefias, o enfermeiro especialista também tem vindo a assumir um papel ativo e determinante em todo este processo, por apresentar um conjunto de conhecimentos e competências específicas neste domínio. Nas bases por onde passamos, as chefias têm vindo a delegar competências de gestão sobre as dinâmicas pré-hospitalares aos enfermeiros especialistas que constituem as respetivas equipas. Os turnos realizados na VMER de Braga foram sempre sob a tutoria de enfermeiros especialistas, o que nos permitiu otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, assim como orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

No decorrer deste estágio, foi-nos possível colaborar na gestão de cuidados na área da EEMC. Aspectos como a gestão de *stocks* de consumíveis e equipamentos, gestão de horário, gestão de pessoas fizeram parte do nosso foco de ação. Adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e aos contextos visando a otimização da qualidade dos cuidados revelou-se uma atividade eficaz para demonstrar a capacidade de melhorar os

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

Nas ambulâncias SBV de Braga e SIV de Fafe a gestão de *stocks* é feita com recurso a suporte informático, sendo a reposição de material efetuada por níveis através do INEM. Sempre que o material é gasto é registado no sistema para posteriormente ser repostado até ao nível inicial. Na VMER de Braga a reposição de *stock* é feita após o envio de uma requisição escrita, efetuada pelo enfermeiro coordenador. Também nos foi possível participar na verificação de assiduidade dos colaboradores, a qual faz parte da realização da escala de trabalho mensal. Desenvolver competências na área de gestão revela-se uma mais-valia ao enfermeiro especialista para dar resposta a situações mais complexas que envolve não só a prestação direta de cuidados, mas toda a logística envolvente.

Relativamente aos registos em suporte informático, não podemos deixar de abordar um assunto que foi alvo de reflexão aquando do estágio nas ambulâncias SBV e SIV e que tem a ver com o facto de estas bases não terem computador fixo o que obriga a que todos os dados a ser enviados para a logística, recursos humanos entre outros, tenham que ser registados e enviados através do equipamento *mobile*. Constatamos que nestas bases, os profissionais optaram por adquirir a título pessoal/equipa um computador, onde vão inserindo todos os dados dignos de registo, gerando assim a casuística do respetivo meio para posteriormente a analisarem ou mesmo efetuar estudos com os resultados obtidos.

Outro aspeto importante na gestão tem a ver com a condução de pessoas, mais do que gerir torna-se necessário liderar. Finalizamos este ponto fazendo uma breve reflexão sobre liderança, pois esta é uma função que deve ser conquistada, e essa conquista tem início no relacionamento empático com os membros da equipa e na demonstração de competências, sejam elas de carácter técnico ou de carácter ético. Os profissionais com quem desenvolvemos trabalho, ao aperceberem-se do nosso verdadeiro interesse nas suas necessidades, e não apenas no cumprimento de tarefas, atribuem-nos valor e autoridade e acabando por reconhecer a nossa liderança.

Durante o estágio na UCIP acompanhamos a enfermeira chefe em dois turnos no desenrolar das suas atividades de gestão. Cabe à enfermeira chefe gerir quer recursos humanos, quer recursos materiais. Quando pensamos em gestão de um serviço lembramo-nos de vários aspetos como horários, consumos, stock, pessoas, formação, etc. A primeira questão pôs-se logo às 8:30. Que passagem de turno devia assistir, uma vez que chefia dois

serviços fisicamente distintos (UCIP e Neurocríticos)? Depois de terminada a passagem de turno num serviço, é o momento de passar no outro serviço e procurar fazer uma atualização das alterações mais recentes, no que a doentes e gestão diz respeito. Após estes dois momentos é que entramos no gabinete e ligamos o computador para ver a caixa do correio eletrónico e é traçado um rumo para o resto do dia.

Rapidamente percebemos que este tipo de gestão não é fácil, pois para além de abranger um número elevado de profissionais, arrasta consigo todas as possíveis situações/problema em maior número, exige gestão de tempo, organização, inovação, dinâmica e sentido de liderança, entre outros.

Nestes dois turnos tivemos oportunidade de colaborar na integração de novos profissionais na unidade, na execução do horário do mês de julho e quanto ao horário, de salientar que o serviço tem instituído dois tipos de “horários”, ou seja, turnos de doze horas e turnos de seis horas. O que torna mais uma sobrecarga de trabalho para a enfermeira chefe pois tem que ter presente o fato da equipa ter novos elementos e muito jovens. Não pode por isso ter uma equipa de peritos num turno e uma equipa de juniores noutra. Isso levou-nos a constatar que uma das formas de colmatar a entrada de muitos elementos novos, por força de todo um reajuste do “novo” hospital, foi de distribuir todos os elementos peritos uniformemente pelas diferentes equipas, de modo a promover um equilíbrio de competências e dar garantias em termos de equilíbrio de horário.

Quanto a isso, consideramos que numa equipa como a de enfermagem, todos os elementos, sejam ele peritos ou juniores, são importantes, na medida em que todos dão contributos para a construção da mesma. Os mais jovens contribuem com novas formas de estar e com conteúdos teóricos recentes e bem presentes. Por sua vez, os peritos contribuem com sabedoria, que só se adquire com a experiência e maturidade. Nesta unidade compreendemos a importância de manter um equilíbrio saudável entre elementos peritos e elementos mais jovens. Pudemos constatar que os elementos peritos são vistos como pilares da equipa, em que para além de assumirem funções mais diferenciadas como a de responsável de turno, também são supervisores clínicos dos elementos mais novos, socorrendo-os sempre que estes necessitam, papel que também desempenhamos ao longo do estágio, pois desde muito cedo fomos colocados no patamar dos peritos em algumas áreas específicas, devido a toda a nossa experiência profissional na prestação de cuidados ao doente crítico. A pedido da chefe assumimos o papel de supervisor na implementação

da *Bundle* da PAV. Assumindo assim funções de supervisão do exercício profissional na área de EEMC.

Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC através de atividades como colaborar com a enfermeira chefe nas atividades desenvolvidas na área da gestão dos cuidados de enfermagem; participar na gestão de *stocks* materiais; colaborar com a enfermeira chefe na elaboração das escalas de horários; analisar índices de taxa de ocupação, tempo médio de internamento e colaborar com o enfermeiro responsável de turno na gestão dos cuidados também demonstram competências do EEMC.

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de participar na verificação do sistema de gestão de escalas dos funcionários (Enfermeiros e Assistentes operacionais), verificação de erros de marcação no sisqual, e após isso resolver as não conformidades encontradas, procedendo à gravação final das escalas.

Colaboramos também com a enf^a chefe no pedido de farmácia que é feito duas vezes por semana estando implementando uma substituição por níveis atribuindo um código a cada material, de maneira a que o funcionário dos armazéns pudesse repor sem a intervenção constante da chefe. A reposição da medicação é levada a cabo pelas técnicas farmacêuticas, diariamente, ficando a cargo da enfermeira apenas o pedido de soros e alimentações entéricas e parentéricas. Toda a medicação prescrita era retirada de uma máquina “Pixies”, após toque digital dos enfermeiros, à exceção dos extra formulários e estupefacientes, estes últimos encontram-se num cofre alocado na unidade.

Outro aspeto que não podemos deixar de mencionar foi o facto de ter estado presente numa reunião com a Enf^a Chefe, o Diretor da UCIP e o Gestor responsável por esta unidade. Nesta reunião foram discutidos assuntos como a taxa de ocupação, taxa de mortalidade, nº de admissões, demora média dos internamentos, ganhos referentes ao período temporal que estava a ser discutido, em que tinha havido um ganho de 15% na farmácia e um decréscimo de 46% no material de consumo clínico. Aqui pudemos demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com os profissionais, com o cliente e a família. Como sugestão de melhoria sugerimos a aquisição de uma máquina para analisar gasimetrias, uma vez que tinha sido identificado por nós como uma das lacunas na UCIP pois este equipamento trará ganhos devido à rapidez com que conseguiremos obter um resultado, sem que tenhamos de esperar pelo envio da amostra para o laboratório e a devolução do respetivo resultado. Nesta unidade

onde todos os doentes estão em situação crítica, o tempo vale ouro. Com esta intervenção estávamos a zelar pelos cuidados prestados na área da EEMC. Nesta reunião pudemos constatar que as chefias intermedias têm de conciliar os interesses institucionais com os objetivos dos colaboradores.

São competências do Enfermeiro Especialista relativamente à gestão de recursos humanos e materiais planear, coordenar e descrever intervenções no seu domínio de especialização; Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar. (Decreto-lei nº247/2009).

Exercer supervisão clínica na área de EEMC, demonstra competências no domínio da gestão de cuidados. Cabe ao enfermeiro especialista como elemento diferenciado supervisionar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de cuidados gerais, de modo a manter a qualidade de cuidados, reconhecendo e potenciando as competências específicas em cada um. Cabe, também, ao enfermeiro especialista reconhecer quais as tarefas a delegar e em quem delegar essas tarefas mantendo a segurança e os padrões de qualidade. O enfermeiro especialista também deve ter a noção de quando referenciar para outros prestadores, demonstrando competências ao nível da tomada de decisão, otimizando o processo de cuidados.

Ser responsável de turno é também uma das competências do enfermeiro especialista, durante o estágio tivemos oportunidade de desenvolver esta atividade, o que nos permitiu aprimorar competências na gestão de cuidados, como por exemplo na liderança e na gestão de recursos, passando também pela orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade e na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, otimizando assim a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores. Uma das últimas tarefas a realizar era a elaboração do plano de trabalho para o dia seguinte, atendendo ao número de doentes internados e às possíveis admissões na unidade. Com o desenrolar de todas estas atividades fomos de encontro ao definido no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialistas, no domínio da gestão de cuidados: a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. (OE:2011b, p.8652)

A área de gestão dos cuidados é uma área inerente à chefia, mas também inerente ao Enfermeiro Especialista, fazendo a gestão dos cuidados relativos à sua área de especialização e também colabora com a Enfermeira Chefe, a chefia de Enfermagem deve ser entendida como ponta de lança da mudança, em que lhe é depositada a esperança para desenvolver e melhorar a organização das estruturas institucionais bem como a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais que aí trabalham. É portanto, exigido que o gestor de cuidados tenha capacidade de identificar as necessidades dos colaboradores, acompanhá-los no seu percurso, e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional (OE: 2007a).

Com estes dois dias a colaborar com a enfermeira chefe nas suas funções de gestão também pudemos constatar que às vezes o mais difícil não é lidar com números (gestão de equipamentos, horários, etc.), mas sim liderar/gerir pessoas, tendo em conta que cada profissional apresenta especificidade próprias que devem ser aproveitadas e potenciadas, de acordo com os interesses pessoais e institucionais.

Como refere GALVÃO (2005) A liderança é um componente crucial para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, principalmente, quando o contexto requer mudanças.

2.4 - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A natureza do exercício profissional dos enfermeiros na atualidade e os caminhos da sua formação ganham sentido, se perspetivados numa lógica de cruzamentos disciplinares de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais. Os estágios clínicos emergem como componentes relevantes no processo de formação.

Se, do mundo académico, da investigação e da formação passarmos para o mundo do exercício profissional, quase poderemos dizer que a atuação profissional do enfermeiro experiente se situa a um nível que está para além das disciplinas. Ao agir, já não pensa nas disciplinas, embora parte do seu saber tenha uma sustentação disciplinar. O seu saber profissional resulta da fusão de saberes provenientes de várias fontes (disciplinares e experienciais) que lhe dá uma visão ampla da realidade.

Como MARGARIDA VIEIRA referiu no III Fórum de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa em junho de 2012 “Potenciar a mudança da Praxis para

a Excelência do Cuidar”, *“competência é a prática baseada na evidência, evidência esta que não é só científica, pois Florence Nightingale não a possuía mas já fazia”*

A prática avançada em enfermagem faz sentido não só com o domínio das competências técnicas, mas sobretudo pela capacidade de atribuir um sentido às ações e aos cuidados prestados, de acordo com as necessidades individuais de cada doente. Para tal, é necessário refletir sobre a prática questionando o porquê do que acontece, do mais simples ao mais complexo procedimento, da orgânica da unidade ao funcionamento da instituição como um todo, no intuito de encontrar sempre o melhor caminho e as melhores soluções, para a promoção do desenvolvimento profissional individual e coletivo.

Os estágios assumem-se como um período privilegiado de análise crítica da prática, permitindo interpretar e adaptar os conhecimentos à especificidade e singularidade de cada situação específica.

Ser capaz de demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, assim como ser capaz de demonstrar que detém uma elevada consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais reflete competências neste domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nas últimas duas décadas assistimos à consolidação progressiva do sistema de emergência médica pré-hospitalar em Portugal. Nós Enfermeiros, estamos na assistência pré-hospitalar há cerca de 25 anos, nomeadamente enquanto Tripulantes de Ambulâncias, de Transporte de Recém-Nascidos, de Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação e no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica. O nosso papel e a mais-valia da nossa presença são reconhecidos e reforçaram-se com o aparecimento das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida.

Estágio no Centro de Orientação de Doentes Urgentes:

Atualmente são encaminhadas por dia, em média, 3.180 chamadas para os CODU's do INEM, registando um tempo médio para atendimento de 7 segundos. No primeiro semestre de 2012, foram atendidas no CODU Norte 166.487 chamadas de emergência. (INEM, 2012d)

O funcionamento dos CODU é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados – Médicos e Assistentes Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência – com formação específica para efetuar:

- O atendimento e triagem dos pedidos de socorro;
- O aconselhamento de pré-socorro, sempre que indicado;
- A seleção e acionamento dos meios de socorro adequados;
- O acompanhamento das equipas de socorro no terreno;
- O contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar.

Recentemente entraram em funcionamento novos algoritmos de triagem médica, mais estruturantes, que permitiram a standardização de procedimentos, ganhos de eficácia da triagem e, fundamentalmente, encurtamento do tempo do acionamento do meio de emergência eventualmente necessário.

O modelo de triagem tem por base um algoritmo, o que permite:

- Uma maior objetividade no atendimento das chamadas;
- Uma diminuição da aleatoriedade e, conseqüentemente, do erro no tratamento das chamadas;
- Uma avaliação sistemática e criteriosa de todas as situações;
- Aplicação de critérios uniformes na avaliação e condução de todas as situações;
- Maior rapidez no acionamento, através da priorização precoce dos eventos, com conseqüente diminuição nos tempos de resposta.

Os CODU's coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro - Ambulâncias, VMER's, Motos e Helicópteros de Emergência - selecionados com base na situação clínica das vítimas, com o objetivo de prestar o socorro mais adequado no mais curto espaço de tempo.

Em Portugal, neste momento não existem enfermeiros em funções no CODU, ao contrário de outros países europeus que têm nos seus sistemas de triagem de meios de emergência

equipas constituídas apenas por enfermeiros como é o caso da Holanda, ou da Espanha que conta com os enfermeiros como parte integrante das suas equipas (OE: 2010b, p.4). A nossa formação de base altamente diferenciada permite-nos um conhecimento global da pessoa, o que possibilita uma valorização assertiva de dados que nenhum protocolo pode ter em conta. Citando a OE, *“a interpretação de dados baseada em evidência e conhecimentos científicos potenciam a eficácia das respostas, qualificam o serviço e conferem confiança e segurança aos cidadãos”* (OE: 2010b: 4).

O turno de estágio decorreu no CODU-Norte e teve a duração de 6h. Começamos por assistir ao atendimento e triagem dos pedidos de socorro levados a cabo pelos operadores, onde estes recebem os mais variados pedidos de ajuda e tenho de salientar a perícia de alguns destes na resolução de problemas.

Presenciamos as dificuldades vividas por estes na fase de atendimento e triagem, nomeadamente a falta de colaboração por parte de quem liga e o recurso a este serviço por questões claramente não urgentes como por exemplo questões sociais. Tomamos consciência de alguma ignorância por parte da população na utilização do número nacional de socorro. O recurso a este serviço por motivos claramente não urgentes e o número considerável de chamadas falsas, que levam ao acionamento de meios desnecessariamente são a prova disso.

No final de 2011, foi dado início a um novo procedimento relacionado com as chamadas não emergentes, ou seja deu entrada em funcionamento o Serviço “Linha Saúde 24”, o INEM passou a transferir para este serviço um conjunto de chamadas catalogadas como não emergentes. No primeiro semestre de 2012 o INEM transferiu para este serviço 31.111 chamadas (INEM, 2012d).

Um dos aspetos que nos chamou atenção, foi o facto de, nos dias de hoje ainda existir alguma dificuldade na articulação com outros intervenientes do SIEM, como os bombeiros por exemplo. Apercebemo-nos de falhas na passagem de dados e de desconhecimento por parte das equipas de socorro acerca do funcionamento do CODU.

Uma vez que estas lacunas podem por em causa a resistência da cadeia de sobrevivência, decidimos conceber, gerir e colaborar num programa de melhoria contínua de qualidade e definimos que um dos objetivos atingir até ao final do estágio, passaria por levar um grupo de bombeiros a visitar o CODU para estes terem oportunidade de desmistificarem algumas

interrogações. Um fator facilitador para a realização deste momento de melhoria, ficou a dever-se ao facto de eu ser Subchefe num Corpo de Bombeiros, ser Formador da Escola Nacional de Bombeiros e lidar com diversas equipas de pré-hospitalar na minha prática diária no SU. Com este momento ficou patente que é possível gerirmos e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da nossa formação inicial, da nossa experiência profissional e de vida, e da nossa formação pós-graduada.

Estágio na Viatura Médica de Emergência Reanimação:

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. Estes meios atuam na dependência direta dos CODU e têm base hospitalar. O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. Em 30/06/2012, o INEM dispunha de 42 VMER's espalhadas pelo território nacional.

Optamos por realizar as 60h de estágio relativas a este meio, na VMER que está sediada no nosso hospital (HB). Foi interessante e motivador integrar uma equipa da qual queremos ser elementos integrantes num futuro próximo. Pudemos estagiar com enfermeiros com quem trabalhamos no dia a dia, dos quais conhecemos a forma de atuação em meio hospitalar e poder constatar que a qualidade com que executam nas suas intervenções diárias se mantém inalterável em contexto de pré-hospitalar ainda que este ambiente seja mais hostil na sua maioria das vezes. Da equipa médica devemos referir que é uma equipa em mudança, onde estão médicos com muitos anos de pré-hospitalar e que tripulam outros meios, como helicópteros por exemplo e onde estão a chegar médicos no início de carreira, com pouca experiência na área do pré-hospitalar. Este facto foi alvo de um momento reflexivo com o médico coordenador da VMER e com alguns enfermeiros, de onde estes destacaram o equilíbrio que existe na equipa, pois um médico recém-chegado está sempre acompanhado de um enfermeiro perito. Ao falar na perícia destes profissionais não posso deixar de referir que a maioria da equipa de enfermagem da VMER de Braga é composta por enfermeiros especialistas na área da enfermagem médico-cirúrgica.

Estágio na Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

Em 2007, teve início em Portugal um projeto de âmbito nacional cujo objetivo foi a implementação das Ambulâncias SIV. Estas destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida. A introdução das SIV permitiu efetivamente expandir o SIEM para o interior do País, onde um cidadão tem exatamente o mesmo direito a cuidados diferenciados como se residisse em áreas cobertas pela medicalização (OE: 2010b, p.7)

A tripulação é composta por um Enfermeiro, ao qual compete a chefia da equipa e um Tripulante de Ambulância de Emergência (TAE). Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de SBV, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais.

No primeiro semestre de 2012 o CODU Norte acionou estes meios 7934 vezes. (INEM, 2012d)

As 96 horas de estágio neste meio foram efetuadas nas SIV de Fafe e Ponte de Lima. A grande parte das ativações foi para vítimas com alteração súbita do estado de consciência. Para além destas tivemos ativações para doentes com quadro de: dor torácica, dispneia e hipoglicemia. Relativamente a situações de trauma, tivemos possibilidade de participar no socorro a vítimas de atropelamento, quedas, acidentes de viação com capotamento de viaturas, um dos quais com um dos seus ocupante encarcerado.

Nas situações anteriores pautamo-nos pelo nosso código deontológico, assim como pelas indicações emanadas pela OE, ou seja, em contexto de ambulância SIV, “as intervenções interdependentes requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções”. Assim, com a nossa participação nas atividades/cuidados que envolviam novos interesses, conhecimentos e habilidades, mantivemos de forma contínua e autónoma, o nosso processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, comungando com o enunciado da OE (2007b, p.1) atuamos sempre de acordo com o nosso enquadramento legal, assegurando, no exercício das nossas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à nossa disposição.

Estágio na Ambulância de Suporte Básico de Vida:

As ambulâncias de SBV têm como objetivo principal a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde.

As SBV estão sediadas em bases do próprio Instituto e em corpos de bombeiros por todo o país, designados de Postos de Emergência Médica (PEM). Aos postos PEM é cedida uma ambulância SBV e respetivo equipamento pelo INEM e a sua tripulação é assegurada pelo corpo de bombeiros. A sua tripulação é composta por TAE's, permitindo a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida.

No primeiro semestre de 2012 o CODU Norte acionou estes meios 19994 vezes. (INEM, 2012d)

Este estágio, no âmbito da ambulância de SBV, foi na SBV de Braga a qual se encontra estruturalmente sediada nas instalações do antigo departamento da Psiquiatria em Gualtar.

Todo o material é verificado no início de cada turno e depois de cada ativação de acordo com uma “*check list*” existente na ambulância e é da responsabilidade dos elementos desse turno, assim como a limpeza da ambulância de um turno para o outro.

Na nossa passagem por este meio, os elementos foram bastante recetivos e estiveram sempre muito disponíveis para explicar todos os procedimentos e protocolos. Foi nos dada a oportunidade de participar ativamente nas ativações que tivemos ao longo do turno, respeitando sempre o regulamento interno do INEM.

Estas ativações foram para vítimas do foro traumático. Pela ordem de saída: traumatismo crânio encefálico, trauma torácico e traumatismo vertebro-medular. Em cada ativação os elementos procedem à abordagem do doente e estabilização/imobilização para o transporte, procederam à elaboração de registos/passagem de dados através do “*MobileClinic*”.

O *MobileClinic* é uma aplicação que permite a receção da informação dos serviços, registo de dados clínicos da vítima e envio desses dados para o hospital de destino e para o CODU.

Dependendo do tipo de ocorrência, a aplicação *MobileClinic* apresenta os respetivos formulários acompanhados de quadros gráficos, onde é possível indicar, nas zonas corporais, as diferentes lesões.

Estes são meios de emergência importantes na abordagem precoce de vítimas de situações de urgência, sendo a vanguarda da assistência pré-hospitalar pois são os meios em maior número. Em termos de custos para o SIEM estes representam a menor parcela de gastos.

Concluindo, as ambulâncias de SBV são responsáveis pela realização de uma abordagem básica à vítima e o transporte para a unidade de saúde mais próxima ou “*rendez vous*” com meios mais diferenciados.

Na passagem pelos diferentes meios INEM, os registos foram uma das nossas preocupações, e constatamos que também as equipas de pré-hospitalar com quem estagiei estão despertas para essa importância, embora isso fosse mais visível nos operacionais das ambulâncias SIV. Os referidos registos eram completos e organizados, contradizendo a realidade descrita por AMARO (2004: 15), que menciona “*os registos clínicos são vulgarmente preenchidos de forma incompleta.*” O INEM utiliza um modelo próprio de registos, o que permite uniformizar a informação, possibilitando alguma visibilidade aos cuidados e ao impacto dos cuidados na melhoria do doente. Este aspeto é muito importante para a Enfermagem, pois os registos permitem-nos uma análise crítica sobre o que fazemos, porque e como fazemos, geram informação relevante sobre os nossos desempenhos pessoais, permitem um olhar abrangente sobre a organização de saúde como um todo e nas suas interfaces, geram dados imprescindíveis a uma boa política de saúde neste domínio e, assim sendo, permitem opções de melhoria de maneira objetiva e de forma contínua.

Como sugestão de melhoria e uma vez que os meios do Instituto são muito solicitados para realização de estágios, através de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas, fizemos alusão ao facto das bases INEM no futuro serem portadoras de um casaco de abrigo e não apenas um colete refletor azul, pois nos dias de intempérie temos que vestir casacos pessoais por baixo do colete. O INEM foi pioneiro na cor utilizada nas suas viaturas, assim como nos seus fardamentos e um dos grandes fatores para a utilização dessa cor tem a ver com a sinalização/proteção dos seus profissionais, daí a sugestão para proteção dos formandos. “*A cor amarelo RAL 1016 teve por base estudos científicos que provam que o olho humano é particularmente sensível a esta tonalidade, o que permite que as viaturas de emergência sejam rapidamente identificadas pelos condutores e peões*” (INEM:2012a, p.1).

Tabela 1 - Tipo de ativações consoante o meio em estágio:

MEIOS	ATIVAÇÕES			
	Doença Súbita	Trauma	PCR	Total
SBV	0	3	0	3
SIV	10	5	0	15
VMER	13	1	2	16
TOTAL	23	9	2	34

Durante o estágio tivemos um total de 34 ativações, na sua grande maioria para doenças súbitas.

Entrar numa Unidade proveniente de fora, trazendo toda uma bagagem de experiências e tendo presente toda uma componente teórica, permite estar atento para pormenores que possam passar despercebidos nas práticas diárias da equipa. Assim torna-se importante criar oportunidades de melhoria, seja sob a forma de sugestão e mesmo de operacionalização, com o intuito de se obterem ganhos mútuos e aproveitamento de sinergias.

O facto de questionarem sobre as práticas e as novas evidências, procurando a melhoria veio também demonstrar que contribuámos para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros e que estava perante equipas recetivas à melhoria e à mudança.

Ao longo do estágio na UCIP, foi nosso desígnio andar à descoberta do saber, desempenhando papéis diferentes, mas sempre refletindo sobre as práticas quotidianas, na busca de uma capacidade de agir eficazmente em cada situação, apoiado em conhecimentos sem nos limitarmos a eles. Procuramos manter de forma contínua e autónoma o nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, conhecendo protocolos e normas existentes, consultando material pedagógico existente.

A formação não se constrói por acumulação (cursos, conhecimentos ou de técnicas) mas sim através de um trabalho de reflexão crítica sobre as práticas e de re(construção) permanente de uma identidade pessoal. A aprendizagem só é realmente verdadeira,

quando, em vez de se receberem passivamente as informações, se encontram, por esforço próprio, respostas para problemas que interessa resolver.

Quer no campo pessoal quer no campo profissional a reflexão sobre a prática é basilar, pois não é a prática que ensina, mas sim a reflexão sobre esta (Zeichner, 2005). Não é apenas na ação que reside o conhecimento, mas fundamentalmente na capacidade de refletirmos sobre ela, é da reflexão que emerge o conhecimento. Neste estadio de formação, mais do que fazer revelou-se importante refletir acerca do que se faz. Tornou-se importante refletir na e sobre a prática de forma crítica, competência inerente ao enfermeiro especialista. Promover momentos de reflexão para trocas de experiencias, analisar situações de maior complexidade potenciais geradoras de insegurança e dúvidas e analisar práticas diárias, com olhar crítico, foram algumas das estratégias utilizada desenvolver competências para o exercício cabal das funções de enfermeiro especialista.

De salientar que toda a equipa de enfermagem quer os peritos, quer os juniores encararam a nossa presença como favorável ao crescimento coletivo, uma vez que nos viam como elementos de partilha e detentores das novas evidências científicas. Aproveitamos diferentes momentos para fomentar discussões científicas sobre as práticas fundamentadas nas evidências mais recentes, de modo despertar a necessidade de refletir sobre as práticas. É de salientar que quem chega consegue sinalizar aspetos que passam despercebido no dia a dia.

Talvez por ser da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde foi provavelmente a área que mais interesse despertou nos elementos da equipa. A primeira “discussão” que surgiu foi sobre a prevenção da infeção do trato urinário, pois uma vez que esta unidade só lida com doentes críticos, estes por questões de monitorizações de débitos urinários e outras, já chegam algaliados e acabam por ter alta ainda algaliados. O estudo que partilhamos com a equipa e me permitiu demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC, pertence ao *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* e está inserido na *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections: (2009)*, onde refere que deve ser feita uma revisão diária da necessidade clínica do doente manter a algaliação; A substituição da algália não deve ser feita por períodos fixos ou arbitrários ou estabelecidos por rotina de serviço; o saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade e por último, a remoção

da algália deve ser feita o mais cedo possível. Estas foram as recomendações que demos mais ênfase, pois ao longo do estágio apercebemo-nos de algumas não conformidades quanto aos pontos referidos anteriormente.

O segundo tema abordado teve origem aquando da execução da técnica de aspiração de secreções, mas como aquele não era o momento ideal para o mesmo ser abordado, a análise reflexiva com o tutor, acerca da prevenção da infeção respiratória em doentes ventilados surgiu *à posteriori*. A questão por nós levantada relacionava-se com a utilização de luvas esterilizadas ou luvas limpas para a execução da técnica de aspiração de secreções através do tubo endotraqueal. O tutor foi célere na resposta, pois ao longo da sua experiência profissional sempre utilizou luvas esterilizadas, com isto pude comunicar as nossas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades, pois argumentei que segundo as recomendações do *CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* relativas à Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde, dizem que na aspiração de secreções podem ser utilizadas luvas clinicamente limpas desde que estas não toquem na sonda, uma vez que não há evidência que o uso de luvas estéreis diminua a taxa de infeção e economicamente tem custos mais elevados. Excetuando-se os casos dos doentes imunodeprimidos graves e recém-nascidos quando se utiliza um sistema de aspiração aberto.

Esta evidência é recente o que fez que no decorrer do estágio tanto nós como o tutor a tentássemos por em prática, refletindo na e sobre a prática, de forma crítica, mas não tivemos grande sucesso, pois o grau de dificuldade é mais elevado do que a técnica anterior, talvez por isso, seja preciso mais tempo para aprimorar esta técnica, ou seja, validar esta nova evidência.

Posteriormente e aquando de uma passagem de turno, o nosso tutor levantou a questão do resíduo gástrico, pois tinha sido um assunto já “discutido” entre nós. A questão por ele apresentada foi, qual o limite mais comum para o volume residual gástrico? Embora exista um protocolo no serviço, as respostas variavam entre os 100ml e os 250ml, pronunciamonos referindo que segundo as novas evidências, os valores poderiam ir até aos 500ml e ficaram todos estupefactos pois nunca tinham ouvido referência a tal valor. No turno seguinte, facultamos-lhes a literatura *do Intensive Care Med (2010); Digestive Disease Center; Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina. USA. (2011)*.

Este momento de reflexão fez com que um grupo de enfermeiros se propusesse a realizar uma formação em serviço sobre este tema.

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

O facto de questionarem sobre as práticas e as novas evidências, procurando a melhoria veio também demonstrar que estávamos perante uma equipa recetiva à melhoria e à mudança. Ao longo deste estágio foi nossa intenção alicerçar a prática em sólidos conhecimentos teóricos.

2.5 - DOMÍNIO ESPECÍFICO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EMC

A Universidade Católica define Enfermagem Médico-Cirúrgica como a especialidade que visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigida para a assistência ao doente em estado crítico. (UCP, Regulamento Geral: 2011). Quanto à definição das competências para que o enfermeiro seja detentor do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão expostas no regulamento do mestrado de natureza profissional, que está organizado por forma a focalizar a aquisição de competências para a prestação de cuidados à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico.

Ao longo deste relatório, assim como neste domínio, estão descritas as atividades e reflexões que dão sustentabilidade à validação das mesmas. Estas competências estão intimamente correlacionadas com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, tais como:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O doente em situação de agudização da doença ou vítima de politrauma é um doente que necessita de cuidados diferenciados e sistematizados. Várias são as competências necessárias que demonstram a complexidade deste doente, nomeadamente competências que passam, pelas técnicas de trauma, suporte avançado de vida, prevenção e controlo de infeção, entre outras.

A OE (2011c:1) define que a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica

A existência de competência de enfermagem em emergência pré-hospitalar garante qualidade de cuidados, dado que *“O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas.”* (OE, 2007b: 1)

Atendendo ao referido foi de todo importante a realização deste módulo de estágio, permitindo-nos desenvolver competências no domínio do atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro para situações de urgência/emergência ou catástrofe, bem como a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte.

Apesar da espetacularidade técnica e destreza inerente ao cuidado deste tipo de doente importa que o enfermeiro assuma o dever de atuar e decidir sempre baseado em sólidos pilares do saber, recentes e cientificamente validados. Mais do que intervir automaticamente é importante estar desperto para a prevenção de acontecimentos adversos, muitas das vezes silenciosos, estando a sua deteção apenas ao alcance de quem tem

experiência e competências na prestação de cuidados a doentes críticos. A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Neste sentido a vigilância, a monitorização, a terapêutica, assim como a prevenção e controlo da infeção, ocuparam grande parte da nossa atenção e atividade, no intuito de minimizar e antever estes potenciais acontecimentos, atuando em conformidade. De referir, como fatores facilitadores da nossa atuação no estágio, todos os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica e teórico-prática do Curso de EEMC, assim como a formação profissional em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Trauma e Transporte do Doente Crítico. Com estas bases e com as recentes práticas ao longo do estágio, tornou-se mais fácil evidenciar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

A organização, coordenação e funcionamento do SIEM, atualmente está atribuída ao INEM. A organização do SIEM contém um conjunto de programas perfeitamente definidos que determinam a atuação dos diferentes intervenientes em cada fase. Um sistema seguro e efetivo de emergência médica requer considerável dedicação e controlo, para fornecer o melhor tratamento possível aos doentes. “A organização dos sistemas de emergência pré-hospitalar ao assentar em protocolos de atendimento e de atuação clínica, possibilita auditar o ocorrido, identificar pontos fracos na cadeia, implementar medidas de correção e melhorar as falhas, permitindo-nos ser consistente e eficazes na abordagem destes doentes” (MARQUES e SOUSA: 2004: 62). Desta forma, na emergência pré-hospitalar é possível procurar melhorar constantemente. No entanto, para se conseguir medir a qualidade dos cuidados, deve-se ser capaz de descrever o que se faz. Para isso, é necessário identificar normas e critérios.

Ao longo deste estágio, o elevado nível de cuidados prestado pelas equipas de enfermagem motivou a nossa constante preocupação em evoluir e permitiu-nos demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC. Uns dos aspetos que pudemos abordar foi o tratamento, com o objetivo da recuperação neurológica pós-PCR, utilizando a hipotermia. A utilização da hipotermia nestes casos é recomendada pelo *European Resuscitation Council* e pelo *American Heart Association*, fazendo parte das guidelines emanadas por estas organizações em 2005 e que ainda estão em vigor.

FEITOSA-FILHO et al (2009) e HAMMER et al (2009), após revisão da evidência científica, afirmam que a hipotermia melhora o prognóstico do doente pós-PCR. No estudo, os autores concluíram que a hipotermia induzida pode ser iniciada no pré-hospitalar, através da infusão de elevados volumes de solução salina fria, por via endovenosa, sendo um procedimento exequível e seguro. A hipotermia induzida é recomendada no contexto de PCR em ritmo de fibrilhação ventricular, com recuperação de circulação a nível do pré-hospitalar, por um período de 12 a 24h, sendo também benéfica para outros ritmos. (FEITOSA-FILHO et al: 2009, p 68) *“A técnica é utilizada para fornecer neuroproteção em lesões cerebrais traumáticas, acidente vascular encefálico, hipertensão intracraniana, hemorragia subaracnoídea, entre outras condições neurológicas, além do EAM e PCR”*. Anjos et al, (2008) O reaquecimento pode ser passivo (aproximadamente 0,5°C/h) ou ativo (aproximadamente 1°C/h). (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005; EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL, 2010; FEITOSA-FILHO et al, 2009). Com esta mobilização de conhecimentos, ficou patente para as equipas estarem perante enfermeiros possuidores de conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de EEMC;

Com a nossa passagem pela ambulância SIV e pela VMER pudemos constatar que estas técnicas ainda não são aplicadas na emergência pré-hospitalar no nosso país, contudo espero que o facto de termos proporcionado momentos de reflexão relativamente a esta temática desperte a curiosidade e a sensibilidade dos profissionais para esta prática, pela melhoria que traz aos doentes que recuperam circulação espontânea.

Procedimentos e terapêuticas invasivas são essenciais na abordagem e estabilização do doente crítico. Durante a nossa prática criamos e mantivemos um ambiente de cuidados seguro, pois neste tipo de atuação é necessário, garantir a segurança dos procedimentos de enfermagem e zelar, também pelos cuidados prestados por outros elementos. Para isso utilizamos estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como também de todos os profissionais.

O INEM recomenda às suas equipas de pré-hospitalar a utilização de protocolos que estão definidos e validados pelo Instituto. Trata-se apenas de um guia, uma vez que não substituem o bom senso clínico dos profissionais. Nas ativações em que estivemos presentes, pudemos validar que esses protocolos eram seguidos à risca, e a melhor forma de validar tal facto, foi pô-los em prática. Ou seja, um bom exemplo disso foi na

abordagem às vítimas, pois todas elas foram abordadas seguindo a metodologia ABCDE, ou seja uma sequência sistematizada e por prioridades A (Via Aérea), B (Ventilação), C (Circulação), D (Disfunção Neurológica) e E (Exposição) que se aplica em contexto de emergência. Dessa forma pudemos aperfeiçoar a metodologia de trabalho eficaz na assistência aos doentes. Digo aperfeiçoar porque esta abordagem é utilizada no nosso quotidiano. Assim como a Avaliação Primária e a Avaliação Secundária. A Avaliação Primária tem como objetivo principal identificar e corrigir situações que colocam a vida da vítima em risco e a Avaliação Secundária destina-se a identificar e corrigir o maior número possível de alterações, identificando as lesões não detetadas durante a avaliação primária (Blackwell, 2010)

O controlo de infeção foi uma das nossas preocupações, pois o risco de infeção associado, e por vezes acrescido, à situação clínica com disfunção/falência multiorgânica é elevado. A evidência científica das medidas para prevenir a IACS em emergência pré-hospitalar tornou-se alvo de reflexões conjuntas com os elementos das várias equipas.

A IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE: 2007: 4). A capacidade de evitar as infeções pode e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infeção é evitar as infeções evitáveis e fazê-lo de uma forma custo efetivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infeção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível. (COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO: 2007: 6)

À emergência pré-hospitalar atualmente coloca-se um desafio: a necessidade de salvar vidas, algumas vezes em situações extremas onde todos os segundos são preciosos, e a necessidade de, simultaneamente atender às recomendações reconhecidas como eficazes na redução da IACS. (Cunha: 2000: 51)

Embora seja uma preocupação na atuação das equipas de pré-hospitalar, foi sempre nosso apanágio fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar dos doentes, otimizando as respostas. Para isso baseávamo-nos em evidências fisiológicas e emocionais de mal estar, demonstrando conhecimentos e habilidades em medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. *“enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante*

para promover e intervir no controlo da dor” (OE: 2008: 11). Exemplo disso foram as ativações para doentes com edema agudo do pulmão, pois para além da terapêutica administrada (morfina por exemplo) é fundamental um bom posicionamento para otimizar a função respiratória.

Na Ambulância SIV a analgesia utilizada está de acordo com o valor da escala da dor referido pelo doente, ou seja aplica-se a Escala Numérica. Excetuando alguns protocolos, a medicação antes de ser administrada tem de ser validada pelo médico do CODU, medicação essa que recai essencialmente por Paracetamol oral e endovenoso e Morfina endovenosa. Na VMER, para além dos dois fármacos anteriores a equipa tem ao seu dispor analgesia mais potente como petidine e fentanil endovenoso. Nos doentes em que foi instituída analgesia, pela equipa da VMER, foi preferido sempre o uso de morfina, contudo GALINSKI et al (2005), num estudo que comparou o efeito da morfina com o do fentanil, concluíram que ambos são comparáveis no tratamento da dor severa, a nível pré-hospitalar.

Concluindo com uma ideia de Costa e Costa (2007), os cuidados numa situação de emergência exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica, a capacidade dos elementos da equipa, a coordenação entre eles, bem como a estrutura e os meios técnicos disponíveis, contribuem para melhorar o desempenho dos profissionais e consequentemente para melhorar o atendimento aos doentes em risco de vida.

Após a contextualização destas experiências, fica demonstrada a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Estamos certos que o acréscimo de conhecimento teórico e a possibilidade de as ter contextualizado e vivenciado na prática, nos permite dizer que atingimos os objetivos gerais estabelecidos para este domínio, os quais nos tínhamos proposto atingir antes do início deste estágio, ou seja, possuímos conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de EEMC e saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC.

Para além de termos atingido os objetivos propostos e adquirido as competências previstas, devemos referir que apenas um dos indicadores traçados não foi alcançado, pelo facto de não ter existido nenhuma ocorrência com multivítimas, nem situação de catástrofe ao longo do nosso estágio. Deixamos de seguida uma tabela com os indicadores propostos e os realizados neste período de estágio.

Tabela 2 – Indicadores propostos e os realizados durante o estágio.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PRÉ-HOSPITALAR	PROPOSTOS	REALIZADOS
Identifica e descreve os meios disponíveis no INEM;	1	2
Acompanha a dinâmica e percurso de uma chamada de 112;	5	11
Participa na verificação das cargas da VMER;	2	5
Participa na verificação das cargas da ambulância de SIV;	2	7
Participa na verificação das cargas da ambulância de SBV;	1	2
Conhece protocolos relacionados com manutenção das viaturas;	2	3
Participa no socorro a vítimas de instalação de doença súbita;	5	23
Participa em situações de PCR;	2	2
Participa no socorro a vítimas de trauma;	5	9
Participa em situações com multi-vítimas em contexto pré-hospitalar;	1	0
Colabora na passagem de dados sobre o doente ao enfermeiro do SU;	5	22
Colabora em ações de sensibilização levadas a cabo pelo INEM;	1	3
Realiza ações de sensibilização para dar a conhecer e “fortalecer” o SIEM e divulga a Cadeia de Sobrevivência junto da comunidade;	1	3

Na UCIP, apesar da panóplia tecnológica inerente ao cuidado deste tipo de doente importa que o enfermeiro assuma o dever de atuar e decidir sempre baseado em sólidos pilares do saber, recentes e cientificamente validados. Mais do que intervir automaticamente é importante estar desperto para a prevenção de acontecimentos adversos, muitas das vezes silenciosos, estando a sua deteção apenas ao alcance de quem tem experiência na prestação de cuidados a estes doentes críticos. Neste sentido a vigilância ocupou uma grande parte da minha atenção e atividade, no intuito de minimizar e antever estes potenciais acontecimentos, atuando em conformidade.

A UCIP é dotada de um “encanto tecnológico” podendo levar a sobrevalorização do equipamento em detrimento do doente. Foi nossa preocupação cuidar de doentes e não de tratar números, mais do que ver é preciso olhar criticamente. Mais do que parâmetros de monitorização de sinais vitais, importa olhar para a pessoa. Olhar, tocar, observar! Em

matéria de equipamentos, sobretudo de monitorização e ventilação, a aprendizagem é diária. Ao longo deste estágio pudemos aprimorar as nossas competências neste domínio.

Era norma do serviço ter sempre uma unidade pronta para receber um doente, embora a admissão destes fosse sempre precedida de aviso. Previamente à admissão, tivemos oportunidade de montar e testar o ventilador, verificar o funcionamento do sistema de vácuo, fontes de oxigénio, ar comprimido, monitores e máquinas infusoras, preparar soros devidamente conectados às bombas, preparar material para colocação de linha arterial, para que à chegada e durante a passagem de maca, não houvesse lugar a grandes variações de monitorização, nem de instabilidade agravada pela transferência.

A instabilidade hemodinâmica que muitas vezes acometia estes doentes influenciava todo o decorrer da mobilização, sendo necessário programar minuciosamente todos os passos e recorrer a administração de fármacos em bólus para minimizar oscilações nos parâmetros vitais e controlar a dor. Este aspeto permitiu-nos validar e fomentar conhecimentos na área da farmacologia avaliando de imediato e *in loco* as interações terapêuticas.

Se não houvesse contraindicação clínica a cabeceira do doente era deixada entre 30 a 45 graus, medida fortemente recomendada pelo Ministérios da Saúde relativamente à prevenção da infeção respiratória em doentes ventilados.

A grande maioria dos doentes com os quais contactamos durante o estágio tiveram necessidade de suporte ventilatório, fosse ele invasivo ou não. A acumulação de secreções provocadas por patologia de base e pela imobilidade a que estavam sujeitos conferem um risco acrescido à estabilidade hemodinâmica pretendida, podendo complicar o quadro clínico com o aparecimento de pneumonias de imobilidade. A incapacidade em auto promover a limpeza das vias aéreas, resultante quer da depressão do estado de consciência, quer da inexistência de uma tosse eficaz, levava a que fosse necessário proceder à aspiração de secreções. Esta técnica foi frequentemente levada a cabo, tendo sempre presente noções de assepsia, funções de pré-oxigenação do ventilador, sequência orofaringe/ TET, evitando assim a migração de secreções para as vias mais baixas, verificação da pressão de “*cuff*”, hidratação das secreções, e registo da quantidade e características. A execução fundamentada destas atividades permitiu-nos adquirir competências na resposta eficaz à prevenção e controlo da infeção, bem como na incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

Relativamente às técnicas e equipamentos colocados à disposição do doente crítico, muitas delas já nos eram familiares pois lidamos com elas no nosso local de trabalho (SU), no entanto mesmo relativamente a estas houve necessidade de pesquisar e debater com o tutor, alguns pormenores. Por este motivo apenas fazemos referência aquelas que se apresentaram como novidade, e com as quais tivemos contacto, como por exemplo: a Pressão Intra-Abdominal (PIA), sensor do Índice Bispectral (BIS), técnica de remoção dialítica e aplicação dos critérios de morte cerebral.

A pressão intra-abdominal refere-se à pressão de equilíbrio no interior da cavidade abdominal, tendo como valores de referência para o doente crítico 5 a 7 mm/Hg. O aumento da PIA, ou seja, a hipertensão intra-abdominal, pode estar relacionada com múltiplos fatores como sejam: trauma abdominal, queimaduras, ascite massiva, pós laparotomia descompressiva ou pancreatite (Silva, 2008) Os enfermeiros devem estar sensíveis à necessidade de proceder à avaliação deste parâmetro, pois a sua elevação pode originar um síndrome de compartimento abdominal, sendo que valores acima de 15 a 20 podem provocar instabilidade hemodinâmica, nomeadamente: oligúria, hipoxémia, aumento da pressão respiratória e redução do débito cardíaco (Idem). A avaliação indireta, efetuada através do cateter urinário, era o método de utilizado na UCIP, o qual tivemos a oportunidade de por em prática no decorrer do estágio. Basicamente trata-se da instilação de 50 a 100ml de soro fisiológico na bexiga através da algália, após ter sido clampada a tubuladura do saco coletor. O doente deve estar na posição de supina, e é criado um mecanismo de ligação a um manómetro, que uma vez “zerado” ao nível da sínfise púbica nos dá o valor da PIA. Em rigor deve ser medido no final da expiração.

Relativamente índice bispectral trata-se de um sensor através do qual são captados os sinais do EEG frontal e que permite medir a profundidade da anestesia sendo um parâmetro processado de EEG foi especificamente desenvolvido para avaliar a resposta do paciente aos anestésicos e sedativos (DUARTE, 2009). São colados 3 sensores na região frontal do doente e mais um, na região parietal, ao nível do olho, que após conectados ao monitor, nos dão valores entre 100 e 0. Estes valores correspondem a um indivíduo acordado acima de 93 até ao silêncio cortical, valor 0. Tem o objetivo de proporcionar maior conforto e estabilidade hemodinâmica ao doente, ao mesmo tempo que minimiza a administração de sobredoses. Em doentes cuja hipnose é induzida, por exemplo, com propofol, a eficácia da sedação pode ser avaliada através da resposta do doente aos comandos verbais e tácteis

(DUARTE, 2009). Este parâmetro de monitorização foi observado em doentes do foro neurocirúrgico.

A insuficiência renal crónica surge associada a “disfunções múltiplas, de etiologia médica ou cirúrgica, com repercussão cardiovascular, respiratória e metabólica, sendo nestes casos necessário recorrer às técnicas de substituição renal” (MARTINS, 2005). Ao longo deste estágio prestamos cuidados a 2 doentes que estavam submetidos à técnica de remoção dialítica, o que nos proporcionou a oportunidade de montar as linhas do circuito da filtração extracorporal, perceber as razões da introdução e suspensão da técnica, avaliar a quantidade de líquidos removidos durante um pré determinado tempo, perceber as complicações do incorreto funcionamento da máquina, ou do cateter, sendo que quando era impossível devolver ao doente o sangue que circulava no sistema, isto correspondia a uma unidade perdida, o que levava a uma possível necessidade de ser transfundido.

Como referido anteriormente, tivemos oportunidade de assistir e colaborar na aplicação dos critérios de morte cerebral a dois doentes que eram potenciais dadores. Esta é uma situação que gera uma série de sentimentos contraditórios pelo processo em si. Os critérios de médicos e as provas para determinar a morte cerebral são inquestionáveis, fiáveis e reprodutíveis, oferecendo especificidade absoluta, assegurando que a morte do individuo ocorreu sem qualquer dúvida (PITA, 2004). Perceber os critérios de morte cerebral e participar neste processo ajuda-nos a compreender este processo e acima de tudo olhar para este processo como o início de um estado melhor de saúde para muitos outros doentes.

O transporte intra-hospitalar, como acompanhamento à execução de exames, transferência de doentes para o bloco operatório, foi também uma atividade desenvolvida com total autonomia, permitindo-nos avaliar os riscos inerentes à deslocação e as medidas preventivas a tomar. As regras do bom desempenho da medicina e da enfermagem são considerados princípios essenciais para que os riscos inerentes à instabilidade que caracteriza uma ação de transporte sejam diminuídos ou anulados. Para isso em todos os transportes que participamos, juntamente com o médico, confirmávamos e validávamos os 3 momentos “chave” do transporte, são eles: Decisão, Planeamento e Efetivação.

Algumas das intervenções prévias, passam por verificar a capacidade de funcionamento de todos os aparelhos, fonte de oxigénio, fazendo-me acompanhar de fármacos de emergência, insuflador manual e algum material consumível que foi avaliado como necessário. Ponderávamos a suspensão de algumas medidas que eram passíveis de serem

proteladas, e procedíamos ao contacto prévio com o serviço de destino para a execução do transporte. Com isto validávamos a avaliação adequada dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.

Aquando da alta para outro serviço, efetuávamos um contacto telefónico prévio, efetivávamos a atualização dos planos de atividades e procedíamos ao acompanhamento do doente, o que permitia para além do já descrito proceder à transmissão de toda a informação relativamente ao seu estado de saúde de uma forma mais pessoal e profícua.

Estivemos presentes numa formação em serviço sobre “Segurança contra Incêndios na Unidade”, onde nos foi possível opinar, pois esta é uma área que nos é familiar. Os nossos contributos aqui passaram por sugerir formas de evacuação em caso de incêndio, pois embora o Hospital tenha um plano de atuação, os elementos responsáveis estão a testar alternativas, para sugerir alterações ao Conselho de Administração para a evacuação de doentes e profissionais em situação de catástrofe.

Após a contextualização destas experiências, estamos certos que o acréscimo de conhecimento teórico e a possibilidade de as termos contextualizado e vivenciado na prática, nos permitem dizer que atingimos os objetivos gerais estabelecidos para este domínio, os quais nos tínhamos proposto atingir antes do início deste estágio, ou seja, possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de EEMC e saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC. Para além de termos atingido os objetivos propostos e adquirido as competências previstas, devemos referir que todos os indicadores traçados foram alcançados.

Consideramos que este campo de estágio reúne as características ideais para adquirir e para desenvolver competências e conhecimentos no âmbito do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

CONCLUSÃO

Finda esta etapa do percurso de aprendizagem é altura de tecermos as considerações finais acerca da aquisição das competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Analisando o relatório este revelou-se uma ferramenta fundamental para refletir sobre a prática e conseqüentemente fundamentar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Esta nova metodologia assente neste novo paradigma de ensino e aprendizagem que enfatiza o estudante como detentor das escolhas ao longo do seu percurso permite desenvolver a profissão, na medida em que o estudante procura obter e gerar conhecimentos e competências para atingir objetivos. Estratégias como a partilha de conhecimentos, a análise e o debate de ideias e procedimentos tendo por base a prática baseada na evidência permitiram o crescimento pessoal e profissional, trazendo ganhos quer para o profissional, mas essencialmente para o doente. Só através da prática baseada na evidência é que podemos atingir a excelência do cuidar, dado que toda a prática deve ser sustentada.

A aquisição de competências está exposta no desenvolvimento deste trabalho e atravessa os vários domínios de competências preconizados para o EEMC, quer pela UCP para a especialização em enfermagem médico-cirúrgica, quer pela OE nos domínios de competências comuns e específica em enfermagem em pessoa em situação crítica.

O estágio foi iniciado com o módulo II de Cuidados Intensivos que decorreu na UCIP. Neste módulo foram aprimoradas e desenvolvidas as competências inerentes aos vários domínios do EEMC. Apesar de esta unidade apresentar um grande avanço tecnológico, podendo criar uma certa ilusão e encantamento pelo intensivismo, o essencial para uma prática que busca a excelência do exercício não ficou ofuscado. O domínio da utilização deste avanço tecnológico foi uma preocupação, mas não assumiu o cerne da nossa atenção. Este domínio revelou-se um processo gradual.

Aspetos como a componente relacional, que geram sentimentos contraditórios e muitas das vezes perturbadores da prática, assumiram-se como um desafio, que valorizamos bem mais. Seremos capazes de aprimorar as nossas competências comunicacionais para com o

doente que muitas vezes não fala, seja por estar sedado e curarizado ou traqueostomizado, e a sua família, que vivencia toda uma experiência geradora de medo e ansiedade, foi nosso propósito.

Neste estágio também desenvolvemos e aprofundamos a componente técnica, sustentada na enfermagem avançada, relacionada com determinadas intervenções intensivistas, no sentido de desenvolver intervenções de enfermagem na nossa área de especialização com a rapidez, a eficácia e a qualidade necessárias para a atuação perante o doente e família em situação crítica. Nas variadas técnicas associadas a doentes ventilados, a doentes com HVVC com falência renal, a doentes com necessidade de vigilância intensiva e monitorizações específicas como a Pressão Intracraniana a Pressão Intra-Abdominal, entre outras, procuramos adequar os procedimentos e parâmetros às especificidades das necessidades de cada doente, tendo em conta as suas patologias. Prestando cuidados de alta qualidade, adequados às necessidades do doente utilizando todas as tecnologias apropriadas ao doente e sem descuidar a sua dimensão psicossocial e holística.

A proposta de monitorização do *delirium*, tendo por base que este distúrbio aumenta os índices de mortalidade e morbidade em doentes internados neste tipo de unidades, foi ao encontro da melhoria contínua, competência do enfermeiro especialista. Participamos também num projeto de monitorização da PAV. Relativamente a este projeto multidisciplinar, demos o nosso contributo na elaboração do formulário, para auditar o cumprimento das recomendações de prevenção da PAV, assim como fomos supervisionando, os processos de melhoria e desenvolvimento da qualidade

O módulo III de APH decorreu em vários meios do INEM, designadamente no CODU-Norte; VMER de Braga; SIV de Fafe e SBV de Braga. Neste módulo tal como no anterior procuramos não nos deslumbrarmos com o encantamento que a emergência pode trazer, mas sim focar a nossa atenção em aspetos fulcrais.

Mais uma vez atribuímos importância à componente relacional, procurando partilhar conhecimentos, sustentados na evidência, gerando debate de ideias e questionando procedimentos. Pensar no acompanhamento de doentes em ambulância ou na comunicação com o doente e familiares, solicitando o consentimento informado em situações críticas foram alguns temas que trouxemos para junto dos profissionais dos diferentes meios do SIEM, de modo a gerar uma consciência crítica.

Ao nível da promoção da formação, o *masstraining* efetuado na escola, juntamente com o INEM foi efetuado em virtude das necessidades detetadas, procurando uma oportunidade de melhoria. Capacitar os cidadãos para salvar vidas revelou-se uma estratégia vencedora e traduzindo-se como uma competência do EEMC. A visita de estudo ao CODU, levada a cabo com os bombeiros veio fortalecer o SIEM e tornar a cadeia de sobrevivência ainda mais forte. Desta forma, traduz a mais valia que o enfermeiro pode e deve ter no planeamento, operacionalização e liderança destes projetos na comunidade. A formação avançada que o enfermeiro detém coloca-o num patamar claramente privilegiado para dotar a sociedade de mais e melhores meios no socorro e em simultâneo promover a imagem da profissão.

Embora já façamos parte do grupo de formação do HB na área do doente crítico, no desenrolar desta especialização foi-nos feito o convite pela Academia de Desenvolvimento para integrar a equipa de formadores na área do transporte do doente crítico. Mais recentemente foi-nos formalizado o convite pelo Chefe do SU do HB para integrar a equipa da VMER do nosso Hospital.

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

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

Findo este relatório, pensamos ter desenvolvido todas as competências projetadas e correspondentes à evolução de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Consideramos que esta foi mais uma jornada de aprendizagem, com a qual adquirimos uma grande bagagem (competências desenvolvidas e adquiridas) para abraçar os novos projetos e desafios.

Assentar a prática baseada na evidência faz agora parte de todo o nosso processo de desenvolvimento da arte de enfermagem, seja através da prestação direta de cuidados, através da formação ou de projetos de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO, Leonor Pinto. 2004. Qualidade em Emergência Pré-Hospitalar. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Medicina: Porto. Disponível: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2005. American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*.

ANJOS, Cláudia Nogueira et al. 2008. O potencial da hipotermia terapêutica no tratamento do paciente crítico. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. Jan/Mar: 74-78.

BANDEIRA, Romero. 2008. Medicina de Catástrofe: Da Exemplificação Histórica à Iatroética. Universidade do Porto, Porto.

BLACKWELL, Tom. 2010. “Prehospital care of the adult trauma patient”. Disponível: <http://www.uptodate.com/contents/prehospital-care-of-the-adult-trauma-patient#H7>. [Data da visita:10/09/2012]

COFFIN SE, et al. Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. *Infection control and hospital epidemiology* 2008; 29 (1): 31-40.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO. 2007. Manual da CCI. Centro Hospitalar do Porto, Porto.

COSTA, António J. S., COSTA, M. M. C. Silva. 2007. Organização de recursos humanos e materiais em emergência. *Sinais Vitais*. 75: 61-66.

COSTA, M. A. (2009) – Refletindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Revista Nursing*. Lisboa. p. 36-42.

CUNHA, Jorge M. A.. 2000. Prevenção e Controle da Infecção na Emergência Pré-Hospitalar: Projeto de Intervenção na VMER do Pedro Hispano. [Tese de Investigação do Curso de Enfermagem em Controlo de Infecção]. Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto: Porto. Disponível: Escola Superior de Enfermagem do Porto – Pólo S. João.

DAY, Lisa – Family Involvement in Critical Care: Shortcomings of a Utilitarian Justification. *American Journal of Critical Care*. Vol. 15, n.º 2 (março 2006)p.223-225.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004), Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

DUARTE, Leonardo T. D. (2009): Índice de Bispectral – BIS: TSA/SBA*

Ely, EW, Shintani A, Truman B, et al. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *The Journal of the American Medical Association*; 291:1753–1762.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. 2010. Guidelines for Resuscitation 2005.

FEITOSA-FILHO, Gilson Soares et al. 2009. Hipotermia terapêutica pós reanimação cardíaco-respiratória: evidências e aspetos práticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 21 (1): 65-71.

FREITAS, Genival Fernande de – Aspetos éticos e legais envolvendo a atuação dos profissionais de enfermagem na emergência. In CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana yeda – O Enfermeiro e as Situações de Emergência. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. ISBN 978-85-7379-894-4. p. 83-96.

GALINSKI, Michel et al. 2005. A randomized, double-blind study comparing morphine with fentanyl in prehospital analgesia. *American Journal of Emergency Medicine*. p. 114-119.

GALVÃO CM, Sawada NO. A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005* p. 293-301.

GUIDELINES for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, (2011).

GUIDELINE for prevention of catheter-associated urinary tract infections (2009).Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.

HAMMER, Laure et al. 2009. Immediate prehospital hypothermia protocol in comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *American Journal of Emergency Medicine*. 27 (5): 570-573.

HENRIQUES, Maximiano Pereira. 1990. Formação em emergência médica. In *II Jornadas de Emergência Médica*. Lisboa: INEM Expresso Gráfico, p. 143-150.

HUDAK, Carolyn; GALLO, Barbara - *Cuidados Intensivos de Enfermagem – Uma Abordagem Holística*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2011a. Acompanhamento dos doentes em ambulâncias de emergência. INEM, Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2011b. Manual de Utilização do MobileClinic 4, Edição 2/2011. INEM, Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2012a. Conselhos do INEM: como agir na presença de um veículo de emergência na via pública. Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2012b. Informação a transmitir aos utentes. Deliberação nº4 de 2012, Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2012c. Manual de SBV/DAE, 1^a Edição. 2012 p.13.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2012d. Relatório de Atividade 1º Semestre, Lisboa.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2009), ICN Position Statement on Nursing Research

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2012), ICN Closing the gap: from evidence to action.

KLOMPAS M, Platt R. Ventilator-associated pneumonia- the wrong quality measure for benchmarking. *Ann Intern MED* 2007; 147:803-805.

LEE, Isabella et al. Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. N.º 9 (2004) p. 46-54.

LESKE, Jane Stover (2002) – Protocols for Practice: Applying Research at Bedside. *Critical Care Nurse*. Vol 22, n.º 6.

MARQUES, António; SOUSA, João Paulo Almeida. 2004. *Medicina de Emergência: dos princípios à organização*. Vol. I. Lisboa.

MARTINS, José Almeida. 2005. Técnicas Contínuas de Substituição de Fármacos. Disponível: <http://www.revistadelaofil.org/articulo.asp?id=43>.

MCADAM, J.; PUNTILLO, K. – Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*. – Vol. 18, nº 3 (maio 2009) 200-2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde, Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de operacionalização. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007a. Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007b. Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar. Enunciado de Posição. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2008. *DOR, Guia orientador de boa prática*, Ordem dos enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009. Código Deontológico. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a – CJ 194/2010. Parecer: Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b – Parecer: Plano Estratégico de Recursos Humanos de Emergência Pré-Hospitalar.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2011a. Modelo de Desenvolvimento Profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas, Caderno Temático 4. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2011b. Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2011c. Regulamento nº 124/2011, de 18 fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Maio 2012 – Combater a desigualdade: da evidência à ação. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p. 47.

PHANEUF, Margot. 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência. p.668.

PHIPPS, W. et al. 1995. Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica, 2ª Edição. Lusodidacta, Lisboa, p. 638-640.

PITA, Fernando; CARMONA, Cátia (2004), *Morte Cerebral, do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo*, Ata Médica Portuguesa, N.º17, p. 70-75.

ROSÁRIO, E. (2010). Comunicação e cuidados de saúde. Comunicar com o doente ventilado em Cuidados intensivos. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde, apresentada na Universidade Aberta. Lisboa.

SÁ, Engrácia C. Q. N. 1999. Comunicação com doentes ventilados. Nursing nº129. Janeiro de 1999. p.26-29.

SERRA, A. S. (2002) – Interdisciplinaridade, valores e autonomia (I parte).“Revista Nursing” .Ano14, Nº169 setembro 2002, p. 22-25.

SILVA, Abel Paiva. 2007. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Servir 55 (1-2), 11-20

Silva, M. (2008) – Mensuração da Pressão Intra - abdominal em Pacientes criticamente Graves. Disponível: <http://clinicamedicaepm.wordpress.com/2008/04/10/mensuracao-da-pressao-intra-abdominal-em-pacientes-criticamente-graves/>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS; ORDEM DOS MÉDICOS. 2008. Transporte de doentes críticos: recomendações 2008, p9.

TRUMAN, B. e Ely, EW, (2003). Monitoring delirium in critically ill patients. Using the confusion assessment method for the intensive care unit. Critical Care Nurse, Apr; 23(2):25-36.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – ICS/ESPS. 2011. Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional. Regulamento Geral.

UNIDADE EUROPEIA DE EURYDICE. 2005. A Educação para a Cidadania nas Escolas da Europa, Brussels, Eurydice.

URIZZI, Fabiane; CORRÊA, Adriana – Vivências de Familiares em Terapia Intensiva: o Outro Lado da Internação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* – Ribeirão Preto. – Vol. 15, n.º 4 (julho/agosto 2007).

VIEIRA, M. 2007. Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência – Universidade Católica Editora.

VIEIRA, M. (2010). Sigilo profissional em Enfermagem: perspectiva ética. *Revista nº 34 da Ordem dos Enfermeiros*. p. 32-33.

VIEIRA, M. (2012). “Potenciar a mudança da Praxis para a Excelência do Cuidar”. III Fórum de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa em junho de 2012.

WANG, K., ZHANG, B., Li, C., WANG, C. (2009). Qualitative analysis of patients’ intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 183-190.

YANG, Sungeun (2008) – A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*. – Vol. 25, n.4 (2008) p. 79-86.

ZEICHNER K. 2005. Pesquisa dos educadores e formação docente voltada para a transformação social. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 125, maio/ago Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n125/a0535125.pdf>

ZINN, Gabriela Rodrigues [et al.] (2003) – Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* – Ribeirão Preto. – Vol. 11, n.º 3 (maio/Jun. 2003), p. 326-332.

ZUSSMAN, R. (1992) – Intensive Care. Medical Ethic and the medical profession. Chicago, The university of Chicago press.

LEGISLAÇÃO:

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de setembro – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

DECRETO-LEI n.º 247/09. «D.R. I Série-A». 184 (09-09-22) 6758-6761.

LEI n.º 33/2009. «D.R. I Série». 134 (09-07-14). 4467.

LEI n.º 111/2009 de 16 de setembro – Código Deontológico do Enfermeiro.

ANEXOS

ANEXO I – MASSTRaining EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA:

A – NOTICIA DO JORNAL CORREIO DO MINHO EM 23/11/2012

“GESTOS QUE PODEM SALVAR VIDAS”

B – NOTICIA DO JORNAL MARIA DA FONTE EM 30/11/2012

“GESTOS SIMPLES QUE SALVAM VIDAS”

A – NOTICIA DO JORNAL CORREIO DO MINHO EM 23/11/2012

“GESTOS QUE PODEM SALVAR VIDAS”

GUIMARÃES: SEPTUAGENÁRIA FERIDA EM ATRÓPELAMENTO

Uma mulher de 75 anos ficou ferida depois de ter sido atropelada, ontem de manhã, em Moreira de Guimardes, concelho de Guimarães.

O acidente ocorreu pelas 07:54 horas, altura em que foram alertados os Bombeiros Voluntários de Vizeu que se apossaram a vítima e a transportaram para o hospital de Guimarães.

BARCO VIROU-SE EM VIANA MAS PESCADORES SALVARAM-SE

Um barco virou-se, ontem, no portoinho de Castelo de Nêva, em Viana do Castelo, mas os pescadores salvaram-se. O acidente aconteceu pouco depois das 10:00 horas e os dois pescadores foram resgatados por outros que se encontravam no local. As duas vítimas - de 24 e 60 anos - ainda foram assistidas no hospital de Viana do Castelo.

CINCO CARROS ASSALTADOS EM GUIMARÃES

Cinco carros foram assaltados, ontem, na cidade de Guimarães, no espaço de poucas horas.

Os cinco furtos ocorreram em artérias diferentes e do interior dos veículos foram levados três computadores, um auto-rádio, dois pares de óculos e alguns magos de tabaco.

Os furtos foram participados à PSP

QUATRO DETIDOS PELA GNR POR ALCOOL A MAIS E SEM CARTA

Dois condutores foram detidos, ontem, pela GNR, por condução sob efeito de álcool. As detenções ocorreram em Barcelinhos e em Vizeu e os condutores acusaram taxas de álcool no sangue de 1,40 e 1,93 g/l, respetivamente.

Por condução sem habilitação legal, a GNR deteve mais duas pessoas em Vila Nova de Famalicão e em Vizeu.

GNR INTENSIFICOU CONTROLO NAS ESTRADAS

A Guarda Nacional Republicana intensificou, desde às zero horas, o patrulhamento e fiscalização do controlo de velocidade nas estradas com maior índice de sinistralidade rodoviária, numa operação que termina à meia-noite. A operação envolve militares de todos os comandos territoriais e da Unidade Nacional de Trânsito.

CASOS DO DIA PÓVOA DE LANHOSO

Braga: mais investigação para dois detidos pela PSP

A PSP deteve, pelas 23:30 horas de quarta-feira, na Calçada de Santa Tecla, em S. Victor, o cidadão João M., 49 anos de idade, natural e residente em Vila do Conde, por ter sido interposto a conduzir sob influência de álcool. O teste de alcoolemia a que foi submetido acusou uma taxa de 1,39 gramas de álcool por litro de sangue.

Ontem, às 0:20 horas da manhã, na Av. João Paulo II em Braga, foi detido Samuel P., de 20 anos de idade, de nacionalidade omena, desempregado, por estar a conduzir um veículo sem habilitação legal para o efeito.

Notificados os dois detidos para comparecerem no Tribunal Judicial e como terão antecedentes a esse nível, o juiz determinou ontem o envio das respetivas autos ao Ministério Público para que se proceda a diligências de investigação necessárias para a descoberta da verdade. Tais diligências implicam, nomeadamente, a cada um dos processos os respetivos certificados de registo criminal. A PSP também deteve, às 06:24 horas de anteontem, na Avenida 31 de Janeiro, um jovem de 24 anos de idade, natural e residente em Braga, interposto a conduzir sob influência de álcool. Acusou uma taxa de 1,88 e foi notificado para comparecer no Ministério Público junto do Tribunal Judicial de Braga.

Gestos que podem salvar vidas

Cerca de 150 alunos, professores e assistentes operacionais da Escola Secundária da Póvoa de Lanhoso aprenderam algumas técnicas de suporte básico de vida.

> Iurdes Marques

Adquirir competências em suporte básico de vida (SBV) é colocar em prática gestos simples que salvam vidas. É desta forma que o INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica - explica a ação realizada, ontem, na Escola Secundária da Póvoa de Lanhoso.



Enfermeiro António Costa demonstrou manobras de suporte básico de vida

A iniciativa promovida pelo enfermeiro António Costa, que para além das funções no Serviço de Urgência do Hospital de Braga integra o corpo activo dos Bombeiros Voluntários da Póvoa de Lanhoso, insere-se no Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica.

Cerca de 150 formandos (alunos, professores e assistentes operacionais) participaram no "Mass Training de Suporte Básico de Vida", envolvendo o INEM, os Bombeiros Voluntários da Póvoa de Lanhoso, a Escola Secundária e alunos do referido mestrado.

"O SBV é um conjunto de procedimentos e metodologias padronizadas, que visa reconhecer as situações de perigo iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer utensílio, manobras que contribuem para a preservação da ventilação e circulação, de modo a manter a vítima viável até à chegada de socorro", explica a enfermeira Isabel Costa, do INEM.

Capacitar a comunidade escolar para actuar em caso de paragem cardio-respiratória foi o principal objectivo.

"Foi uma formação com uma elevada componente prática, onde os formandos tiveram a oportunidade de adquirir, pelas suas próprias mãos, competências que possibilitarão uma correcta actuação perante uma vítima em paragem cardio-respiratória", explica António Costa.

Entre outros conhecimentos, os formandos foram elucidados sobre a informação adequada a transmitir ao 112 e ficaram a conhecer as manobras de SBV a realizar até à chegada da ajuda diferenciada.

"A opção pela sensibilização na escola é por ser um local de inclusão, assumindo-se como um lugar privilegiado para incentivar a capacidade cívica da participação, almejando uma no-

va sociedade um pouco mais pró-activa. Mais do que uma obrigação moral, esta aprendizagem é um dever de cidadania", revela António Costa.

Para os responsáveis da iniciativa, a formação facultada à sociedade civil na abordagem às vítimas é claramente insuficiente. "Se tivémos especialmente em conta que o tempo médio que medeia entre a chamada de ajuda e a chegada de equipas especializadas é de oito minutos e que, no caso de paragem cardio-respiratória, por cada minuto que passa sem qualquer tipo de ajuda, as probabilidades de sobrevivência decrescem 7 a 10 por cento, é imperioso dotar de competências em SBV o maior número de pessoas possível".

Antiguidades Paula Luz
Grandes Ideias para presentes
Visite-nos a partir de 23 de Nov.
Todos os dias das 14h30 às 19h - Sábados todo o dia
PREÇOS FANTÁSTICOS

Antiguidades - Pintura Pratas, Jóias e Relógios
Av. Dr. Portinho da Silva, 133 - Braga
Continuação da Rua 31 de Janeiro, concelho de Barcelos
Tel: 253 275 309 / 914 368 992 / 917 245 129

ESCOLA DE CONDUÇÃO S. MARCOS

GRANDE PROMOÇÃO DE NATAL 2012
(de 10 a 31 de Dezembro de 2012)
Combatemos a crise, tire aqui a sua carta com Segurança, Qualidade e Confiança!

Com oferta de Exame Teórico + Livro Código **550€**

Desejamos Feliz Natal e Bom Ano 2013

Rua Andrade Gomes, 28 - Casa do Rio Tortos - 4706-208 BRUGA (junto à Estação de Comboios de Braga)
Tel: 253 275 221 - fax: 253 275 022 www.escolasmarcos.com - escolasmarcos@esg.pt

B – NOTICIA DO JORNAL MARIA DA FONTE EM 30/11/2012

“GESTOS SIMPLES QUE SALVAM VIDAS”

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Gestos simples que salvam vidas

Adquirir competências em Suporte Básico de Vida é colocar em prática gestos simples que salvam vidas. É desta forma que o INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica explica a acção realizada, no dia 21 de Novembro, na Escola Secundária da Póvoa de Lanhoso. A iniciativa promovida pelo enfermeiro António Costa, que para além das funções no Serviço de Urgência do Hospital de Braga integra o Corpo Activo dos Bombeiros Voluntários da Póvoa de Lanhoso, inseriu-se no âmbito do Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica. Cerca de 150 formandos (alunos, professores e assistentes operacionais) daquele estabelecimento de ensino participaram no mass training de Suporte Básico de Vida, numa iniciativa que envolveu o INEM, os Bombeiros Voluntários da Póvoa de Lanhoso, a Escola Secundária e alunos do referido mestrado.

"O Suporte Básico de Vida é um conjunto de procedimentos e metodologias padronizadas, que tem como objectivo reconhecer as situações de perigo iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer utensílio, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e circulação, de modo a manter a vítima viável até à chegada de socorro", explica a enfermeira Isabel Costa, do INEM.

Capacitar a comunidade escolar para actuar

em caso de paragem cardio-respiratória foi o principal objectivo do mass training.

"Foi uma formação com uma elevada componente prática, onde os formandos tiveram a oportunidade de adquirir pelas suas próprias mãos competências que possibilitarão uma correcta actuação perante uma vítima em paragem cardio-respiratória", explica o enfermeiro António Costa.

De entre outros conhecimentos, os formandos foram elucidados sobre a informação adequada a transmitir ao 112 e ficaram a conhecer as manobras de Suporte Básico de Vida a realizar até à chegada da ajuda diferenciada.

"A opção pela sensibilização na escola prendeu-se com o facto deste ser um local de inclusão, assumindo-se como um lugar privilegiado para incentivar a capacidade cívica da participação, almejando uma nova sociedade um pouco mais pró-activa. Mais do que uma obrigação moral, esta aprendizagem é um dever de cidadania", revela António Costa.

De acordo com os responsáveis da iniciativa, a formação facultada à sociedade civil na abordagem às vítimas é claramente insuficiente. "Se tivermos especialmente em conta que o tempo médio que medeia entre a chamada de ajuda e a chegada de equipas especializadas é de oito minutos e que, no caso de paragem cardio-respiratória, por cada minuto que passa sem qualquer tipo de ajuda, as probabilidades de sobrevivência



decrecem sete a dez por cento, é imperioso dotar de competências em SBV o maior número de pessoas possível", referem. Nesta acção de formação marcaram presença de mais de 20 formadores com experiência em técnicas de emergência pré-hospitalares.

Alunos satisfeitos com iniciativa

Pedro Ferreira da Silva, de 16 anos, aluno da Escola Secundária da Póvoa de Lanhoso, e elemento do corpo de Cadetes dos soldados da paz povoenses, mostrou-se satisfeito com a iniciativa.

"Acho importante pois é bom termos estes conhecimentos pois podemos encontrar uma vítima nesta situação e sabemos o que fazer e poderemos salvar vidas. É importante dar a conhecer a todos os jovens pois são gestos que podem salvar vidas", referiu Pedro Silva.

ANEXO II – DECLARAÇÃO DA VISITA DE ESTUDO AO CODU



Instituto Nacional de Emergência Médica

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que ANTÓNIO MANUEL RIBEIRO GUIMARÃES COSTA, no âmbito do estágio do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica, promoveu uma visita de estudo a 04 de Novembro de 2012 a um grupo de 30 elementos dos Bombeiros Voluntários da Póvoa de Lanhoso, num total de 2 horas, dando cumprimento aos objetivos de estágio: participar em momentos formativos para a resolução de problemas e fortalecimento da cadeia de sobrevivência.

Porto, Delegação Regional INEM Norte,

03 de Dezembro de 2012

Responsável das Ações de Sensibilização



(Enf.º Isabel Costa)

ANEXO III – MONITORIZAÇÃO DO DELIRIUM NA UCIP DO HB

A – PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO;

B – CRONOGRAMA REFERENTE À PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO;

C – FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO NA UNIDADE.

A – PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO

MONITORIZAÇÃO DO DELIRIUM EM DOENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL DE BRAGA

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica – módulo Cuidados Intensivos desenvolvemos e integramos saberes para uma prestação de cuidados alicerçada numa base científica e humana à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico.

Neste estadio de aprendizagem em que nos encontramos, especialização em enfermagem médico-cirúrgica, mais do que fazer é fundamental observar, refletir e integrar na reflexão saberes oriundos quer da nossa experiência profissional e pessoal quer das aprendizagens proporcionadas pelo próprio estágio para dar o nosso contributo em ganhos de qualidade na prestação de cuidados.

Ao final de uma semana de estágio e após indagar acerca do que existia na UCIP para monitorizar o *delirium* sugerimos iniciar um projeto para monitorização do mesmo e consequente atuação para minimizar os efeitos do mesmo.

A sugestão foi aceite e assim desenvolvemos a fundamentação e respetivo planeamento do projeto para evidenciar a prática relativamente ao *delirium* em doentes internados na UCIP.

Como objetivos deste trabalho temos:

- Monitorizar a incidência de *delirium* em doentes internados na UCIP;
- Identificar os fatores de risco de *delirium* em doentes internados UCIP;
- Implementar protocolo de atuação em doentes com *delirium* na UCIP.

FUNDAMENTAÇÃO

O termo *delirium* define um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível (Sousa e Ferraz, 2011). Por seu lado Pessoa e Nácúl (2006) definiram o *delirium* como:

“um distúrbio da consciência, atenção, cognição e perceção caracterizado por início agudo e flutuante da função cognitiva, de forma que a capacidade do paciente receber, processar, armazenar e recordar informações está marcadamente

alterada. Ele ocorre em curto período (horas ou dias), é geralmente reversível e pode ser consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, causada por uso de drogas mesmo em concentração terapêutica, exposição a toxinas ou a combinação destes fatores” (p.1).

O *delirium* pode ser visto como uma forma de disfunção orgânica, podendo ocorrer em formas hiperativas, hipoativas ou ambas.

Os fatores desencadeantes de *delirium* são multifatoriais, tais como: idade (superior a 70 anos), doentes institucionalizados, história prévia de depressão, demência, acidente vascular cerebral, epilepsia, alcoolismo, consumo de psicofármacos, uso de drogas ilícitas, hipo/hipernatremia, hipo/hiperglicemia, hipo/hipertiroidismo, hipo/ hipertermia, falência renal, doença hepática, insuficiência cardíaca congestiva, choque séptico ou cardiogénico, doentes portadores de Síndrome de imunodeficiência adquirida, doentes com necessidade de alimentação por sonda nasogástrica, algaliação, cateter venoso central, desnutrição e deficiência visual/auditiva, entre outros (Ely *et al.*, 2001).

Qualquer doente admitido nesta Unidade de Cuidados Intensivos tem pelo menos um ou mais destes fatores causais.

O *delirium* não é reconhecido/detetado na avaliação inicial em cerca de 2/3 dos doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos/intermédios (Truman e Ely, 2003) fragilizando a construção do planeamento de cuidados. Os mesmos autores referem que a presença de *delirium* nos doentes está associado a mais dias de hospitalização, complicações clínicas que podem aumentar a mortalidade, maior dependência nos cuidados aquando da alta com inerente sobrecarga para os cuidadores e ou necessidade de alternativas (lares). O *delirium* é uma das causas do prolongamento do internamento, bem como, da mortalidade seis meses após alta dos doentes que desenvolveram *delirium* em Unidades de Cuidados Intermédios cardíacos e médicos.

Para além das implicações diretas no doente, a monitorização do *delirium* é também hoje um indicador da qualidade destas unidades (Ely *et al.*, 2001; Truman e Ely *et al.*, 2004). Quando o enfermeiro observa alterações de comportamento deve atuar para minimizar o desconforto do doente, promovendo o seu maior bem-estar possível. Assim é nosso dever zelar para que o doente em situação crítica esteja o mais confortável e seguro possível, uma vez que o seu metabolismo já está alterado pela situação clínica em que se encontra.

Watson (1998) refere que o “conforto criado pela enfermeira deve ajudar a pessoa a funcionar de modo eficaz tanto quanto o seu estado de saúde/doença lho permita” (p.97). Portanto, é um resultado do cuidado e uma área de intervenção no processo de cuidar em enfermagem.

Relativamente ao *delirium* existem evidências¹ que demonstram que em unidades de cuidados intensivos:

- 50-80 % Doentes ventilados desenvolvem *delirium*
- 20-50 % doentes internados UCI com menor gravidade desenvolvem *delirium*
- Mais de 40000 doentes ventilados mecanicamente em UCI nos EUA manifestam *delirium* todos os dias
- 10% mantém o *delirium* depois da alta

No mesmo seguimento, são já várias as evidências² que demonstram que a presença de *delirium*:

- Aumenta o tempo de internamento na UCI (8 vs 5 dias)
- Aumenta o tempo de internamento no hospital (21 vs 11 dias)
- Aumenta o tempo de ventilação mecânica (9 vs 4 dias)
- Aumento dos custos
- Aumenta 3 vezes o risco de mortalidade
- Aumenta a possibilidade de permanecerem perturbações cognitivas a longo prazo

INSTRUMENTOS DE MONITORIZAÇÃO

Para monitorizar o *delirium* sugerimos a implementação do algoritmo diagnóstico *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* - CAM-ICU (Método de avaliação da confusão) proposta por Ely *et al.* (2001) e a *Richmond Agitation-Sedation Scale* - RASS (Richmond, 2003).

O CAM-ICU é uma ferramenta validada em 2001 por Ely *et al.*, com alta sensibilidade e especificidade, de aplicação rápida (2 a 5 minutos), podendo ser usada, inclusive, em doentes com ventilação mecânica. Esta escala deve ser aplicada simultaneamente com a escala que verifica o nível de agitação e sedação dos pacientes (RASS - The Richmond

¹ Ely EW ICM 2001;27:1892-900; Ely EW JAMA 2001; 286,2703-2710 ...

² Ely EW ICM 2001;27:1892-900; Ely EW JAMA 2001; 286,2703, Milbrandt E, CCM 2004; 32:955-962; Jackson, Neuropsychology Review 2004; 14:87-98

Agitation and Sedation Scale), pois o CAM-ICU não pode ser aplicado a doentes em coma ou muito sedados. Para que se confirme o diagnóstico de *delirium* são necessárias três das quatro características avaliadas no teste: alteração no estado mental de forma súbita ou flutuante, desatenção, pensamento desorganizado e/ou nível de consciência alterado (Ely *et al.*, 2001).

A opção por este instrumento prende-se com a facilidade da sua aplicação, apesar de existirem outros instrumentos validados para a população portuguesa (Sampaio *et al.*: 2010) e esta estar traduzida para vários idiomas, incluindo o português.

Esta é uma área que nos parece pertinente atuar de modo a obter ganho efetivos e em simultâneo criar padrões de comparação nacionais e internacionais da UCIP nesta área.

Assim antes de se iniciar a formação acerca da importância desta temática em contexto de UCIP parece-nos fundamental que este projeto seja multidisciplinar, isto é, que seja criado um grupo de trabalho que inclua pelo menos um médico e enfermeiros.

Esta formação de grupo de trabalho visa criar sinergias que permitam dar continuidade ao projeto, isto é, depois da monitorização e análise dos dados monitorizados importa implementar medidas sob forma de protocolos de atuação, incluindo farmacológicas, para operacionalizar as estratégias de diminuição da incidência do mesmo.

Propomos em seguida a apresentação da temática, sob a forma de formação em serviço, de modo a dar a conhecer os objetivos do trabalho e respetivo algoritmo de monitorização (que inclui a RASS e ESA) na primeira semana de junho. Simultaneamente propomos um formulário para a monitorização do mesmo.

Este é um trabalho que exige tempo e acima de tudo continuidade, pelo que as fases seguintes serão trabalhadas pelo grupo criado para o efeito. Anexa-se proposta de cronograma para a implementação do mesmo.

CONCLUSÃO

O doente crítico por si só necessita de cuidados diferenciados do enfermeiro mas estes cuidados só serão globais se atenderem a todas as dimensões e acima de tudo se se valorizarem os pequenos grandes pormenores, o implícito e o que pode ser prevenido. Não detetar o *delirium* é um erro muito comum na avaliação que se faz a estes doentes e por

consequência todo o plano de intervenção de enfermagem delineado fica incompleto logo na sua conceção. Para além do imperativo tecnológico subjacente ao tratamento da sua situação clínica importa prestar cuidados de enfermagem que tenham como resultados o conforto do doente. A nossa ação faz-se diretamente sobre o doente mas também sobre o que o rodeia, sobre o ambiente extrínseco que muitas das vezes é agente despoletador de desconforto. Assim, ao concebermos medidas de conforto para abordar essas necessidades procuramos melhorar o conforto dos doentes, que é o resultado imediato desejado (Dowd, 2004).

Não basta ser excelente na prática, dominar a componente da patologia e do tecnicismo que estas unidades emanam e por vezes dão uma falsa sensação de super enfermeiros e super-enfermagem onde se domina tudo e a um ritmo vertiginoso. Mas o que torna realmente os cuidados de excelência? Tudo! A questão da prática avançada versus enfermagem avançada está bem presente nestas unidades e compete-nos a nós enveredar pela excelência dos cuidados alicerçados em conhecimento de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do conforto. In TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. – *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, p. 481-495.
- Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*; 29:1370-1379.
- Ely, EW, Shintani A, Truman B, *et al.* (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *The Journal of the American Medical Association*; 291:1753–1762.
- Pessoa, R. F. e Nácul, F. E. (2006). Delirium em Pacientes Críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Abril – Junho; Vol. 18 Nº 2.
- Sampaio, Sequeira & Sá (2010). *Tradução do método de avaliação da confusão (CAM): importância no contexto da saúde mental*. In II Congresso Internacional da SPESM, Barcelos, Portugal, 26-29 Outubro, 2010 - Do Diagnóstico à Intervenção

em Enfermagem de Saúde Mental: [actas]. Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. ISBN 978-989-96144-2-0. 2010: 166-173.

- **Sousa, W. A. e Ferraz, V. M. (2011).** Avaliação de delirium em pacientes em uso de sedativos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, Vol. 5, (1).
- **TRUMAN, B. E ELY, EW (2003).** MONITORING DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PATIENTS. USING THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT. *CRITICAL CARE NURSE*, APR; 23(2):25-36.
- **The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual** [Consultado em 24 de Fevereiro 2012]. Disponível em <http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/assessment.html>
- **Watson, J. (1998).** *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Paris: Ed. Seli Arsean.

B – CRONOGRAMA REFERENTE À PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO;

Ano	2012								2013				
Mês	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
	Monitorização								Monitorização + implementação PTC				
	Desenho projeto Criação grupo de trabalho		Formação serviço			Análise dados Criação PTC delirium							

C – FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO NA UNIDADE.

**Monitorização Delirium
Unidade Cuidados Intensivos Polivalente
do Hospital de Braga**

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Confusion Assessment Method for the ICU(CAM-ICU)

DIA			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /			
HORA			Ad.	12	24	12	24	12	24	12	24	12	24	
RASS	Exato de agitação e avaliação de RASS	+4	COMBATIVO, abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para pessoal UCI											
		+3	MUITO AGITADO, puxa ou retira tubos ou cateteres; agressivo											
		+2	AGITADO, movimentos não intencionais frequentes e luta contra ventilador											
		+1	INQUIETO, ansioso mas os movimentos não são agressivos											
		0	DESPERTO E CALMO											
		-1	CONFUSO, não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contacto dos olhos) à voz > 10 segundos - estimulação verbal											
		-2	SEDAÇÃO LIGEIRA, acorda por breves períodos em contacto dos olhos à voz (< 10 segundos) - estimulação verbal											
		-3	SEDAÇÃO MODERADA, movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem contacto dos olhos) - estimulação verbal											
		-4	SEDAÇÃO PROFUNDA, não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo tátil - estimulação física (PARAR E REAVALIAR MAIS TARDE)											
		-5	NÃO DESPERTÁVEL, não responde à voz ou ao estímulo tátil - estimulação física (PARAR E REAVALIAR MAIS TARDE)											
CAM-ICU	PASSOS													
	1	Início agudo de alterações do estado mental ou curso flutuante	SIM	PASSAR PARA PASSO 2										
			NÃO	SEM DELIRIUM										
	2	Falta de atenção	SIM	PASSAR PARA PASSO 3										
			NÃO	SEM DELIRIUM										
			Palavras											
			Imagens											
	3	Nível de consciência alterado	SIM	RASS ≠ 0 - DELIRIUM										
			NÃO	RASS = 0 PASSAR PARA PASSO 4										
	4	Pensamento desorganizado	SIM	> 1 ERRO - DELIRIUM										
			NÃO	SEM DELIRIUM										
	RÚBRICA													
Nº OE														

ANEXO IV – FORMULÁRIO PARA A MONITORIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DA PAV.



FORMULÁRIO PARA A AUDITORIA INTERNA

RECOMENDAÇÕES PREVENÇÃO PAV

AUDITOR: _____

DATA: ___/___/___

	C 1		C 2		C 3		C 4		C 5		C 6		C 7		C 8		C 9		C 10		C 12		C 14		
	Enf:	SIM	Enf:	MÃO	Enf:	SIM	Enf:	MÃO	Enf:	SIM	Enf:	MÃO	Enf:	SIM	Enf:	MÃO	Enf:	SIM	Enf:	MÃO	Enf:	SIM	Enf:	MÃO	
ESTRUTURA																									
1 Certaz afixado																									
2 Sterillum																									
3 Manómetro cuff																									
4 Clorexidina																									
5 Registos/frequência do procedimento																									
TOTAL PARCIAL																									
PROCESSO																									
6 Elevação cabeceira																									
7 Higiene oral																									
8 Cuff TET/traqueo(s)tomia 25 cmH2O																									
TOTAL PARCIAL																									

TOTALS

SOMATÓRIO TOTAL

OBSERVAÇÕES/COMENTÁRIOS