



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ABORDAGEM DA VIA AÉREA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Ana Patrícia Bandeirinha Meneses Lopes

Lisboa, outubro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ABORDAGEM DA VIA AÉREA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Ana Patrícia Bandeirinha Meneses Lopes

Sob orientação da Sra. Professora Doutora Patrícia Pontífice

Lisboa, outubro de 2013

“A verdadeira motivação vem de realização,
desenvolvimento pessoal,
satisfação no trabalho e reconhecimento.”

Frederick Herzberg

AGRADECIMENTOS

À Sra. Prof.^a Doutora Patrícia Pontífice pela disponibilidade manifestada na orientação deste relatório, transmitindo-me os melhores e mais úteis ensinamentos com paciência, lucidez e carinho, que lhes são característicos.

À minha colega e amiga Adriana pelo companheirismo e amizade, durante todo este percurso.

À equipa da Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital de Santa Maria, pelas minhas ausências e amizade demonstrada. Em especial, à minha Chefe, Enfermeira Carla Costa, que me ensinou a vencer uma etapa de cada vez, com muita calma e paciência.

Aos meu pais pelo seu constante incentivo no meu aperfeiçoamento profissional e pessoal.

Ao meu marido e à minha filha pelo tempo...

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, surge a elaboração do presente relatório com o objetivo de descrever as competências desenvolvidas/adquiridas através de variadas atividades concretizadas não só durante o percurso profissional, em contexto de trabalho nos Cuidados Intensivos, como ao longo da formação pós-graduada, em contexto de Serviço de Urgência e Serviço de Anestesiologia, tendo em vista a obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por esta razão, o trabalho final assenta numa metodologia crítico-reflexiva na e sobre a prática clínica. Compreende ainda a conceptualização teórica nos mais variados contextos da praxis clínica, tendo em vista o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina. Considera-se a Teoria da Transição de Meleis (2010), o suporte conceptual principal deste relatório, na medida em que coloca a pessoa na centralidade dos cuidados de enfermagem, que em interação com o ambiente, necessita de um reforço para vivenciar de forma positiva o processo de transição saúde/doença. Defino a minha intervenção na aquisição de competências de Enfermeira Especialista, na perspetiva de responder à Pessoa e sua Família, com intervenções de enfermagem classificadas no seu resultado, como ações que promovem, que recuperam ou facilitam a saúde da díade Pessoa/Família.

O tema transversal do relatório diz respeito às intervenções pelo enfermeiro na abordagem da via aérea à pessoa em situação crítica, que aliás motivou muitas das atividades desenvolvidas nos estágios, principalmente, enquanto formadora devidamente fundamentada pela realização da Revisão Sistemática da Literatura que me permitiu conhecer o “estado da arte” sobre o tema.

Relata os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, mantendo as funções básicas, prevenindo lesões e aumentando o potencial de recuperação da pessoa, durante todo o processo anestésico e, também em contexto de urgência. Evidencia as dificuldades encontradas em momentos de aprendizagem e de reflexão, as estratégias de acolhimento e comunicação com a pessoa e sua família; expõe a importância da prática baseada na evidência, através da análise de metodologias do trabalho de enfermagem, dinâmicas das equipas de enfermagem, elaboração e análise de normas, protocolos e procedimentos, promovendo a qualidade dos cuidados de saúde e práticas seguras.

Este relatório engloba três perspetivas diferentes, em três diferentes contextos de cuidados de enfermagem, estabelecendo uma abordagem direta sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista. Este é visto como um modelo de ação e um agente de mudança a seguir na abordagem avançada à Pessoa/Família e, finalmente, a ser tido em conta como uma referência na prestação de cuidados de excelência.

ABSTRAT

As part of Masters Course in area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, comes the preparation of this report in order to describe the skills developed/acquired through various activities implemented not only for the career in context working in intensive care units, as throughout postgraduate training in the context of Emergency Room and Anesthesiology Department, to obtaining the title of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

The final work is based on a critical-reflexive methodology on practice. It also includes the theoretical conceptualization in various contexts of clinical praxis, and development of nursing as a discipline. It is considered the Theory of Transition Meleis (2010), the main conceptual support of this report, in that it puts the person on the centrality of nursing care, which in interaction with the environment, you need a booster for a positive experience the transition process health/disease. I define my intervention in skills Nurse Specialist in perspective responding to the Person and his Family, with nursing interventions that can be classified in its outcome, as actions that promote, facilitate or recovering health dyad Person/Family.

The theme of the report relates to interventions by nurses in airway management in critical ill patients. This fact has motivated many of the activities on stage, while forming and the reasons for conducting the Systematic Review of the Literature that helped identify the "state art". Reports the nursing care provided to a person in critical condition, while maintaining the basic functions, preventing injuries and increasing the potential for recovery of the person throughout the anesthetic process and also in the context of urgency. It highlights the difficulties encountered in moments of learning and reflection, within the strategies and host communication with the person and their family; exposes the importance of evidence-based practice, by analyzing methodologies of nursing work, dynamics of teams nursing, drafting and analysis of standards, protocols and procedures, promoting quality of care and safe practices.

This report includes three different perspectives, in three different contexts of nursing care, establishing a direct approach on the intervention of the Specialist Nurse as a model for action, change agent, in advanced approach to several issues and as a reference in care of excellence.

SIGLAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BOC – Bloco Operatório Central

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CHLN-HSM – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

CI – Cuidados Intensivos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DR – Diário da República

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECT – Eletroconvulsoterapia

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT – Entubação Orotraqueal

ERC – *European Resuscitation Council*

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

ML – Máscara Laríngea

NP – Norma Portuguesa

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SR – Sala de Reanimação

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SUG – Serviço de Urgência Geral

TL – Tubo Laríngeo

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDI – Unidade de Cuidados Intensivos de Doentes Infeciosos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UPI – Unidade de Pneumologia de Intervenção

VA – Via Aérea

VAD – Via Aérea Difícil

VAS - *Visual Analogue Scale*

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. A UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS PELO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DA VIA AÉREA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	15
3. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	24
3.1. MÓDULO III – SERVIÇO DE ANESTESIA.....	29
3.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	36
4. CONCLUSÃO.....	45
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
APÊNDICES.....	50
APÊNDICE 1 - NORMA DE PROCEDIMENTO DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA NA REALIZAÇÃO DE ECT.....	51
APÊNDICE 2 – REFLEXÃO - VISITAS NA UCPA.....	56
APÊNDICE 3 – PLANO DE FORMAÇÃO – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VA, EM CONTEXTO DE UCPA.....	60
APÊNDICE 4 – FOLHA DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO NA UCPA	64
APÊNDICE 5 – SLIDES DA FORMAÇÃO NA UCPA	66
APÊNDICE 6 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NA UCPA.....	70
APÊNDICE 7 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NA UCPA	73
APÊNDICE 8 – REFLEXÃO SUG – “UMA MORTE ANUNCIADA...”	76
APÊNDICE 9 – QUESTIONÁRIO – AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VIA AÉREA, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA	80
APÊNDICE 10 – SLIDES DA FORMAÇÃO – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VIA AÉREA, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA	84

APÊNDICE 11 – SLIDES DA FORMAÇÃO NO SUG – CARRO DE VIA AÉREA DIFÍCIL ...	89
APÊNDICE 12 – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VIA AÉREA, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA	92
APÊNDICE 13 – PLANO DE FORMAÇÃO DO SUG	98
APÊNDICE 14 – FOLHA DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	102
APÊNDICE 15 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NO SUG	104
APÊNDICE 16 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NO SUG	106

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), surge a elaboração do presente relatório, que tem como principal objetivo descrever a aquisição/aperfeiçoamento de competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa em situação crítica e sua família, proveniente da experiência profissional e da formação pós-graduada. Este relatório pretende fundamentar um percurso de aquisição de competências, para obtenção do grau de enfermeiro especialista em EMC. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, o enfermeiro especialista é aquele que detem um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem resultante de um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *“Envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem”* (OE, 2010). Por sua vez, o enfermeiro especialista em EMC presta cuidados altamente qualificados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação da pessoa.

Enquanto disciplina, a enfermagem baseia-se em vários modelos conceptuais, tendo em conta o contexto e para quem são dirigidos os seus conhecimentos. Sendo uma disciplina com conhecimento científico, baseia-se também nas outras ciências numa interdisciplinaridade cujo objetivo é a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa no seu processo de saúde/doença (Amendoeira, 2006). Mas, também, os quadros de referência de enfermagem são úteis a outras disciplinas. A forma como são levantadas as questões de investigação evidenciam a perspetiva disciplinar, em que os conceitos adquirem sentidos diferentes para cada disciplina de conhecimento (Basto, 2009). A OE (2003) aprovou um enquadramento teórico para a prática profissional (conceitos de saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem) e enunciados descritivos que incluem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, a readaptação funcional, entre outros (Basto, 2009). Por isso, cabe a cada investigador clarificar o quadro de referência que vai seguir para o seu estudo.

Neste relatório, a temática central desenvolvida, ao longo dos estágios, prende-se com a prevenção de complicações através das intervenções realizadas pelo enfermeiro na permeabilização e manutenção da Via Aérea (VA) à pessoa em situação crítica. Este tema, a ser desenvolvido ao longo dos próximos capítulos, vai de encontro aos fenómenos da prática dos cuidados sobre os quais nos questionamos, na perspetiva da construção da enfermagem enquanto disciplina. Refere-se à saúde da pessoa, às relações pessoa-enfermeiro e outros profissionais-enfermeiro, intervindo, o enfermeiro, como parte ativa no seio da equipa multidisciplinar; em que a sua ação e o resultado na pessoa, demonstram a eficácia dos cuidados de enfermagem (Bastos, 2009).

O desenvolvimento conceptual dos conceitos é sujeito a reformulações ao longo do tempo e significam evolução do conhecimento. A atribuição do seu sentido é diferente conforme as

diferentes pessoas e contextos. Então, a atualidade do conhecimento em enfermagem leva-nos a adequar alguns conceitos como seja o caso do conceito de pessoa.

Enquadra-se o conceito de pessoa no Paradigma da Transformação, definido segundo Kérrouac (2002) como um paceiro nos cuidados, como um ser único e singular, compreendido como um todo, de forma holística, onde o processo saúde/doença é um *continuum*.

Em primeiro lugar, há que salvaguardar que, ao longo deste trabalho, o conceito de pessoa, poderá assumir diferentes significados, conforme a conceptualização teórica que estiver a ser abordada em cada temática, em cada local de estágio. Em segundo lugar, pelo contexto em que se desenvolveram as competências de enfermeiro especialista, o conceito de pessoa estará maioritariamente associado a um contexto de alteração do processo saúde/doença, em que a pessoa terá sempre necessidades e será o eixo central da ação/intervenção e objeto de estudo do enfermeiro.

Alicerçada a esta afirmação encontra-se a conceção dos cuidados de enfermagem que foram a matriz teórica orientadora do trabalho desenvolvido ao longo deste percurso prático académico, definido por Meleis e Trangenstein, (1994). Assim:

“ O enfermeiro interage (Interação) com o ser humano numa situação de saúde-doença (cliente de enfermagem), ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e que está a viver uma transição (transição). As interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (saúde)” (Meleis & Trangenstein, 1994, p 256).

Os mesmos autores definem três tipos de transição: de desenvolvimento, situacional e de saúde/doença. A proteção da via aérea à pessoa em situação crítica é uma transição saúde/doença, em que as intervenções terapêuticas são um conjunto de intervenções específicas de Enfermagem com potencialidades terapêuticas demonstradas (Schumacher e Meleis, 1994).

A teoria de Transição de Meleis é uma teoria de médio alcance. Estas dirigem-se à prática da enfermagem, à sua ação e efeito conseguido, tendo em vista o estadio da pessoa (Tomey e Alligood, 2004). Pela sua aplicabilidade à prática clínica, e de acordo com o tema central do trabalho, relacionado com a intervenção realizada pelo enfermeiro perante o compromisso de uma VA, faz, igualmente, sentido fundamentar o tema à luz da Teoria da Incerteza da Doença, de Merle Mishel. A incerteza é o principal conceito desta teoria e é definida como um estado cognitivo no qual os indivíduos/familiares são incapazes de determinar significado de eventos relacionados com a doença, crónica ou aguda, ou seja, a doença que ameaça a vida (Tomey e Alligood, 2004).

A permeabilização e manutenção da via aérea da pessoa em situação crítica reveste-se de primordial importância, na medida em que é um dos primeiros passos na abordagem à pessoa com compromisso da VA, independentemente da causa que a precipitou. A capacidade de manter o controlo da via aérea permite a adequada oxigenação tecidual evitando

comorbidades várias, tais como: paragem cardiopulmonar, lesões cerebrais e, por fim, a morte. As manobras e técnicas da manutenção da via aérea devem estar interiorizadas na prática dos cuidados de enfermagem, sabendo que em qualquer momento de urgência/emergência tenham que ser aplicadas. Para tal, os conhecimentos e as intervenções do enfermeiro na avaliação e estabilização da VA são fundamentais.

A prática dos cuidados de enfermagem, “ (...) *é aqui utilizada no sentido de agir, não somente o pôr em prática meios, mas também a produção de finalidade, de forma que agir é orientar-se na existência em situação de incerteza, efetuar escolhas num cenário de complexidade (...)*” (Leclercq, 2000 citado por Basto, 2005, p. 27).

A aprendizagem no que se refere à atividade profissional tem que ser contínua, quer para atualizar e aperfeiçoar conhecimentos, quer para adquirir novas competências. Por competências entende-se uma resultante de três fatores: o *saber agir*, o *querer agir* e o *poder agir* (Le Boterf, 2005). Enquanto o primeiro se refere ao campo dos conhecimentos e mobilização de recursos, o segundo refere-se à motivação pessoal e o terceiro à existência de um contexto, de um cenário, que implica a ação do profissional. Já Benner (2001) salienta o *saber fazer*, como desenvolvimento do conhecimento prático, fundamentado ao longo da experiência clínica vivida, como alicerce da construção do conhecimento da enfermagem enquanto disciplina. A autora com base no Modelo de Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências Dreyfus descreve cinco níveis de competências para o profissional de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

O processo de aquisição de competências não se encerra aqui. Por ser um processo dinâmico, implica continuidade no tempo, assim como um conjunto integrado de capacidades cognitivas, sócio afetivas, relacionais, organizacionais, saberes teóricos e habilidades técnicas do enfermeiro aplicadas ao contexto da prestação de cuidados, permitindo-lhe exercer a sua função ao nível da excelência (Phaneuf, 2005).

Essas competências, na maior parte dos casos, são construídas na ação e no contato direto com as situações, trazendo aos contextos de trabalho um elevado potencial formativo. Por isso, a complementar esta formação, na aquisição/aperfeiçoamento de competências de enfermeiro especialista em EMC, surge a realização dos estágios no serviço de anestesiologia e serviço de urgência.

É através dos estágios que se descobrem realidades da vida, é o momento de dar atenção ao outro através de “pequenas coisas” que são os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000). Os estágios foram realizados, por ordem cronológica, no Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM) entre o dia 20 de Setembro e 10 de Novembro de 2012, correspondente ao módulo III do plano de estudos do curso; e no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Beatriz Ângelo (HBA) do dia 11 de Novembro de 2012 ao dia 19 de Janeiro de 2013, correspondente ao módulo I. Ao módulo II – Cuidados Intensivos, foi atribuída certificação de competências de acordo com o artigo 45 alínea c) do decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março, sendo entendida como uma forma formal de atestar os

saberes e as competências de enfermeiro especialista. A certificação no contexto da formação é um processo que garante, autentica e legaliza as competências de uma pessoa (OE, 2010), correspondendo às mais atuais recomendações de formação de adultos (Pires, 2001).

A elaboração deste relatório assentou numa metodologia crítico-reflexiva. As funções dos profissionais, nomeadamente as profissões do foro científico, requerem a capacidade do uso de pensamento crítico. Na enfermagem, os conhecimentos e o pensamento crítico permitem o desenvolvimento da metodologia científica de forma a serem utilizados em novas situações de resolução de problemas e tomadas de decisão eficazes (Vieira, 2000 citado por Varandas, 2011). Concomitantemente ao desenvolvimento do pensamento crítico, exigido para a elaboração do relatório enquanto etapa final de uma construção prática, surge o processo de reflexão sobre a prática. Refletir sobre a prática é, em si, uma prática de formação. Segundo Le Boterf (2005), aprender com a experiência é formalizar o que se faz, dar um significado. Toda a experiência compreende singularidades que não se repetem, pois os contextos desenvolvem-se, os intervenientes e os problemas são únicos e cada experiência é considerada uma fonte única de aprendizagem.

O relatório reflexivo constitui um instrumento com potencialidade formadora, na medida em que permite ao futuro enfermeiro especialista refletir acerca do seu percurso descrevendo e analisando as experiências vividas, tendo por base as competências adquiridas. Transversalmente aos períodos de estágio, esteve subjacente a construção de um outro instrumento formativo, o portefólio. Este pretendeu reunir um conjunto de documentos e trabalhos elaborados dando resposta aos objetivos delineados no projeto elaborado no início de cada estágio, servindo como prova das competências pessoais adquiridas para a obtenção do título de enfermeiro especialista em EMC (OE, 2010).

Todo o processo de formação implícito ao longo do Curso de Mestrado de Especialização em EMC e a construção final do relatório, relacionam-se *com aquilo que a pessoa faz*, como vê a sua profissão e como vê que os outros a veem (Bártolo, 2007). As aprendizagens em contexto prático (realização dos estágios) são essenciais para os indivíduos e a organização. Não se confinam à aquisição de um conjunto de saberes-fazeres necessários à prática, mas contribuem antes, para o desenvolvimento e evolução dos indivíduos (Pires, 2001). Como refere Benner “*práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria*” (Benner, 2001, p.31)

Terminado o enquadramento da necessidade da realização do Curso de Mestrado de especialização em EMC, é importante apresentar os objetivos gerais que fundamentam a redação deste relatório e fazer a ponte para o restante trabalho, assim como a forma como se irá apresentar.

Assim, os principais objetivos são:

- Descrever as atividades realizadas para atingir os objetivos propostos, refletindo-as e analisando-as através dos módulos de estágio realizados;
- Descrever as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos módulos de estágio.

Quanto à estrutura do trabalho, o próximo capítulo constará da Revisão Sistemática da Literatura sobre o tema transversal que fundamentou/orientou a parte prática do curso; e de seguida, a análise reflexiva do percurso curricular com a descrição das competências adquiridas/desenvolvidas nos diversos locais de estágio. Por ordem cronológica, o primeiro momento de estágio corresponde ao módulo de creditação em Cuidados Intensivos, em que irei descrever as competências já adquiridas através das atividades desenvolvidas em contexto de trabalho. O segundo e terceiro momento correspondem à descrição das competências adquiridas em estágio no Serviço de Anestesia do CHLN-HSM e SUG do HBA. O final deste relatório culmina com a conclusão.

A estrutura do trabalho escrito teve por base a norma NP 405, na medida em que representa a norma portuguesa na área da informação e documentação.

2. A UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS PELO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DA VIA AÉREA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A proteção da via aérea (VA) é um dos maiores focos de atenção na pessoa em situação crítica. Manter a via aérea funcional na pessoa em situação crítica é uma competência essencial a adquirir pelos enfermeiros que estão envolvidos nos cuidados a estas pessoas. Por isso, existem, atualmente, diversos dispositivos, técnicas e recomendações alternativas à entubação endotraqueal (EOT), que permitem aos enfermeiros, assegurar com sucesso a VA da pessoa em situação crítica, prevenindo complicações.

Os enfermeiros são um grupo profissional apto a responder perante uma situação de deterioração rápida da pessoa em situação crítica ou em paragem cardiorrespiratória (PCR), tendo o dever de manter as funções vitais da pessoa (alínea e) do artigo nº 4 do artigo 9º do REPE). O tempo de espera até à chegada da equipa de emergência pode implicar consequências graves para o doente relacionadas com a hipoxémia. Apesar da EOT ser a resposta *gold standard* na segurança da VA, ela exige a experiência do profissional, o que nem sempre se verifica. Existem, no entanto, antes disso, e alternativamente, à EOT manobras que deverão ser levadas a cabo pelo enfermeiro, como sejam: posicionamento do doente (extensão da cabeça e elevação do mento), realização de máscara com insuflador manual, com ou sem adjuvantes, e, atualmente, muito reforçada na literatura científica a colocação de dispositivos supraglóticos. Estes dispositivos posicionam-se acima da glote e não necessitam de laringoscopia para a sua inserção, são de fácil e rápido manuseio para assegurar a permeabilidade da VA, nomeadamente, em situações de PCR. Os dispositivos supraglóticos são, igualmente, recomendados para a permeabilização de uma via aérea difícil (VAD).

Dada a abrangência e a amplitude da temática tentou-se perceber, através desta revisão sistemática da literatura, qual o contributo dos enfermeiros para a segurança do doente com compromisso da VA. Considerou-se importante conhecer e sistematizar a produção científica sobre as intervenções do enfermeiro na abordagem da VA à pessoa em situação crítica, com recurso a manobras manuais, dispositivos adjuvantes da ventilação, utilização de insuflador manual, dispositivos supraglóticos, entre outros. Pretende-se demonstrar que o enfermeiro quando dotado de conhecimentos sobre o manuseamento da VA e utilização correta destes dispositivos, os utiliza de forma correta e eficaz, com autonomia na tomada de decisão, assegurando uma das principais funções vitais da pessoa em situação crítica – a via aérea.

Método

Como ponto de partida para a Revisão Sistemática da Literatura foi formulada a principal questão de investigação:

- Quais as evidências científicas na literatura sobre a utilização de dispositivos supraglóticos pelos enfermeiros na abordagem da via aérea à pessoa em situação crítica?

Na formulação das questões de investigação, definição de critérios de inclusão e exclusão e, na conseqüentemente seleção da amostra, recorreu-se à metodologia PICO (CRD, 2009). Desta forma, definiu-se:

- *População/participantes*: pessoa em situação crítica;
- *Intervenções*: estudos referentes à utilização de dispositivos supraglóticos pelos enfermeiros, à pessoa em situação crítica ;
- *Comparações*: quando existentes;
- *Desenho dos estudos*: quantitativos, qualitativos;
- *Resultados*: todos os estudos decorrentes em contexto hospitalar e pré-hospitalar.

Foram consultadas as seguintes bases de dados: **EBSCO** com acesso a outras bases de dados: CINAHL, Fuente Académica, Medline, British Nursing Index, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Medic Latina, Academic Search Complete; e a **B-ON**, também com acesso a outras bases de dados: Scencedirect-Elsevier, Springer, Taylor & Francis e Wiley. Foi também consultado online o **Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)**. O primeiro momento de pesquisa, na base de dados EBSCO, foi realizado a 22 de novembro de 2012, enquanto, o segundo momento de pesquisa (B-ON e RCAAP) foi realizado a 26 de novembro de 2012. Foram utilizados os seguintes descritores em português *enfermeiros e dispositivos supraglóticos*, não tendo sido encontrados estudos sobre esta temática em língua portuguesa. Para aumentar o número de artigos na pesquisa foram introduzidos os mesmos descritores, mas em inglês: *nursing AND supraglottic devices, nursing AND laryngeal masks, nursing AND laryngeal tube*. Pela mesma razão, as palavras-chave foram pesquisadas por assunto, no título e no resumo. Foram aplicados, para a seleção dos artigos, os seguintes fatores de inclusão e exclusão.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e de exclusão dos artigo pesquisados.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Investigações realizadas à pessoa adulta em situação crítica (urgência/emergência, UCI, UCPA, trauma, pré-hospitalar);	Investigações realizadas em populações pediátricas, grávidas ou período intra-operatório;
Investigações publicadas nos últimos 7 anos, entre o ano de 2005 e 2012;	Investigações com intervenções que não sejam realizadas por enfermeiros;
Investigações com recurso a dispositivos supraglóticos, realizadas por enfermeiros;	Investigações com intervenções de enfermagem na continuidade da VA (ex. doente ventilado);
Investigações com textos em português, inglês ou espanhol;	Investigações com apresentação comercial de dispositivos médicos;
Investigações com texto integral.	Investigações sem texto integral.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa automática, com os fatores de inclusão e exclusão mencionados (quadro 1). De seguida, houve uma seleção dos estudos que envolveram três etapas: exclusão de artigos não pertinentes ao objetivo da pesquisa; revisão dos artigos de forma a identificar repetições nas diferentes bases de dados; leitura dos artigos, com análise da relação entre os objetivos dos estudos e o propósito desta Revisão Sistemática da Literatura, para exclusão dos artigos não pertinentes (fig. 1).

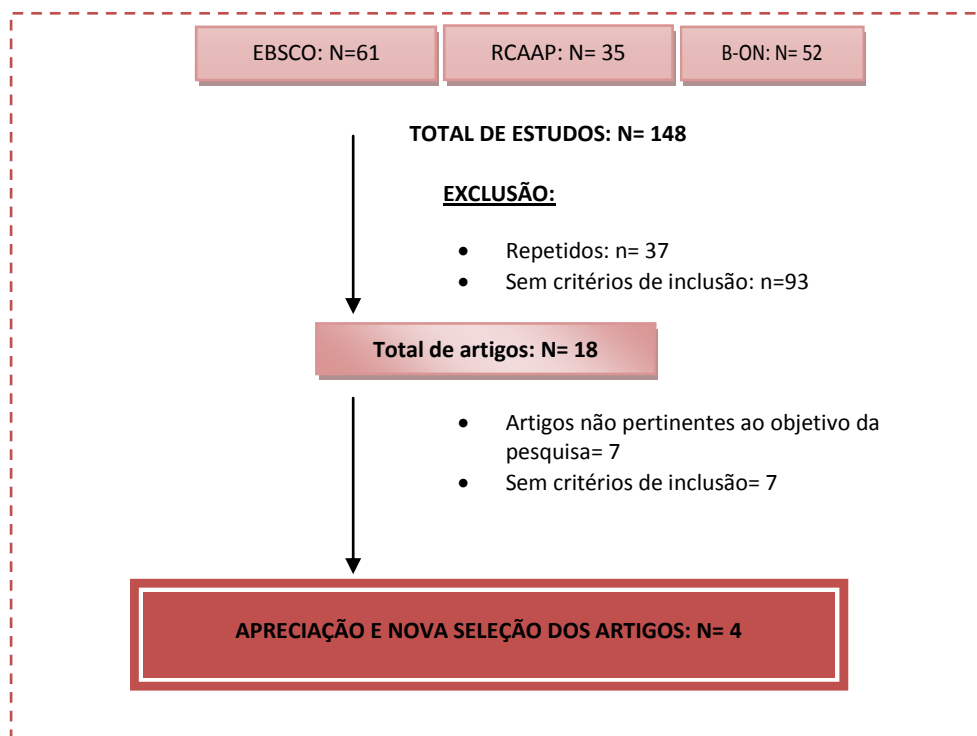


Figura 1- Processo de pesquisa e seleção dos artigos.

Resultados

Os artigos finais encontram-se sintetizados no quadro 2, e foi através da sua análise que se constituíram a discussão e a conclusão desta Revisão Sistemática da Literatura.

Autor(es)/ano/país	Participantes	Tipo de estudo	Intervenções
1. Título: <i>The use of laryngeal tube by nurses in out-of-hospital emergencies: Preliminary experience</i>			
Kette, F. et al (2005) Itália	N= todos os doentes em PCR durante o período de janeiro de 2002 a setembro de 2003, socorridos por enfermeiros do pré-hospitalar	Experimental e prospetivo	<p>Uso obrigatório do TL em todos os casos de RCP.</p> <p>Após formação sobre manuseamento do TL, os enfermeiros atuaram de acordo com os seguintes critérios, registando-os:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da condição da VA do doente. - Número de tentativas de colocação do TL (permitidas no máximo 3 tentativas; entre cada uma manter ventilação com máscara e insuflador manual, durante 30 segundos; findas as 3 tentativas ventilar com máscara e insuflador manual). - Avaliação de fugas de ar, através da observação dos movimentos torácicos e presença de gorgolejo. - Fixação do TL e seu ajustamento durante a RCP e transporte para o hospital. - Manutenção da permeabilidade da VA através da aspiração de secreções traqueais, através do TL. - Percepção subjetiva do dispositivo (positiva ou negativa) quanto à sua facilidade de colocação, ventilação e proteção de aspiração de conteúdo gástrico.. - Episódios de regurgitação e/ou aspiração de conteúdo gástrico.
<p>Resultados: O TL foi utilizado em 30 doentes, todos eles em situação de PCR. A maioria dos doentes foi entubada à primeira tentativa (21, 70%), assim como foi mantida uma adequada ventilação em 24 (80%) doentes. O TL foi colocado após 2 tentativas em 6 (20%) doentes e, após 3 tentativas em, apenas, 2 (7%) casos. Não houve episódios de regurgitação e/ou aspiração de conteúdo gástrico, assim como presença de sangue no TL aquando da sua substituição por TET, para manutenção de VA definitiva. O TL permaneceu em 93,3% dos casos, na posição correta, após manobras de RCP. Na avaliação subjetiva, feita pelos enfermeiros, acerca do dispositivo e sua utilização em ambiente pré-hospitalar, 86,7% expressaram opinião positiva.</p>			
Autor(es)/ano/país	Participantes	Tipo de estudo	Intervenções
2. Título: <i>Influence of airway management strategy on “no-flow-time” during an “Advanced life support course” for intensive care nurses – A single rescuer resuscitation manikin study</i>			
Wiese, C.H.R. et al (2008)	N= 50 enfermeiros com experiência	Descritivo, transversal	<p>Simulação em manequins, com 2 cenários diferentes de arritmias que necessitaram de desfibrilhação.</p> <p>1) Estabilização da VA com TL;</p>

Alemanha	em CI, durante curso de suporte avançado de vida		2) Estabilização da VA com máscara e insuflador manual. Foram avaliados os tempos de demora na proteção da VA, o sucesso da técnica em cada cenário e a preferência dos enfermeiros, nas 2 técnicas, para assegurar a VA.
<p>Resultados: A utilização do TL reduziu, com significado estatístico ($p < 0,01$), o tempo requerido para ventilação em RCP.</p> <p>Apenas 2 participantes do grupo do TL necessitaram de mais do que uma tentativa para estabilização correta da VA. Assim que estabelecida, a ventilação foi eficaz em 100% das simulações. Todos os participantes preferiram o uso do TL, em detrimento do insuflador manual, em RCP.</p>			
Autor(es)/ano/país	Participantes	Tipo de estudo	Intervenções
<p>3. Título: <i>Application of three airway devices during emergency medical training by health care providers – a manikin study</i></p>			
Trabold, B. et al (2008) Alemanha	N= 42 enfermeiros de uma unidade de cuidados pós anestésicos e cirúrgicos	Descritivo, transversal	Simulação em manequins, em dois momentos distintos. - 1ª sessão: manuseamento e explicação sobre os 3 dispositivos (<i>Combitube</i> ®, <i>Easytube</i> ®, TL), seguido de 30 min de treino, para cada dispositivo, em manequins. - 2ª sessão: após 4 semanas. Repetição do manuseamento e colocação dos 3 dispositivos em manequins, sem instruções ou treino prévios.
<p>Resultados: Tanto na 1ª como na 2ª sessão o tempo de colocação do <i>Combitube</i>® e <i>Easytube</i>® foi significativamente ($p < 0,001$) maior do que com o TL. Todos os participantes colocaram com sucesso o TL. Na 1ª sessão 4 participantes não conseguiram inserir o <i>Combitube</i>® ($p < 0,001$), aumentado para 8 os participantes que na 2ª sessão não o conseguiram colocar no manequim. O mesmo se verificou como o <i>Easytube</i>® ($p < 0,001$).</p> <p>Não houve relação entre o tempo de colocação dos dispositivos nos manequins e o tempo de experiência profissional e nível de graduação dos enfermeiros participantes no estudo. Não houve, igualmente, significado estatístico entre o tempo de colocação dos dispositivos entre a 1ª e a 2ª sessão.</p>			
Autor(es)/ano/país	Participantes	Tipo de estudo	Intervenções
<p>4. Título: <i>Effectiveness of intubating laryngeal mask airway (ILMA Fastrach®) used by nurses during out of hospital cardiac arrest resuscitation</i></p>			
Busch, I. et al (2009) Bélgica	N= todos os doentes em PCR durante o período de 4 de abril de 2003 a 15 de agosto de 2004, socorridos por enfermeiros do pré-hospitalar	Experimental e prospetivo	Formação sobre o manuseamento da ML <i>Fastrach</i> ® e treino em manequins, até 3 tentativas. Na equipa de emergência pré-hospitalar, o enfermeiro ficou com a responsabilidade de assegurar a VA do doente com a ML <i>Fastrach</i> ®. Foram seguidos os seguintes critérios e contabilizados tempos de: - preparação da ML - inserção da ML - ventilação com a ML - intubação OT através da ML - interrupção para massagem cardíaca - preparação da ML até à ventilação adequada

Resultados: Foram registadas 71 RCP com utilização da ML *Fastrach*[®], realizadas por 12 enfermeiros sem experiência prévia ao estudo. A ventilação foi obtida com sucesso, à 1ª tentativa em 94% dos casos e em 97% dos casos, à 2ª tentativa. A EOT, através da ML, foi conseguida com sucesso em 73% dos casos, à 1ª tentativa, e 86% à 2ª tentativa. Nos casos de insucesso de EOT, esta foi conseguida através da ventilação só com a ML *Fastrach*[®], não havendo associação estatística entre o sucesso da EOT e a ventilação com a ML. O tempo médio de entubação foi de 143,3 segundos com um tempo médio de preparação do dispositivo de 52 segundos. A ML *Fastrach*[®] mostrou-se um bom dispositivo alternativo à clássica entubação com laringoscopia, por enfermeiros com pouca experiência na EOT e em condições complicadas, como sejam as RCP.

Quadro 2 – Resumo da evidência científica recolhida no processo de pesquisa.

Análise e discussão

O manuseamento da via aérea (VA) surge como uma competência importante a desenvolver pelos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica de vida.

O Concelho Europeu de Ressuscitação (ERC) recomenda, desde o ano de 2005, a utilização de dispositivos supraglóticos (TL, *Combitube*[®], ML, ML *Fastrach*[®]) em alternativa à EOT, especialmente para os profissionais de saúde pouco familiarizados com a técnica *gold standard* – a EOT (ERC, 2005), descentralizando a ação da abordagem da VA do profissional treinado e experiente na EOT, que não se caracteriza com a ação do enfermeiro. Considera-se, por isso, o enfermeiro, um elemento da equipa de saúde com competências a adquirir sobre a manipulação e a aplicação destes dispositivos, como primeira escolha, no controlo da VA.

Os dispositivos supraglóticos foram introduzidos há cerca de trinta anos na prática clínica diária, existindo atualmente uma enorme variedade de dispositivos. Vieram, gradualmente, substituir o recurso à EOT em muitas situações, nomeadamente, em emergência, UCI e cirurgias eletivas. É largamente reconhecida a sua facilidade de aprendizagem, em relação ao seu manuseamento e colocação, tal como demonstrado nalguns estudos acima analisados. Neles foi realizada uma breve formação com a apresentação dos dispositivos, seu modo de preparação, técnica de colocação e, por fim, simulações em manequins. Assim, Kette et al (2005) forneceram duas horas de formação acerca do TL, englobando todos estes aspetos; Trabold et al (2008) após a apresentação dos três dispositivos supraglóticos (*Combitube*[®], *Easytube*[®] e TL) proporcionaram um treino de 30 minutos para cada um; Busch et al (2009) após breves instruções e apresentação da ML *Fastrach*[®] em video, os participantes tiveram oportunidade de entubar os manequins, apenas em três tentativas; somente no estudo de Wiese et al (2008) a formação relativamente ao TL não foi possível contabilizar-se, uma vez que foi incluída numa formação de Suporte Avançado de Vida que decorreu durante um dia e contemplando, por isso, a abordagem a outras temáticas.

O propósito da utilização destes dispositivos durante a RCP assenta na sua facilidade de colocação por profissionais pouco treinados no seu uso (ERC, 2005). Assim, a sua utilização é, cada vez mais sustentada na investigação, por enfermeiros pouco ou nada experientes. Deste

modo, Trabold et al (2008), concluíram que os anos de experiência e a experiência profissional, como por exemplo o facto de alguns enfermeiros serem especialistas na área de anestesiologia ou CI (dos 42 enfermeiros da amostra 24 eram especialistas), não mostraram maior facilidade de colocação dos dispositivos, em relação a um menor número de tentativas e/ou menores tempos de entubação, que os outros enfermeiros da amostra. Também Wiese et al (2008) revelaram a mesma facilidade de utilização de dispositivos supraglóticos em enfermeiros não experientes no seu manuseamento, tendo tal sido demonstrado numa amostra de enfermeiros experientes em CI. Estes demonstraram 100% de sucesso na ventilação através da utilização do TL, sem nunca antes os terem utilizado. Foi também possível analisar que estes recorreram como primeira opção, na proteção da VA, à máscara com insuflador manual, que curiosamente se verificou não ser corretamente realizada. Desta forma, vêem-se reforçadas as indicações do ERC (2005) que recomendam o treino com dispositivos supraglóticos dos profissionais não familiarizados com a EOT, elegendo esta opção como a imediatamente a seguir, em detrimento da ventilação com máscara e insuflador manual.

O tempo para assegurar a ventilação e as taxas de sucesso de colocação dos dispositivos supraglóticos são considerados critérios de avaliação da eficácia na abordagem à VA (Kette et al, 2005; Wiese et al, 2008; Trabold et al, 2008; Bush et al, 2009). Nas recomendações do ERC (2005) para a RCP, o tempo para assegurar a VA não deverá exceder os 30 segundos. O estudo de Wiese et al (2008) demonstrou que apenas 30% dos enfermeiros da amostra conseguiram respeitar este tempo através da ventilação com máscara e insuflador manual, ao passo que 96% o concretizaram com o recurso ao tubo laríngeo. No estudo de Trabold et al (2008) todos os participantes asseguraram a VA com o TL em menos de 30 segundos comparativamente com 11 participantes que excederam os 30 segundos recomendados com o *Combitube*[®] e 12 com o *Easytube*[®]. Busch et al (2009) apresentaram uma taxa de sucesso de ventilação de 97% na manutenção da VA com a ML *Fastrach*[®], no entanto, contabilizaram uma média de tempo desde a sua inserção à primeira insuflação de 32,1 segundos, excedendo em dois segundos as recomendações do ERC (2005).

Quanto às taxas de sucesso na utilização dos dispositivos supraglóticos verificou-se que o TL foi aquele que apresentou menores tempos de colocação e, por conseguinte, maior facilidade de preparação, inserção e ventilação. No estudo Kette et al (2005), o TL foi inserido em 70% dos doentes em PCR à primeira tentativa com uma eficácia de 93,3% na ventilação após as manobras de ressuscitação. Para Wiese et al (2008) e Trabold et al (2009), o TL mostrou ser o dispositivo supraglótico de mais fácil manuseamento, por profissionais inexperientes no seu uso, e com maiores taxas de sucesso de ventilação do doente em PCR. Aliás, no estudo destes últimos, em que se efetuou comparação entre três dispositivos supraglóticos, o TL mostrou ser o dispositivo com maiores taxas de sucesso de inserção, ventilação e tempo de colocação.

Por outro lado, Busch et al (2009) reforçaram a importância de um treino adequado na preparação e colocação dos dispositivos supraglóticos, de forma a reduzir o tempo de intubação, aumentando a segurança da ventilação do doente em PCR. Tem vindo a ser bem

documentado que, após o treino de utilização de dispositivos supraglóticos em manequins, os enfermeiros adquirem competências na realização da técnica transponível para a prática clínica diária (Kette et al, 2005; Wiese et al, 2008; Trabold et al, 2008; Busch et al, 2009). Este treino é considerado uma poderosa ferramenta no processo de formação do enfermeiro, dotando-o de competências para atuação em situações de emergência (Kette et al, 2005; Busch et al, 2009). Mas ainda existem poucos estudos que demonstrem a sua aplicação prática pelo enfermeiro; Kette et al (2005) e Busch et al (2009) foram os únicos que demonstraram a aplicabilidade da formação teórica-prática para a prática clínica diária do enfermeiro, em situações de RCP, em ambiente pré-hospitalar. Através destes, verificou-se um correcto manuseamento e sucesso de ventilação dos doentes em PCR, inferindo-se que é confiável a utilização de dispositivos supraglóticos pelos enfermeiros, não havendo referência a complicações.

Por outro lado, Trabold et al (2008) reforçaram que o treino para aplicação de dispositivos supraglóticos em manequins e cenários de emergência são relevantes para a prática diária, desde que haja continuidade de treino, ou aplicabilidade em situações reais; pois na avaliação do segundo momento do estudo, volvidas quatro semanas, verificou-se descréscimo no sucesso da colocação de alguns dispositivos.

Uma das limitações a referir à maioria dos estudos foi o recurso a manequins, pois estes não permitem a avaliação de certos factores clínicos relevantes, tais como, variações anatómicas ou complicações como sangramento, laringoespasma ou aspiração de conteúdo gástrico. Outra limitação prende-se com os dois estudos ocorridos em cenários reais, no pré-hospitalar, em que os tempos e as taxas de sucesso de aplicação dos dispositivos, à primeira tentativa, mantiveram-se afastados do desejável, devido às condições inerentes aos espaços e ambientes não controlados do pré-hospitalar. Por fim, salienta-se a necessidade de mais investigações que façam o seguimento dos participantes dos estudos, no tempo, com o intuito de avaliar se existe declínio de competências no manuseamento e aplicação dos dispositivos.

Conclusão

É de elevada importância o conhecimento avançado sobre o manuseamento da VA, por parte dos enfermeiros, não só dos enfermeiros com experiência em emergência, trauma e UCI, como, por todos os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa. É, por isso, essencial estender a formação a todos os enfermeiros sobre os dispositivos supraglóticos na proteção da VA.

Em Portugal, a atuação dos enfermeiros está definida no “Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem” (REPE), no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril) e, no artigo 9º, nº4, alínea e), e encontra-se bem definido que os enfermeiros deverão “ (...) *em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais (...)*”. A atuação do enfermeiro depende, portanto, do seu nível

de conhecimentos, formação e treino na realização de técnicas e procedimentos que o permitam, neste caso, manter a VA, em situações de emergência.

Os estudos analisados sustentam este facto. Ou seja, a formação nesta área deverá ter sempre uma intervenção teórica e prática, com recurso a manequins e simulação em cenários de emergência. Só, desta forma, os enfermeiros poderão deter um nível elevado de conhecimentos sobre a VA avançada, que sustentará a sua atuação perante a pessoa em situação de PCR e os demais profissionais de saúde.

Mais estudos serão necessários para reforçar o papel/atuação do enfermeiro na proteção da VA, necessitando de mais contributos, particularmente na área de enfermagem, pois é o grupo profissional que mais perto se encontra da pessoa/doente, realizando as primeiras intervenções que estão diretamente relacionadas com o tempo de sobrevivência da pessoa. Deste modo, verifica-se que as intervenções de enfermagem têm um impacto significativo na prevenção e deteção precoce de PCR e, conseqüente, redução nas taxas de morbilidade e mortalidade a ela associadas.

3. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo deste capítulo será realizada a descrição das competências e atividades desenvolvidas para a finalização desta formação avançada, com o objetivo de analisar o meu percurso enquanto enfermeira de cuidados gerais e o caminho curricular percorrido para obtenção do título de enfermeira especialista em EMC. Por isso, iniciarei a análise reflexiva por ordem cronológica de aquisição e desenvolvimento das 29 competências sujeitas a avaliação do curso de Mestrado de especialização em EMC da UCP, propostas pela OE, para validação do grau académico. Todas as competências adquiridas/desenvolvidas encontrar-se-ão assinaladas a negrito e incorporadas ao longo do texto. Salvaguardo o fato de algumas competências terem sido adquiridas em contexto de trabalho e, portanto nomeadas na descrição do módulo creditado, não tendo havido lugar, durante os estágios, de as poder aplicar e continuar a desenvolver, como sejam, o caso concreto das competências relacionadas com a supervisão e liderança dos cuidados, assim como a integração de novos profissionais. Ainda assim, houve estágios em que foi possível aplicá-las. Por sua vez, as restantes competências, pela sua transversalidade e indissociabilidade da prática clínica, vão-se repetindo ao longo do capítulo contextualizadas ao serviço de anestesiologia e serviço de urgência, respetivamente.

MÓDULO CREDITADO – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ao módulo de Cuidados Intensivos foi atribuída a certificação de competências, após nove anos de experiência em contexto prático, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, artigo 45 alínea c). Durante os primeiros dois anos, entre o ano de 2001 e o ano de 2003, prestei cuidados de enfermagem na UCI de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta, sendo que os restantes sete anos, do ano de 2003 ao ano de 2010, a prestação de cuidados teve lugar na UCI de Doentes Infeciosos (UCIDI) do Hospital de Santa Maria (HSM).

É sabido que a enfermagem tem um papel vital nas UCI's pela promoção de uma recuperação rápida e sem complicações. Os cuidados de enfermagem neste período crítico vão desde a manutenção da ventilação, circulação, equilíbrio hidroelectrolítico, eliminação, à prevenção de complicações, promoção de conforto, alívio de ansiedade, entre outras. Por esta razão, a disponibilidade de enfermeiros qualificados são um dos requisitos necessários na organização dos Cuidados Intensivos (CI). Não chega ter as instalações e o equipamento, é necessário garantir que haja profissionais competentes para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (DGS, 2003). Por esta razão, a procura de **formação contínua e autónoma, tendo por base o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional**, dentro e fora dos CI, dentro e fora das instituições de saúde, foram uma constante durante este percurso, adquirindo várias competências na área da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como na melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados (OE, 2010).

Segundo Benner (2001), a aquisição do conhecimento e a construção de saberes através do *saber fazer* são adquiridos ao longo do tempo. A experiência tem sido um elemento enfatizado por si, através da qual o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Segundo esta autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. Esta evolução foi definida por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

De facto, a minha perspetiva de percurso profissional nos CI assenta no Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2001). Ao fazer uma análise pessoal durante estes nove anos foi fácil a identificação em cada um destas fases. Desde iniciada, recém-formada na profissão de enfermagem, até à passagem pelas etapas seguintes vê-se encerrado um percurso nos CI num determinado patamar. É difícil a auto-categorização em determinado nível de proficiência, que certamente se encontra nos últimos patamares, nomeadamente pelo **nível de aprofundamento de conhecimentos em CI**, tomada de **consciência crítica para os problemas da prática profissional**, **adequação de diferentes métodos de análise em situações complexas**, entre outras, completadas por uma visão global da prestação de cuidados à pessoa e sua família e tomada de decisão no seio da equipa de saúde. Durante os primeiros anos em CI, e dadas as características tecnológicas do contexto dos CI, estes começaram por ser muito centrados nos instrumentos, nas máquinas, na parafernália que rodeia a pessoa, assim como, na linearidade do cuidar, em que a abstração e a ligação da teoria com a prática eram uma dificuldade presente. A passagem de enfermeira iniciada ao patamar seguinte sentiu-se com a modificação da maneira como comecei a perceber as situações, ou seja, como um todo, em que só algumas partes são relevantes; contudo, na passagem para o terceiro patamar já sentia a envolvimento de executora ao invés de observadora. E com o *continuum* dos anos, surgiu a visão global dos cuidados, orientados para a envolvente da pessoa/família.

As UCI's são espaços em que impera o conhecimento racional e o pensamento científico, muitas das vezes aceite como a única forma de conhecimento. Para a enfermagem, não é bem assim, o cuidar é contextual, relacional, existencial e, desta forma, é uma construção entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. O foco no cuidado não rejeita aspetos da ciência, apenas pretende desmistificar o facto de que, também, contém emoção, sensibilidade, intuição e espiritualidade (Watson, 2002). A mesma autora afirma que os acessórios dos cuidados de enfermagem são o conjunto das técnicas, dos protocolos, das formas de organização utilizadas pelos enfermeiros, ou seja, aquilo que serve de suporte à sua atividade (Watson, 2002). A experiência em CI trouxe-me a capacidade de **abordar questões complexas, de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa em situação crítica e sua família**, nomeadamente, a valorização das necessidades espirituais e da esperança da pessoa/família durante processo de saúde/doença. À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson várias situações foram enfrentadas, não só aquelas em que a doença grave progrediu e as questões existenciais passaram a ser mais recorrentes nos discursos da pessoa/família do que

a abordagem tecnológica e clínica (Penha, 2012), como aquelas em que a esperança é o pilar de suporte da pessoa/família no enfrentamento de períodos críticos de vida com vista ao restabelecimento da saúde, e em que o enfermeiro é visto “*como um agente impulsionador do bem-estar em geral e da esperança em particular*” (Polleti, 1980 citado por Cavaco, 2010).

A comunicação foi outra questão bastante vivida durante esta experiência, tendo desenvolvido habilidades sobre **técnicas de comunicação no relacionamento terapêutico, respeitando as crenças e a cultura** da pessoa em situação crítica e a sua família. A comunicação não-verbal estabelecida com o doente ventilado foi sempre um desafio constante, individualizada a cada contexto de doença e avaliação das capacidade de cada pessoa, por isso teve sempre implícita uma certa “dose” de criatividade, desde o recurso a um quadro com letras do alfabeto que foi instituído na UCI, ao estabelecimento de contacto visual, mímica facial e ensino de respostas através de um piscar de olhos ou aperto de mão a perguntas simples efetuadas pelo enfermeiro. A comunicação com os familiares foi também muito enfatizada, não só tendo em conta os pressupostos referidos anteriormente, a espiritualidade e a esperança, que por vezes motivaram o pedido de apoio religioso à pessoa/família, como na perspetiva de adequar a comunicação à cultura, crenças e valores de cada unidade familiar. De acordo com a Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger “ (...) *a cultura e o cuidar são os meios mais alargados e mais holísticos de conceptualizar e compreender as pessoas, sendo este conhecimento central e imperativo para a prática de enfermagem*” (Leininger citada por Tomey e Alligood, 2004, p. 567). A autora afirma ainda que o futuro será um mundo multicultural e que a “ (...) *enfermagem transcultural será o imperativo para orientar todas as decisões e ações de enfermagem para resultados bem sucedidos e eficazes*” (Leininger citada por Tomey e Alligood, 2004, p. 567). Na UCIDI, a questão multicultural foi muito variada ao longo destes anos, não só por ser um hospital central que abrange um elevado número de habitantes e áreas geográficas, como pelas patologias que abarcava em si (infecção pelo VIH, malária, tétano, leptospirose, entre outras) e que pela sua epidemiologia nos traziam pessoas em estado crítico, um pouco por todo o país e, por todo o mundo, não fosse Portugal uma porta de entrada para a Europa. Este fato trouxe uma diversidade cultural, familiar e comunicacional impar à equipa de enfermagem da UCIDI, contribuindo para a aquisição de novas competências a este nível.

As necessidades da pessoa em situação crítica internada numa UCI vão muito para além do que a tecnologia e os tratamentos médicos lhe possam oferecer, como se tem exemplificado. “*Autores como Melleis (2005) ou Kolcaba (2003) adiantam que a enfermagem é considerada uma resposta humana de ajuda e conforto à prática de cuidados, que tem a ver com a experiência de vida entre enfermeira e a pessoa que recebe cuidados.*” (Ribeiro, 2012, p.150) Considero o conforto ao doente na prática diária dos cuidados de enfermagem em CI, uma vertente que foi muito bem interiorizada e explorada. No meio de tamanha tecnologia, aparelhos, tubos, drenos, alarmes estridentes, estava uma pessoa. Quantas vezes o conforto daquela pessoa, não foi meio caminho percorrido para um desmame ventilatório de sucesso?! Quantas vezes, coisas tão pequenas como o pentear ou um toque de esperança, ou uma piada

não foram motivo para aquela pessoa continuar uma luta num processo difícil de recuperação saúde/doença?! Estes foram alguns dos exemplos de vida passados enquanto enfermeira de CI que me levam a exaltar a importância do processo de conforto individualizado. Este afirma-se como “ (...) *um momento particular e caracteriza-se pela sensação de tranquilidade/comodidade, satisfação e ainda pela possibilidade e expectativa de se poder obter o desejado em qualquer momento.*” (Ribeiro, 2012, p.155).

Paralelamente à prestação de cuidados, o investimento nos conhecimentos teóricos foram uma constante, tendo em vista o aperfeiçoamento pessoal e a individualização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, do foro cirúrgico e médico. Forçosamente o manuseamento de máquinas, materiais e as técnicas consistiram, igualmente, um ponto forte de investimento profissional que me auxiliaram no **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa em situação crítica**. O reconhecimento deste esforço foi atingido com a nomeação de Chefe de Equipa no ano de 2005, e *à posteriori*, no ano de 2007, como elemento de ligação à Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) do HSM. Enquanto chefe de equipa, assumi um papel preponderante no **zelo e supervisão pelos cuidados de enfermagem prestados** no serviço, tendo também como função assumir a **gestão do serviço**, substituindo a chefia na ausência desta. **A liderança da equipa da prestação de cuidados especializados na UCIDI** implicou a coordenação dos cuidados incluindo a distribuição dos rácios enfermeiro/pessoa em situação crítica, tal como, a coordenação das assistentes operacionais. Competia-me, enquanto chefe de equipa, a gestão de materiais e recursos sendo, por vezes, necessária a articulação com outros serviços do hospital, ou até mesmo de outras instituições de saúde. Era também minha função a **integração de novos profissionais** no serviço, assim como a orientação e supervisão de alunos da licenciatura em enfermagem, em especial do 4º ano da licenciatura em enfermagem. Foi um cargo assumido de suma importância em que a tónica central foi sempre a **promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de todos os enfermeiros da equipa**.

Nesta etapa, salienta-se a inerência do processo de tomada de decisão enquanto chefe de equipa, elemento de ligação à CCIH e enfermeira experiente em CI. Segundo Aitken (2003), o enfermeiro experiente em CI tem a capacidade de mobilizar um conjunto de informações para o processo de tomada de decisão, em que relaciona vários conceitos para validar ou negar determinadas hipóteses. A globalização das informações, juntamente com a análise do estado crítico da pessoa, limitam o tempo de decisão e as variáveis que influenciam a decisão, tornando-o num processo complexo. Contudo, este processo é facilitado pelas experiências anteriores vividas e **reflexões feitas na e sobre a prática**, os conhecimentos teóricos adquiridos, a intuição que guia o enfermeiro, o enquadramento ético-legal, cultural, entre outros. Foi um processo que nem sempre se mostrou fácil, mas sempre construtivo do ponto de vista pessoal e profissional.

A nomeação para elemento de ligação à CCIH foi feita pela chefia da UCI e consistiu, em primeiro lugar, na frequência de um curso de trinta horas, ministrado pela CCIH do HSM. No seio da equipa multidisciplinar já se sentia um enorme rigor nas atitudes e comportamentos de

todos os profissionais de saúde (enfermeiros, médios, assistentes operacionais) na perspetiva do controlo da infeção cruzada, infeção associada a dispositivos médicos (cateteres venosos centrais, linhas arteriais, cateteres hemodiálise, cateteres vesicais, etc), feridas cirúrgicas, e na adoção de equipamento de proteção individual. Por esta razão, o desempenho neste cargo foi muito facilitado pela adesão aos comportamentos adequados na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, assim como um assunto de debate entre a equipa de saúde relacionado com novas *guidelines*, evidências científicas e práticas baseadas na evidência.

Simultaneamente foi frequentado e concluído Curso de Mestrado em Saúde Comunitária, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, assim como o exercício de atividade docente, primeiro na Universidade Atlântica e, depois, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, em regime de acumulação de funções, equiparada a assistente de 1º triénio.

De fato, a formação tem sido uma constante, consistindo na pedra basilar da prestação de cuidados na prática clínica. Em 2010, a saída dos CI é fundada numa proposta para reorganização da Unidade de Pneumologia de Intervenção (UPI) do HSM, especialmente na sua vertente técnico-científica e, também, na atividade de gestão e organização estrutural do serviço. Por isso, é assumido o cargo de elemento responsável pela formação em serviço.

É virada uma página de nove anos em UCI com muita nostalgia. Existe a certeza da sua contribuição para uma postura profissional e pessoal atualmente atingida. Por ter sido uma área de grande investimento técnico-científico, de formação, de visão global da pessoa/família, resolução de muitos processos saúde/doença, alguns com sucesso e outros não...

Permanece o conforto de que os cuidados de enfermagem prestados em contexto de CI foram orientados para o verdadeiro cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, mantendo um nível avançado de conhecimentos técnico-científicos e competências específicas e conseguindo, finalmente, obter o distanciamento do ambiente e equipamento tecnológico e focar os cuidados na prestação de auxílio e estabelecimento de uma relação baseada na disponibilidade, confiança e tolerância.

3.1 MÓDULO III – OPÇÃO – SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

O Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) – Hospital de Santa Maria (HSM) foi um serviço que sofreu profundas modificações na sua organização no último ano, por proposta da entidade reguladora da saúde que declara a perda de autonomia do serviço e prevê a integração dos profissionais de anestesiologia (enfermeiros e médicos) em cada serviço onde se prevê a sua prestação de cuidados anestésicos. Enquanto até aqui o Serviço de Anestesiologia tinha uma equipa de enfermagem própria, com instalações próprias e com escalas de distribuição de apoio anestésico às diversas especialidades, os elementos de enfermagem foram integrados nessas mesmas especialidades, ficando um grupo de 22 enfermeiros afetos ao serviço de Anestesiologia e que passaram a assegurar a prestação de cuidados na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) do Bloco Operatório Central (BOC) do HSM. É, também, esta equipa que mantém um enfermeiro escalado, durante as 24 horas para a equipa de reanimação do hospital.

Estando o processo de transição e integração dos enfermeiros ainda em curso existem serviços para os quais ainda é esta equipa que dá apoio, nomeadamente a unidade de técnicas de endoscopia gástrica e pneumológica pediátrica, eletroconvulsoterapia, ou para quaisquer outros procedimentos que exijam técnica anestésica um pouco por todo o hospital. São caso disso o BOC, alguns serviços de internamentos ou UCI's, para a realização de diversos procedimentos médico-cirúrgicos, como por exemplo: cardioversões, ecocardiogramas transesofágicos, vacuoterapia, entre outros.

Também após as 16h, hora em que acaba o turno da manhã, muitos serviços passam a funcionar em regime de prevenção para situações de urgência e os enfermeiros que até aí asseguravam a anestesia estão ausentes, como é o caso da Unidade de Pneumologia de Intervenção, Cardiologia de Intervenção, Imagiologia, Bloco de Partos. Quem dá apoio a estas situações de urgência é, então, o enfermeiro que está escalado para a equipa de reanimação.

Resumindo, atualmente o Serviço de Anestesiologia integra 22 enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na UCPA, unidade de endoscopia gástrica e pneumológica pediátrica (um dia por semana), eletroconvulsoterapia (ECT) (dois dias por semana) e reanimação, incluindo chamada para todos os serviços com situações de urgência, que necessitam de cuidados de enfermagem na técnica anestésica.

Apresentada a diversidade de opções que este serviço tem para oferecer, **procurando manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**, juntamente com o enfermeiro orientador, delineou-se uma estratégia conjunta do percurso para este período, tendo em conta os seguintes objetivos traçados:

- 1) Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica, durante o processo anestésico;**
- 2) Partilhar conhecimentos acerca da permeabilização e manutenção da via aérea, com a equipa de enfermagem da UCPA do HSM.**

Para a concretização do primeiro objetivo a prestação de cuidados foi dirigida para todo o processo anestésico que consta da preparação pré-anestésica, manutenção anestésica e pós-anestésica. Este percurso foi concretizado no serviço de endoscopia gástrica e pneumológica pediátrica, eletroconvulsoterapia e UCPA. Cada um deles implicou uma preparação anestésica distinta e adequada a cada procedimento exigindo um enquadramento teórico e prático constante, permitindo **incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes**. A organização do estágio realizou-se da seguinte forma: todas as segundas-feiras desloquei-me ao serviço de endoscopia gástrica e pneumológica pediátrica, terças e quartas-feiras ECT's (efetuada na UCPA) e quintas e sextas-feiras UCPA. Ao longo deste estágio pude, também, colaborar com a equipa de reanimação nalgumas chamadas de emergência, nomeadamente paragens cardiorrespiratórias, podendo **demonstrar a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**.

De forma a **gerir, de forma adequada, a informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada** a escolha do serviço de endoscopia gástrica e pneumológica pediátrica deveu-se ao contributo que a prática anestésica a bebês, crianças e adolescentes, me poderiam dar para o desempenho atual de funções na Unidade de Intervenção Pneumológica. Apesar da existência deste serviço pediátrico, quando as alterações do processo saúde/doença da criança se complicam é a UPI que intervém. Por esta razão, sou uma das enfermeiras, que em contexto de trabalho, assegura o processo anestésico da criança, que é muito menos frequente na UPI, visto ser uma unidade, essencialmente, de adultos. Desta perspetiva, foi-me bastante útil poder "agarrar" esta oportunidade única de consolidar e adquirir competências na prestação de cuidados anestésicos a uma população tão específica, mas dentro da minha área profissional atual.

A ECT é uma medida terapêutica altamente eficaz e segura no tratamento de perturbações psiquiátricas, tais como: depressão major, depressão psicótica, catatonia, anorexia, ideação suicida, esquizofrenia e perturbações psicoafectivas. O seu princípio consiste na indução de uma convulsão, sob anestesia geral (Coentre, 2009). A pessoa doente submetida a esta terapêutica era trazida do serviço de psiquiatria do hospital (HSM), acompanhado por um enfermeiro, assim como do serviço de psiquiatria do Hospital Beatriz Ângelo, ao abrigo de um protocolo inter-hospitalar. Mais uma vez, também aqui é aplicado um processo anestésico numa população com características específicas, permitindo-me **aplicar os conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa/família e relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**.

Em ambos os procedimentos terapêuticos, verificou-se a necessidade de proceder à técnica anestésica mais adequada. Ambos implicaram:

Preparação pré-anestésica imediata:

- *Avaliação da pessoa:* confirmar nome e número do processo de acordo com o plano anestésico, acolhimento da pessoa na sala de procedimento ou UCPA, colheita de história clínica, antecedentes pessoais, história atual, exame físico, verificação de alergias, jejum, próteses dentárias e adornos, verificação de exames

(eletrocardiograma, análises sanguíneas com coagulação), esclarecimento de dúvidas e questões à pessoa/família promovendo o seu conforto, confirmar assinatura do consentimento livre e esclarecido;

- *Preparação de material e fármacos*: verificação de acessos venosos periféricos, preparação de soros, preparação de fármacos (de urgência, indutores anestésicos, relaxantes musculares e analgésicos). Preparação de material para proteção da via aérea, verificação e teste do ventilador, monitorização cardíaca.

Manutenção anestésica:

- Monitorização e vigilância hemodinâmica da pessoa anestesiada;
- Administração de terapêutica;
- Colocação dispositivos de permeabilidade de VA e ventilação.

Recuperação pós-anestésica:

- Monitorização vigilância hemodinâmica da pessoa que esteve sob anestesia geral;
- Verificação da permeabilidade da VA;
- Administração oxigenoterapia/aerossolterapia;
- Avaliação da dor;
- Elaboração registos de enfermagem.

De uma forma sistematizada e sucinta, **desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa submetida a uma anestesia geral**, foram descritas as atividades desenvolvidas no serviço de endoscopia gástrica e pneumológica pediátrica e durante a realização de ECT.

Por considerar pertinente a uniformização das intervenções de enfermagem, **tomando a iniciativa e sendo criativa na interpretação e resolução de problemas nesta área específica** e, baseada no fato de a equipa ser jovem e recente no serviço, foi sugerido e incentivado pelo enfermeiro orientador, também ele, enfermeiro coordenador do serviço e com a função de integrar estes novos elementos no serviço de anestesia, a elaboração de uma norma de procedimento do enfermeiro de anestesia na realização de ECT (apêndice 1), podendo, desta forma, também, **colaborar na integração de novos profissionais**.

Ao contrário destes procedimentos em que a prestação de cuidados de enfermagem engloba as três fases do processo anestésico, a UCPA tem como principal objetivo a recuperação da pessoa na última fase do mesmo, a pós-anestésica. Todos os doentes submetidos a cirurgia experimentam uma técnica anestésica e cirúrgica, que por si só envolvem alguns riscos. Por isso, no sentido de prevenir complicações, é de extrema importância a permanência destes doentes numa UCPA no período do pós-operatório imediato. Este período é considerado um período crítico e de grande vulnerabilidade para o doente, na medida em que, cerca de 50% dos acidentes anestésicos mais graves, nomeadamente a ocorrência de depressão respiratória, ocorrerem na primeira hora de recuperação após o procedimento anestésico (AESOP, 2006). Assim sendo, os cuidados de enfermagem assentam numa rigorosa monitorização e vigilância do doente com o objetivo de prevenir complicações pós-operatórias

(Scott, 2012), como também na abordagem individualizada a cada pessoa/família em que o seu estado emocional decorrente do momento vivenciado deverá ser tido em consideração (Basso, 2004).

As necessidades da pessoa submetida a um processo cirúrgico/anestésico para além de se remeterem à integridade estrutural, entendido como resultado dos riscos do procedimento, dizem respeito, também, à envolvimento da família neste processo de recuperação das energias despendidas, tanto psicológicas como fisiológicas. Baseado no Modelo Conceptual de Conservação, proposto por Levine, este poderá ser um fundamento para as ações de enfermagem em contexto de UCPA. Nele enfatiza-se a manutenção da totalidade da pessoa, a responsabilidade do enfermeiro orientada para a conservação de energia da pessoa submetida a todo este processo, assim como para a sua integridade estrutural, pessoal e social (Moraes, 2003).

Devido aos mais recentes avanços da cirurgia e anestesia, as UCPA's para além dos cuidados especializados à pessoa submetida a um processo cirúrgico/anestésico existem outros benefícios, como: transmissão de maior segurança à pessoa/família, redução de incidentes críticos, complicações pós-anestésicas e pós-operatórias, assim como, maior facilidade de organização do trabalho de enfermagem nos serviços de internamento (Possari, 2003 citado por Basso, 2004).

A UCPA recebe doentes provenientes do BOC submetidos a cirurgias eletivas do foro da cirurgia geral e especialidades cirúrgicas, tais como: ortopedia, urologia, cirurgia vascular; e pessoas submetidas a cirurgia de urgência, no bloco operatório de urgência, resultante de trauma ou doença súbita. Dispõe de 12 unidades equipadas com um monitor cardíaco com pressões invasivas, rampa de ar comprimido e oxigénio, aspiração de alta e baixa pressão, aquecedor corporal e material básico e elementar necessário para receber a pessoa no pós-operatório imediato. O restante material está disposto em armários e carro de apoio central à unidade, tal como a terapêutica e carro de terapêutica. A unidade dispõe ainda de dois ventiladores.

É de referir um fato importante, no início do estágio a UCPA encontrava-se em fase de obras de alargamento da unidade, de forma a ter o número de camas correto por cada sala de operações exigidas pela lei, ou seja 1,5 a 2 camas por cada sala (AESOP, 2006). Tendo o BOC oito salas o mínimo exigido por lei são 12 camas, exatamente o número de camas com que a UCPA reabriu. Na segunda semana de estágio pude colaborar na reorganização da unidade, **demonstrando um nível de conhecimentos aprofundados na área** dada a experiência em UCI, sugerindo a forma como cada unidade deveria estar equipada, as funções que cada enfermeiro deveria desempenhar, a informação mais importante a recolher, entre outras. Juntamente com o enfermeiro orientador foram **tomadas decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas**, nomeadamente na área do controlo da infeção, como sejam descontinuar o uso dos reservatórios reutilizáveis para oxigenoterapia, melhorar a técnica de despejos dos sacos coletores de urina realizado pelas assistentes operacionais e reorganização do carro de urgência de acordo com a norma da direção geral da saúde.

A oportunidade de poder colaborar na reorganização de um serviço proporcionou-me a **reflexão crítica na e sobre a prática clínica**. Foram sempre muito construtivas e partilhadas todas as ideias, sugestões e conversas sobre a reestruturação do serviço na qual me senti bastante envolvida, sabendo que também se deveu ao fato de **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional atuais e novos, relacionados com a pessoa e sua família, nas áreas cirúrgica e anestésica**.

Antes do doente chegar à unidade é feito contato telefónico pelo enfermeiro de anestesia do BOC, sendo o mesmo que transmite toda a informação dali resultante, promovendo a continuidade dos cuidados. À chegada da pessoa à UCPA, dois enfermeiros e uma assistente operacional recebem a pessoa. O trabalho em equipa é indissociável da prestação de cuidados de enfermagem, demonstrei, por isso, **capacidades de trabalhar integrada na equipa multidisciplinar**. Assim, enquanto um dos enfermeiros realizava os registos de enfermagem, de acordo com a informação transmitida pelo enfermeiro de anestesia do BO, o outro enfermeiro monitorizava e avaliava os sinais vitais, comunicava com a pessoa de forma a compreender o seu nível de consciência, realizava o exame físico da pessoa, observação do seu estado geral (coloração pele e mucosas), dos drenos, etc.

O ratio de enfermeiro/doente era de 1:3 e ainda que esteja preconizado a presença física de um anestesologista nestas unidades, isso não acontecia, pelo que era o enfermeiro chefe de equipa o responsável pela gestão de vagas (Lages, 2006). Os critérios de alta de enfermagem eram baseados no preenchimento da *escala de Aldrete modificada* na qual se baseia a recuperação pós-anestésica, através da avaliação de cinco variáveis: atividade motora dos quatro membros, respiração, circulação, estado de consciência e dor. A cada uma das variáveis era atribuída uma pontuação, entre 2 e 0, e a alta era atribuída com um somatório ≥ 9 pontos (Lages, 2006). **Avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva de académica avançada**, foi proposto ao enfermeiro orientador que, na utilização desta escala, fosse critério de resultado nunca propor uma alta quando a pessoa submetida ao processo cirúrgico/anestésico apresentasse um nível de dor superior a 7, avaliada na *Visual Analogue Scale* (VAS). Também foi proposta a criação de critérios de qualidade de enfermagem, como por exemplo: o tempo de permanência do doente na unidade, o tempo entre a alta do doente, de acordo com os critérios de alta de enfermagem, e a hora real de saída do doente da unidade, entre outros. No entanto dadas as atividades desenvolvidas em paralelo para cumprimento do objetivo seguinte não houve tempo para, academicamente, desenvolver estes projetos.

O acolhimento dos familiares e a sua envolvência no processo de recuperação saúde/doença da pessoa em situação crítica tem sido largamente estudado pelos enfermeiros e o seu papel reforçado na recuperação da pessoa submetida a um processo cirúrgico/anestésico. Levine considera a família um fator insubstituível, considerando o papel da comunicação do enfermeiro com o familiar uma ação capaz de reduzir ansiedade, fator este gerador de gasto de energia. Moraes (2004) na revisão sistemática da literatura sobre os diagnósticos de enfermagem em UCPA evidencia esta realidade, ou seja, o gasto de energia associado ao fato

de os familiares aguardarem nos serviços de internamento o retorno do seu familiar, salienta a importância de se proporcionar o contato com o núcleo familiar ou facilitar-se a comunicação o tanto quanto possível.

Infelizmente, nesta UCPA não é permitida a visita ou contato dos familiares da pessoa submetida ao processo cirúrgico/anestésico. Contudo, os familiares contornam essa situação, pois colocam-se à porta do BOC e UCPA e, apesar de efêmero, conseguem sempre estabelecer algum contato com o seu familiar, nomeadamente na transferência da sala operatória para a UCPA, sem dúvida um momento apaziguador para qualquer ansia, angústia ou medo. A reflexão feita por mim, prende-se com a abordagem a esta temática (apêndice 2). **A análise de uma situação tão complexa como a que é descrita, relativamente à pessoa e sua família, de um perspectiva avançada,** permitiu-me questionar o enfermeiro orientador e coordenador do serviço, com a proposta de um cartaz informativo para ser afixado à porta da UCPA permitindo, por breves instantes, a visita de pelo menos um familiar. Apesar de a medida não ter sido instituída, acabou por sê-lo de uma forma informal, pois os enfermeiros da UCPA tiveram sempre o cuidado de facilitar esse contato, até porque de alguma forma ver as pessoas à porta da unidade a solicitarem informações do seu familiar não deixava “cair” em esquecimento este cuidado de enfermagem.

O segundo objetivo a atingir com este estágio foi: **contribuir para a qualidade dos cuidados através da formação e partilha de conhecimentos, acerca da permeabilização e manutenção da via aérea (VA), com a equipa da UCPA do HSM.**

Na planificação da formação devem-se valorizar os saberes já existentes e partir da análise dos objetivos e das competências dos enfermeiros já com experiência. A perspectiva da formação dos enfermeiros é analisar os cuidados de enfermagem com os enfermeiros e, em conjunto, refletir sobre os mesmos (Abreu, 2001).

Tal como já referido, a atual equipa da UCPA é constituída por uma maioria de enfermeiros muito jovens e inexperientes na profissão. Por esta razão, não foi aplicado questionário à equipa de enfermagem, através do qual se identificariam as necessidades de formação da equipa. Foi, também, baseado neste pressuposto e tendo algo para oferecer na aérea da abordagem à VA que **identifiquei esta necessidade formativa.**

A complicação imediata do compromisso da via aérea é a hipoxemia, podendo resultar na morte da pessoa submetida a um processo cirúrgico/anestésico. Deste modo, é de extrema importância que os enfermeiros tenham presente quais os fatores que podem comprometer a via aérea do doente cirúrgico/anestésico, em contexto de UCPA, nomeadamente: a dor, utilização de fármacos anestésicos e relaxantes musculares, hipotermia, hipovolémia. O comprometimento da via aérea está na origem de outras complicações pós-cirúrgicas que importam, atempadamente, ser corrigidas, de modo a manter a eficácia do sistema respiratório, por isso carecem de cuidados de enfermagem altamente especializados (Scott, 2012).

Por isso, apresentei um plano de formação (apêndice 3) subordinado ao tema: permeabilização e manutenção da VA em contexto de UCPA, **promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional destes enfermeiros, assim como a formação em serviço.**

A formação foi publicitada (apêndice 4) cerca de três semanas antes da data prevista. Teve uma taxa de adesão de cerca de 50%. Foi realizada na sala de formação de anestesiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, onde tive acesso a manequins e dispositivos médicos vários para a sessão teórico-prática (apêndice 5). Na abordagem a esta temática esteve sempre implícita a **transmissão de conhecimentos e casos reais da minha prática clínica**. Segundo Abreu (2001), um saber é criado pela experiência, sendo aceite, a formação, pela experiência e a dinâmica formativa nos contextos de trabalho em permanente mutação. Finda a formação foi aplicado o instrumento de avaliação, em vigor na instituição (apêndice 6 e 7).

É necessário que os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em UCPA compreendam o processo de transição da pessoa submetida ao processo cirúrgico/anestésico, dotando-se de competências que permitam ajudar a pessoa/família nesse processo de adaptação. É sabido que estas alterações, decorrentes de uma intervenção cirúrgica poderão traduzir profundas alterações na vida da pessoa/família com implicações importantes no seu bem-estar e saúde. Contudo as transições, aplicadas ao processo perioperatório podem ter princípio e fim, como é o caso da colocação de uma prótese da anca em que a pessoa recupera o andar, ou de uma nefrectomia radical, que apesar da excisão de um rim a pessoa mantém o outro saudável e em funcionamento, atingindo um estado de saúde e bem-estar. Contrariamente, a transição para a pessoa com doença crónica pode não ser completa, uma vez que o seu estado de saúde e bem-estar oscila, como é o caso das intervenções cirúrgicas a processos neoplásicos (Meleis, 2002). Meleis e Trangensteis (1994) defendem ainda que o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem devem estar focadas na prevenção de transições não-saudáveis, promovendo a perceção de bem-estar e a capacidade para lidar com a experiência, desde o início do processo, neste caso, desde o período pré-operatório.

3.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nem todos os serviços de urgência (SU) dos hospitais nacionais têm as mesmas características ou capacidades. A recente reforma de requalificação da rede dos serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde (SNS), de acordo com o despacho n.º 727/2007, de 15 de Janeiro de 2007 (DR, 2ª Série, Nº 10), atribuiu-lhes novas classificações. O Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), localizado em Loures, diz respeito a um serviço de urgência médico-cirúrgica, como segundo nível de acolhimento das situações de urgência e que obedece a uma série de requisitos legais em termos de área populacional, proximidade e tempos de deslocações da população e distância entre outros SU.

O serviço de urgência de um hospital é a unidade que tem como objetivo abordar todas as situações de emergência e urgência em saúde. Por isso, entende-se por urgência toda a situação de alteração do processo saúde/doença da pessoa onde existe risco de falência das funções vitais e, por emergência, toda a situação onde está iminente ou instalada a falência de pelo menos uma das funções vitais (Sheehy, 2001).

A enfermagem de urgência teve a sua génese com Florence Nightingale, mas só nos últimos anos se sentiu a necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento em urgência/emergência, como uma prática especializada (Macphail, 2001). Desde então, dada a complexidade das situações de alteração do processo saúde/doença da pessoa e a exigência, aos profissionais de enfermagem, para uma célere e eficaz avaliação e atuação, começou-se a investir nas competências dos enfermeiros que atuavam neste setor.

A prestação de cuidados de enfermagem nos SU é caracterizada por um abrangente leque de conhecimentos de vários órgãos e sistemas, atingindo vários grupos etários, enfrentamento de alterações na saúde física e psíquica da pessoa que requerem, na maioria dos casos, diversas intervenções de enfermagem. Aos enfermeiros que atuam no SU é-lhes exigido um domínio alargado e aprofundado dos saberes em enfermagem, destreza manual e rapidez na ação, grande capacidade para lidar com o imprevisto, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das suas funções, exercidas em ambiente de cooperação e complementaridade. A par da atividade técnico-científica, o enfermeiro em SU enfrenta diariamente uma grande intensidade de trabalho físico e emocional, em que a confrontação com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso lhe exigem capacidades de reflexão, autoavaliação e autocrítica (Alminhas, 2007).

O impacto nas transições do processo saúde/doença na pessoa/família tem sido explorado em vários contextos de doenças e, como tal, no serviço de urgência. Este é, na maioria das vezes, a porta de entrada e o início de um complexo processo de transições em que o estado de saúde e capacidades da pessoa e sua família estão alterados, em que os medos, angústias, inseguranças e ansiedades os tornam mais vulneráveis e com necessidades acrescidas de apoio (Schumacher e Meleis, 1994). Implica, então, que o enfermeiro se assuma como um elemento fundamental no enfrentamento dessas transições, promovendo o potencial do doente e sua família. Muitas das vezes, cuidar em contexto de urgência, mais para além do que os

conhecimentos científicos, é escutar e estabelecer uma relação de confiança enfermeiro/pessoa/família (Alminhas, 2007).

O SUG do HBA está em funcionamento há acerca de um ano, por isso é dotado de excelentes instalações e equipamentos. É um Serviço de Urgência Médico-cirúrgico e conta com o apoio das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Dermatologia, entre as 08h e as 20h, nos dias úteis. Para além deste período e em situações com indicação para apoio da Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Cardiorácica e Neurocirurgia é ativada a articulação com o CHLN – HSM, de acordo com o definido na respetiva rede de referência. O serviço em si articula-se com os sistemas telefónicos de triagem e orientação, a emergência pré-hospitalar, os serviços de internamento e os cuidados de saúde primários.

Internamente o SUG é composto pelas seguintes áreas e infraestruturas:

- **Triagem**, duas salas com capacidade para quatro postos de triagem fixos;
- **Área de verdes/azuis/trauma “minor”/pequena cirurgia**, com uma sala de tratamentos, cinco gabinetes de atendimento médico, sala de ortopedia, sala de pequena cirurgia, sala de trauma “minor”, sala de aerossóis;
- **Área laranjas/amarelos**, com três salas de tratamentos (ambulatório/macac/procedimentos), cinco postos de observação rápida, 14 postos de estadia curta, posto de ECG;
- **Sala de reanimação (SR)**, com capacidade física e material para a abordagem a dois doentes emergentes e ativação de sistemas de resposta rápida – vias verdes;
- **Sala de observação (SO)**, com dez postos, dois dos quais permitem isolamento de aerossóis por pressão negativa.

O SUG é assegurado por uma equipa multidisciplinar que tem vindo a sofrer alterações desde o início do seu funcionamento, nomeadamente o aumento do número de profissionais de saúde devido ao aumento da procura de utentes pelo serviço.

É ainda um serviço que tem implementado um sistema de registos informatizados designado SORIAN[®], permitindo o registo, interligação, reutilização e análise de todos os dados relacionados com a pessoa doente e as atividades dos profissionais de saúde.

Para a realização deste estágio foram traçados dois objetivos major.

- 1) **Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de urgência.**
- 2) **Contribuir para a qualidade dos cuidados através da formação e partilha de conhecimentos, acerca da permeabilização e manutenção da via aérea, em contexto de urgência/emergência.**

Devido às particularidades de um SU, foram encontradas algumas dificuldades iniciais, que com o tempo forma colmatadas. Estas prenderam-se essencialmente, pelo cariz de ambiente não controlado, pelo imprevisto e enorme afluência de pessoas e profissionais, que nos

distanciam do Cuidados Intensivos, onde reside todo o meu percurso profissional. E porque este percurso é de maior relevo, fez-se valer pelo conhecimento prático, através do *saber-fazer*, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida (Benner, 2001), **gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, assim como da formação pós-graduada**, de forma a obter os objetivos traçados.

A base de toda a abordagem da pessoa doente que recorre ao SUG do HBA é suportada pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM) que é realizada pelo enfermeiro com certificação e treino na sua aplicação. Baseia-se num protocolo clínico que permite classificar a gravidade de cada pessoa doente. Identifica as pessoas doentes mais graves proporcionando-lhes, em primeiro lugar, o encaminhamento e início da resolução do seu processo saúde/doença. O sistema de triagem teve o seu início durante a I Guerra Mundial, devido à necessidade de estabelecer uma ordem de atuação perante os casos de trauma e limitações físicas dos soldados (Anderson et al, 2006). As mesmas autoras classificaram a triagem como um processo dinâmico, de tomada de decisão, baseado nas evidências e informação fornecida pela pessoa doente, estabelecendo, assim a prioridade de atuação. Para que este processo seja realizado com clareza e justiça é necessário que o enfermeiro possua determinadas características: capacidade de avaliação da pessoa através de um breve referencial da história atual fornecida pela pessoa e/ou seu familiar, avaliação de parâmetros vitais, observação física orientada para o problema apresentado, conhecimento científico das patologias e sua sintomatologia mais frequente, e tão ou mais importante, a capacidade de intuição do enfermeiro desenvolvido ao longo do sua experiência profissional (Anderson et al, 2006).

Mantendo de forma autónoma o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, fiz questão de concretizar alguns turnos no posto de triagem em situação de acompanhamento do enfermeiro de triagem, dada a minha inexperiência na área. O sistema informático e o seguimento dos algoritmos que suportam o STM, são uma ferramenta útil na orientação do pensamento e promoção de um rápido atendimento, que aliás é um dos indicadores de qualidade de enfermagem daquele serviço. De fato, à primeira impressão, o STM parece ser um sistema assente no modelo biomédico, em que a autonomia e a observação individualizada do profissional de enfermagem é redutora, mas não é bem assim!... No primeiro turno acompanhei um enfermeiro com apenas um ano de experiência profissional, conduzido pela rigidez do seguimento dos algoritmos. Contudo, no segundo turno, acompanhei um enfermeiro com vinte anos de experiência em urgência e pré-hospitalar, e aí percebi a diferença, ou seja, toda ela reside na experiência profissional do enfermeiro.

A complexidade do processo de tomada de decisão na triagem sofre influências internas e externas, as primeiras estão relacionadas com a capacidade e experiência do profissional e as segundas com o ambiente, carga de trabalho e condições físicas (Anderson et al, 2006). A classificação de enfermeiro perito, definido por Benner (2001), tem por base a prestação de cuidados orientados pela intuição aliada a um percurso baseado na experiência profissional. Isto permite ao enfermeiro perito articular o raciocínio com elevada capacidade e num reduzido

período de tempo que os enfermeiros situados em níveis de proficiência anteriores não conseguem (Lyneham et al, 2008). A presença dos primeiros é fundamental na triagem de um SU pois não só priorizam a pessoa doente identificando reais situações de gravidade como conseguem obter uma eficaz gestão de todo o SU pela visão global que possui do mesmo.

Verifiquei também que, a par da intuição do enfermeiro perito as capacidades relacionais e comunicacionais são essenciais, considerando-as umas das principais competências que deverão sobressair no enfermeiro que realiza a triagem no SU. O enfermeiro deve mostrar várias habilidades e comportamentos que lhe permitirão estabelecer uma relação com o outro, saber manter a simplicidade, ter um discurso claro e acessível, escuta ativa, “despir-se” de preconceitos e não fazer juízos de valor, tendo em vista a obtenção de todas as informações relevantes da alteração do processo saúde/doença da pessoa.

Ao longo do turno passado na triagem com o enfermeiro mais experiente fomos trocando impressões sobre as diferentes **perspetivas dos problemas de saúde mais prevalentes daquela população, o tipo de população, entre outras, produzindo um discurso pessoal fundamentado**. Fui-me sentindo à vontade para triar algumas pessoas doentes, tentando-me aproximar, o mais possível, da conduta desse enfermeiro, **demonstrando técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa/família de uma forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura**.

Depois de interiorizada a dinâmica do STM, a prestação de cuidados foi pessoalmente proposta para ser feita na área dos amarelos, laranjas, SO e SR, ou seja, onde se encontraria, por ordem crescente, a pessoa doente triada com os maiores índices de gravidade, **demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa em situação crítica e sua família**.

Nestas áreas, deparei-me com uma enorme variedade de patologias, centrando o cuidado na pessoa/família que estava a viver um processo de incerteza, medo do diagnóstico, quase sempre aliado a uma situação de dor aguda física e psíquica. Aqui o nível de dependência da pessoa era uma realidade. Muitas necessidades humanas básicas da pessoa em situação crítica estavam afetadas levando-me a fazer uma criteriosa avaliação do grau de incapacidade daquela pessoa para o auto-cuidado, e assim, estabelecer prioridades, intervindo de forma a que a pessoa as conseguisse recuperar. (Orem citada por Tomey e Alligood, 2004), **adequando os diferentes métodos de análise de situações complexas à pessoa em situação crítica**.

A área dos amarelos caracterizava-se pela pessoa doente, com dor aguda e mal-estar geral, mas com capacidade para se mobilizar autonomamente. A atuação do enfermeiro consistia, entre outras, na realização de procedimentos invasivos (cateterismo venoso periférico, algaliação, entubação gástrica), administração de terapêutica (nomeadamente, analgésicos), colheita de sangue para estudo da hipótese diagnóstica e encaminhamento para outras especialidades e/ou meios complementares de diagnóstico. Esta área mostrou-se sempre muito movimentada e marcada pela constante solicitação dos familiares na incerteza da

doença súbita do seu familiar, marcada por longos tempos de espera dos resultados de análises e exames complementares. Apesar de legalmente estar previsto, o acompanhamento da pessoa doente por um dos seus familiares/pessoa significativa, neste SUG, por força da classe médica não é regra. Talvez, esta fosse uma das razões para a constante interrupção na prestação de cuidados de enfermagem, pois na sua angústia os familiares/pessoa significativa não se sentiam envolvidos no processo de saúde/doença do seu familiar. Mais uma vez, prestei cuidados globais à pessoa/família, permitindo a permanência do familiar junto da pessoa, ou mantendo sempre informado o seu familiar, mostrando desenvolver uma **metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa/família**. No entanto, mostrou-se um posto de trabalho muito extenuante pelo volume de pessoas doentes, as constantes solicitações e a metodologia de trabalho orientada para a tarefa.

A área dos laranjas encontrava-se dividida por 14 postos de estadia curta onde permanecia a pessoa doente em maca, algumas com monitorização cardíaca, mas certamente com um maior índice de gravidade do que na área dos amarelos. É de referir que cada posto deveria contar apenas com um doente, chegando a ser ocupado por três doentes simultaneamente.

Daqui alguns doentes seguiam ou aguardavam vaga para o internamento, para intervenção cirúrgica, ou em caso de agravamento do seu estado clínico eram retriados para o SO. **Avaliando situações complexas, segunda a perspetiva académica avançada** identifiquei a deterioração da pessoa doente preparando-a e acompanhando-a para o SO. Foi o caso de uma jovem com intoxicação medicamentosa voluntária que após ter sido entubada nasogastricamente e administrado o carvão ativado, tal como se previa, o seu estado de consciência deprimiu. Após a identificação da situação e **demonstrando a capacidade de trabalhar em equipa** foi discutido o caso **com a equipa multidisciplinar e tomada a decisão conjunta** de transferir a doente para o SO, de forma a aumentar a vigilância do seu estado de consciência, monitorização cardíaca e respiratória.

Por outro lado, **comunicando resultados da minha prática clínica** pela minha experiência na área da anestesia, também consolidada no estágio anterior, pude esclarecer alguns colegas sobre as atuais recomendações pré-operatórias, como sejam o caso das tricotomias, tempos de jejum e que, apesar do jejum dever-se-á administrar sempre determinada terapêutica oral com o mínimo de água possível, assim como alertar para a presença de todos os exames requeridos no pré-operatório, precavendo o adiamento da cirurgia daquele doente.

O SO foi sem dúvida a “minha área de conforto”, por ser a mais parecida com os CI, **demonstrando aqui um nível aprofundado de conhecimentos na área**. No SO a pessoa doente apresentava um elevado índice de gravidade, com necessidade de vigilância e monitorização cardíaca permanente. Alguns doentes apresentavam monitorização invasiva, assim como estavam sob ventilação invasiva ou não invasiva. Aqui também se realizaram alguns procedimentos com apoio da técnica anestésica, como por exemplo ecocardiograma transesofágico e cardioversão.

Refletindo na e sobre a prática, mais uma vez, a estrutura física consiste na separação de camas por postos, todos seguidos em paralelo, ao longo de um corredor. Considero esta disposição muito desfavorável, dificultando a monitorização e vigilância da pessoa doente, pois não permitia a visão global dos dez postos, apesar de haver uma telemetria na bancada de enfermagem. Aconteceu, por exemplo, dos dois enfermeiros distribuídos em SO não estar presente um deles e, enquanto o outro enfermeiro se ocupava de uma pessoa, no posto ao lado uma senhora idosa, obesa e desorientada, levantou-se sofrendo uma queda, felizmente sem traumatismo relevante. Por outro lado, abordando mais uma vez outra **questão complexa de modo sistematizado e relacionada com a segurança da pessoa doente**, numa área com estas características como o é o SO, a metodologia de trabalho de enfermagem merece ser repensada, pois é assente no método de trabalho por tarefa. A inexperiência da maioria dos elementos da equipa de enfermagem, ou os muitos anos de experiência em SU de outros elementos, leva a que o trabalho se oriente pela tarefa. O método individual é o método em que cada enfermeiro tem a seu cargo um determinado número de doentes que varia, como é óbvio, de acordo com o grau de dependência de cada doente, sendo por isso considerado o ideal. **Zelando pelos cuidados prestados no âmbito da enfermagem à pessoa em situação crítica**, esta questão foi orientada para o enfermeiro orientador, que neste caso é o Enfermeiro Chefe do SUG, que garantiu debruçar-se brevemente sobre a metodologia do trabalho de enfermagem no SO.

A SR é uma sala que está sempre preparada para receber a pessoa em situação crítica urgente/emergente do foro médico-cirúrgico. Cada turno tem um enfermeiro distribuído para a SR que, na maioria das vezes, é um dos dois enfermeiros distribuídos para SO.

As situações de alteração do processo saúde/doença mais frequentes na SR foram: paragem cardiorrespiratória (PCR), edema agudo do pulmão (EAP), enfarte agudo do miocárdio (EAM), obstrução da via aérea por secreções no contexto de infeção respiratória, crise asmática, agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), intoxicação medicamentosa voluntária, acolhimento do doente referenciado pelo centro de orientação de doentes urgentes (CODU) pelo acionamento da via verde coronária, via verde do acidente vascular cerebral (AVC) com o intuito de iniciar manobras terapêuticas imediatas, com a finalidade de reverter a lesão e/ou minimizar sequelas.

Aqui **demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas** baseadas no imprevisto, na incerteza do diagnóstico, no alheamento do contexto social e cultural da pessoa/família. Atuei com clareza na compensação de todos os órgãos e sistemas prestando especial atenção à abordagem da via aérea. Após a estabilização da pessoa em situação crítica foi sempre minha preocupação a prestação de cuidados de conforto na perspetiva de ser um dos cuidados facilitador no processo de recuperação saúde/doença da pessoa em situação crítica (Ribeiro, 2012). De seguida era imperativo estabelecer o primeiro contato com os familiares/pessoa significativa de maneira a contextualizar a situação de doença súbita, antecedentes pessoais e história clínica.

Foi, neste contexto de emergência, na SR, que vivenciei uma situação de PCR que deu origem à reflexão “Uma morte anunciada...” (apêndice 8), tendo em conta a **tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e à minha responsabilidade social e ética enquanto enfermeira especialista**. A morte nos SU é um tema que tem merecido atenção por parte dos enfermeiros, pela vivência que lhes proporciona. A maioria dos estudos refere que a pessoa morre sozinha, pois o enfermeiro não tem tempo de estabelecer uma relação com a pessoa/família enaltecendo apenas as execuções técnicas (Silva, 2009). Aqui aconteceu o contrário. A família foi chamada à SR para estar junto do seu familiar na fase que se pensava ser a final tendo sido declarado o óbito à família, mas... o doente não morreu...

O suporte familiar é muito importante nesta fase. As organizações de saúde evoluíram no sentido de, legalmente ser permitido o acompanhamento da pessoa em todos os momentos, integrando um desafio para os profissionais – a envolvimento dos familiares na prática dos cuidados. Este *“acompanhamento é a possibilidade de uma pessoa admitida num SU ser acompanhada por uma pessoa indicada por si (ou caso o doente não possa expressar a sua vontade, por alguém que demonstre o seu parentesco ou relação com o doente)”* (Sousa et al, 2011, p.196).

Orientada pela prática baseada na evidência, considero que o envolvimento da família permite uma colheita de dados fiáveis, uma avaliação mais criteriosa da pessoa, onde este tempo é limitado. Por outro lado, o carácter de doença súbita, idade avançada, défices neurológicos, entre outros são fatores que impedem a identificação de problemas da pessoa, sendo, a maioria das vezes a família a esclarecê-los. O envolvimento dos acompanhantes carece de mais investigação que nos permita concluir com toda a certeza qual o papel dos acompanhantes neste contexto e refletir sobre as formas de promover a sua participação. No estudo realizado por Sousa et al (2011), no hospital de Infante D. Pedro em Aveiro, o SU é nomeado como *“uma zona de tempestade emocional”* (Griffin citado por Sousa, 2011). Os autores registaram como incidentes negativos a agressividade dos acompanhantes e a sua presença como fator dificultador da prestação de cuidados, sendo muito baixa a percentagem de acompanhantes que facilitaram o trabalho dos profissionais. Concluem que esta deverá ser uma prática otimizada nos SU, aumentando a relação de empatia entre profissionais e acompanhantes, assim como a informação entre profissionais, acompanhantes e a pessoa em situação crítica. De salientar que os enfermeiros mais experientes são os que tendem a ser mais a favor desta prática.

Foi aqui demonstrada a globalidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, e que foram sendo, simultaneamente, completados pela pesquisa bibliográfica no contexto de urgência. Assim, de entre muitos artigos e manuais consultados, destaco o European Resuscitation Council – Guidelines for Resuscitation 2010, de forma a manter presente os algoritmos de reanimação, **incorporando na prática os resultados da investigação válidos no âmbito da especialização**.

Neste contexto, é igualmente importante referir os temas que foram sendo discutidos ao longo do estágio com o orientador e a restante equipa, são exemplo disso: as intervenções de

enfermagem no contexto da população que o HBA acolhe, uma população muito rural e envelhecida, as doenças mais prevalentes daquela população, as formas de atuação em urgência/emergência em comparação com as de outras instituições, uma vez que todos os enfermeiros vêm de outros hospitais, bem como a atuação do enfermeiro no pré-hospitalar, pelo fato da equipa de enfermagem da viatura médica de emergência e reanimação (VMER) pertencer, quase todo, ao SUG.

O segundo objetivo delineado para a concretização deste estágio foi **contribuir para a qualidade dos cuidados através da formação e partilha de conhecimentos, acerca da permeabilização e manutenção da via aérea, em contexto de urgência/emergência**. Verifica-se que no contexto de urgência existem constantes atualizações na área de enfermagem, exigindo ao enfermeiro uma atualização, aquisição de novos conhecimentos de modo a adaptarem-se às novas exigências profissionais, autonomia da profissão e qualidade assistencial de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família. Por vezes, existem lacunas na abordagem ao doente emergente e na formação específica da área de enfermagem que importam identificar e colmatar. Uma das formas de o fazer é através da formação em serviço. Os enfermeiros devem conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o processo da enfermagem em particular, e da saúde em geral (OE, 2010).

Na perspetiva de **promover a investigação e a formação em serviço** e tal como já foi anteriormente apresentado, **este objetivo surge como resposta à necessidade formativa** levantada pelo serviço. Ainda assim, foi aplicado um questionário de avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros do SU sobre a abordagem à via aérea (apêndice 9 e 12). De seguida foi elaborado o plano de formação (apêndice 13) no sentido de estruturar corretamente a ação de formação em função do conteúdo, objetivos gerais e específicos, metodologia, recursos humanos e materiais, tempo de duração, datas e hora e instrumento de avaliação da sessão. De salientar que a formação foi de carácter teórico prático, contando com duas cabeças de manequins e dispositivos médicos vários de permeabilização e manutenção da VA. Todo este processo formativo foi desenvolvido em conjunto com a colega de especialidade Adriana Sequeira que se encontrava no mesmo período a realizar estágio no SUG, tendo ela, também, a intenção de abordar o mesmo tema. Desenvolveu-se, por isso, um trabalho conjunto e complementar. O trabalho desenvolvido por mim correspondeu à permeabilização e manutenção da via aérea, numa abordagem básica/manual, com adjuvantes da ventilação, técnicas da ventilação e dispositivos supraglóticos (apêndice 10), enquanto a colega abordou a classificação e abordagem da via aérea difícil (VAD). Motivada pelo enfermeiro orientador, enquanto chefe do serviço, foi-me proposta a apresentação do carro de VAD (apêndice 11) que se encontra “abandonado” no serviço, por desconhecimento do material nele contido, assim como o algoritmo da VAD. A facilidade da sua apresentação prende-se com o fato de ser a minha área de trabalho diário, pois no HSM é a unidade pneumologia de intervenção (UPI) que soluciona as situações de VAD, **comunicando aspetos complexos de âmbito profissional e académico aos enfermeiros do SU**.

Antes do período de interrupção do estágio, correspondente às férias de Natal, foram afixados os cartazes a anunciar a formação (apêndice 14). A formação foi realizada em duas sessões, em dias diferentes, para abranger o maior número possível de enfermeiros. Após cada sessão de formação foi aplicado o instrumento de avaliação de formação vigente na instituição (apêndice 15 e 16). Para além dos objetivos teóricos e práticos da formação em si, esta teve como principal objetivo o **desenvolvimento pessoal de competências na área da formação** promovendo, desta forma o **desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do SU do HBA**.

Este último módulo de estágio, no SU encerra com o aperfeiçoamento de competências que têm vindo a ser adquiridas ao longo do tempo, não só durante todo o meu percurso profissional em contexto de trabalho, como pelo percurso académico descrito ao longo das páginas deste relatório.

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu-me de uma forma crítico-reflexiva dar como atingidos os objetivos e as competências propostas pelo plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC, para obtenção do grau de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O enfermeiro especialista rege-se pela capacidade de atuação, antecipação e resolução de problemas de extrema complexidade, assim como pela prestação de cuidados baseados num referencial teórico adequado. O enfermeiro especialista pela sua experiência assume um papel determinante na prestação de cuidados, com impacto na Pessoa e sua Família, nos outros profissionais de saúde e no seio da equipa de enfermagem.

O percurso profissional e formativo aqui descrito foi traçado pelo desenvolvimento de competências enquanto formadora. O tema da formação foi transversal aos estágios que, aliás, teve início durante o meu percurso profissional em UCI e culminou na Unidade de Pneumologia de Intervenção onde exerço a prática clínica na atualidade. Em cada contexto de estágio foram identificadas as necessidades de formação dos enfermeiros na abordagem à via aérea à pessoa em situação crítica. Este foi o meu principal contributo para as equipas de enfermagem do Serviço de Anestesiologia do HSM e do SUG do HBA, desenvolvendo a capacidade de comunicar para audiências especializadas, utilizando um discurso fundamentado e promovendo a perceção da importância da prática baseada na evidência.

No decorrer dos estágios adquiri competências técnico-científicas e relacionais na área de Especialização em EMC no Serviço de Anestesiologia do HSM de forma muito satisfatória, atingidas através das atividades desenvolvidas durante o processo anestésico e de recuperação do processo cirúrgico/anestésico na UCPA. Aqui dada a reestruturação do serviço e mudança para as novas instalações participei ativamente no processo de reorganização estrutural, nos cuidados e dinâmica da equipa de enfermagem.

No Serviço de Urgência do HBA adquiri novas competências, igualmente na área técnica e científica, assim como na relação com a pessoa em situação crítica e seus familiares, mas em contexto de urgência/emergência, de forma muito satisfatória, tendo sempre como linha de orientação a prestação dos cuidados especializados na perspetiva da Pessoa.

É válido afirmar que a essência da disciplina de enfermagem é o cuidado à Pessoa, pois este em interação com o meio ambiente vive múltiplas experiências de saúde, sofre transições, passando de um estado de saúde para outro. Cabe ao enfermeiro especialista deter os conhecimentos para promover a aquisição de novos papéis, estilos de vida e aumentar o potencial da pessoa e da sua família. Completar esta formação pós-graduada foi uma experiência que contribuiu de todo para a aquisição de competências académicas no enquadramento conceptual da profissão de enfermagem, assim como desenvolver a capacidade de as aplicar à prática clínica de enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais Às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra: Formasau (2001). ISBN 9789728485214.

AITKEN; L.M. Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of clinical nursing*. 12:4 (2003) 476-483.

ALMINHAS, S. Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Sinais Vitais*. 75 (Nov. 2007) 57-60. ISBN 0872-8844.

AMENDOEIRA, J. Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. Coimbra. *Revista Sinais Vitais*. 67 (2006) 19-27.

ANDERSON, A.; OMBERG, M.; SVEDLUND, M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in critical care*. 11 (2006) 136-154.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES. Enfermagem Peri-operatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta (2006). ISBN 978-972-8930-16-5.

BÁRTOLO, E. Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Lisboa: Climepsi Editores (2007).

BASSO, R.S.; PICCOLI, M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceptual de Levine. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 6:3 (2004) 309-323.

BASTO, M.L. Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina – Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. 13:2 (2009) 11-18.

BASTO, M. L. Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Enfermagem*. 23:1 (Janeiro/Junho 2005) 25-41.

BENNER, P. De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora (2001). ISBN 972-8535-97-X.

BUSCH, I. et al. Effectiveness of intubating laryngeal mask airway (ILMA Fastrach) used by nurses during out of hospital cardiac arrest resuscitation. *Acta Anaesth. Belg.* 60:4 (2009) 235-238.

CAVACO; V.S. et al. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência*. Série II:12 (Março 2010) 93-103.

COENTRE; R et al. Eletroconvulsoterapia – Mitos e Evidências. *Ata médica Portuguesa*. (2009) 22:3 275-280.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. Guidelines for resuscitation (2005). [consultado em 01.01.2013]. Disponível em: http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId

CRD. Systematic Reviews: CRD'S guidance for undertaking reviews in health care. **Universidade de York** (2009).

HESBEEN, W. Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência (2000). ISBN 972-8383-11-8.

KÉROUAC, S. et al. El pensament enfermero. Barcelona: Masson (2002). ISBN 2-7607-0584-6.

KETTE, F. et al. The use of laryngeal tube by nurses in out-of-hospital emergencies: preliminary experience. *Resuscitation*. 66 (2005) 21-25.

LAGES, N. t al. Unidade de cuidados pós-anestésicos – Tempo de definir novos conceitos? *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesia*. 15:4 (2006) 18-26.

LE BOTERF. Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 80 questões. 1ª ed. Lisboa: Edições ASA (2005). ISBN 972-41-4243-4.

LYNEHAM, J.; PARKINSON, C.; DENHOLM, C. Intuition in emergency nursing: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice* (2008) 101-107.

MACPHAIL, E. Panorâmica da enfermagem de urgência. Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4ª ed. Loures: Lusodidata (2001). ISBN 978-972-8930-63-9.

MELEIS, A. TRANSITIONS THEORY. Middle-range and situation-specific. Theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, LLC (2010). ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42:6 (Novembro/Dezembro 1994) 255-259.

MORAES, L.O.; PENICHE, A.C. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 37:4 (2003) 34-42.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 5

de maio de 2010 [consultado em 03.02.2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, Processos e Instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Caderno Temático. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, janeiro de 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [consultado em 06.02.2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf

PENHA; R.M. e SILVA; M.J. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Texto e Contexto - Enfermagem*. 21:2 (2012) 260-268. [consultado em 06.02.2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072012000200002&>

PHANEUF, M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência (2005). ISBN 972-8383-84-3.

PIRES, A. O reconhecimento das aprendizagens experienciais no Reino Unido. *Formar* 41 (Outubro/Dezembro 2001) 40-46.

RIBEIRO; P.C. e COSTA; M.A. O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III:7 (2012) 149-158.

RUETZLER, K. et al. Hands off time during insertion of six airway devices during cardiopulmonary resuscitation: A randomized manikin trial. *Resuscitation*. 82 (2011), 1060-1063.

SCHUMACHER, K.M.; MELEIS, A. Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26:2 (1994) 119-127.

SCOTT; B. Airway management in post anaesthetic care. *Journal of Perioperative Practice*. 22:4 (Abril 2012) 135-138

SHEEHY, S. Enfermagem de urgência. Da teoria à prática. 4ª ed. Loures: Lusodidata (2001). ISBN 978-972-8930-63-9.

SILVA, L. et al. A morte no contexto hospitalar: a visão de uma equipe de enfermagem. *Psicologia*.(2008) 1:18. Consultado em [10.02.2013]. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0463.pdf

SOUSA, L.; ALMEIDA, A.; SIMÕES, C.J. Vivências em serviço de urgência: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde Soc. São Paulo*. 20:1 (2011) 195-206.

TRABOLD, B. et al. Application of three airway devices during emergency medical training by health care providers – a manikin study. *American Journal of Emergency Medicine*. 26 (2008) 783-788.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem). 5ª ed. Loures: Lusociência (2004). ISBN 972-8383-74-6.

VARANDAS, M.L. *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade dos cuidados*. Lisboa: [s.n.]. 2011. Tese doutoramento apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

WATSON; J. *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência (2002). ISBN 972-8383-33-9.

WIESE, C. et al. Influence of airway management strategy on “no-flow-time” during an “Advanced life support course” for intensive care nurses – A single rescuer resuscitation manikin study. *BMC Emergency Medicine*. 8:4 (2008).

APÊNDICES

APÊNDICE 1

NORMA DE PROCEDIMENTO DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA NA REALIZAÇÃO DE
ELETROCONVULSIVOTERAPIA (ECT)



NORMA DE PROCEDIMENTO EM ENFERMAGEM
UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

Elaborado por: Enf^a Ana
Bandeirinha
Revisto por: Enf^o Pedro
Nuno
Elaborado em outubro de 2012

ASSUNTO: A abordagem do enfermeiro de anestesia na electroconvulsivoterapia realizada sob anestesia geral endovenosa

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do serviço de anestesia

INTRODUÇÃO

A electroconvulsivoterapia (ECT) é uma terapêutica altamente eficaz e segura no tratamento de perturbações psiquiátricas tais como depressão *major*, depressão psicótica com manifestações de humor deprimido, catatonia, anorexia, ideação suicida, e também na esquizofrenia e perturbações psicoafectivas.

O princípio da ECT é a indução da convulsão através da passagem de uma corrente eléctrica transcrâneana, sob anestesia geral.

DEFINIÇÃO

Consiste nas acções de enfermagem a desenvolver durante a realização da anestesia geral para o procedimento da ECT.

OBJECTIVOS

- Uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem
- Despistar situações de risco
- Assegurar a permeabilização e manutenção da via aérea;
- Monitorizar parâmetros vitais;
- Prevenir complicações associadas ao status pós-convulsão

MATERIAL

1. Mesa de apoio

Material Entubação:

- Laringoscópio montado e testado
- Lâmina 4 (adulto estatura normal) + 3 (adulto pequena)
- Tubo endotraqueal nº 7 + nº 7,5 + nº 8
- Condutor
- Seringa 20cc
- Máscara laríngea nº 4 + nº 5
- Gel lubrificante
- Insuflador manual+filtro bacteriológico+máscara facial+tubo O2
- Tubo orofaríngeo nº 2+3
- Tubo nasofaríngeo nº 7+7,5
- Adesivo
- Protector de arcada dentária
- Compressas
- Luvas

Fármacos habitualmente utilizados:

- Indutores anestésicos:
 - Tiopental, EV
 - Propofol 1%, EV
 - Etomidato, EV
- Relaxante muscular:
 - Suxametónio EV, ampolas 100mg/2ml
- Analgésico:
 - Paracetamol EV, 1000mg/100ml

2. Unidade do doente:

- Aspirador ligado e testado e junto à cabeceira do doente
- Fonte de O2 ligada a insuflador manual

PROCEDIMENTOS A REALIZAR

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
ABORDAGEM AO DOENTE PRÉ-ECT (AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA)	
<ul style="list-style-type: none">➤ Confirmar consentimento livre e esclarecido em documento escrito e assinado;➤ Confirmar jejum de pelo menos 6 horas, para alimentos sólidos e líquidos;➤ Remover próteses dentárias;➤ Avaliar estado consciência, orientação, humor do doente;➤ Posicionar o doente:<ul style="list-style-type: none">- Decúbito dorsal- Sem almofada- Pés descobertos➤ Monitorizar parâmetros vitais (ECG+TA+Sat.perif O2);➤ Verificar a permeabilidade do acesso venoso;➤ Verificar material entubação e cardiodesfibrilhador.	<ul style="list-style-type: none">➤ Cumprir o requisito legal da alínea d) do nº1 do artigo 5º da Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 julho)➤ Evitar aspiração do vómito e, conseqüentemente, obstrução da via aérea;➤ Evitar obstrução da via aérea superior;➤ Comparar com avaliação pós-ECT, despistando efeitos adversos da ECT (amnésia e confusão mental);➤ Facilitar manobras de ventilação, proporcionando a posição olfactiva. A última, permite visualizar fasciculações resultantes da despolarização do relaxante muscular;➤ Identificar alterações dos sinais vitais;➤ Evitar necrose tecidual por extravassamento de fármacos, nomeadamente o tiopental;➤ Permeabilizar a via aérea e RCP.

ABORDAGEM AO DOENTE DURANTE ECT (AVALIAÇÃO ANESTÉSICA)

- Administrar terapêutica:
 - Indutor anestésico
 - Relaxante muscular de curta duração
- Colocar de tubo orofaríngeo;
- Colaborar na realização de máscara com insuflador manual;
- Colocar protector de mordedura;
- Monitorizar continuamente o ECG, frequência cardíaca e respiratória, oximetria de pulso. Avaliar TA de 3/3 min;
- Alertar para o afastamento dos profissionais de saúde da cama do doente.

- Indução e manutenção de anestesia:
 - O Propofol apesar de ser o indutor que provoca menos alterações hemodinâmicas, náuseas e vômitos, por ser um potente anticonvulsivante diminui a eficácia da ECT, sendo, por esta razão, utilizado o Tiopental.
 - O relaxante muscular bloqueia as intensas contrações musculares provocadas pela convulsão tónico-clónica generalizada.
- Evitar queda da língua, de forma a facilitar a oxigenação do doente durante a indução e manutenção anestésica;
- Proporcionar apoio de mão na realização de máscara com insuflador manual;
- Evitar fractura dos dentes e/ou implantes dentários, mordedura da língua ou lábios;
- Vigiar efeitos da administração dos fármacos anestésicos, nomeadamente o Tiopental que provoca hipotensão grave. Vigiar efeitos da convulsão, pois a passagem da corrente eléctrica pelo cérebro activa o sistema nervoso autónomo, predominando de início a estimulação do SN parassimpático e, de seguida o SN simpático. É fundamental a monitorização das Sat. Perif O₂, pois o nível de oxigenação influencia a qualidade da resposta convulsiva.
- Manter a segurança do procedimento, evitando descarga de energia sobre os mesmos.

ABORDAGEM AO DOENTE PÓS-ECT (AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA)

- Permeabilizar via aérea com tubo orofaríngeo;
- Colaborar na realização de máscara com insuflador manual;
- Colocar máscara facial com oxigenoterapia;

- Evitar queda da língua, de forma a facilitar a oxigenação do doente até reversibilidade dos fármacos anestésicos e retoma de ventilação espontânea;
- Manter oxigenação do doente até recuperação de ventilação espontânea e sat.perif.O₂> 92%;
- Recuperada ventilação espontânea facilitar oxigenação dos tecidos;

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar sinais vitais de 15/15 min na primeira hora. E de 30/30 min na segunda hora ou até alta do recobro; ➤ Avaliar a dor ➤ Elaborar registos de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Despistar efeitos adversos da ECT: complicações cardíacas (arritmias, EAM, fibrilhação ventricular, paragem cardíaca), paragem respiratória, complicações neurológicas (amnésia retrógrada, anterógrada e confusão mental – alterações reversíveis); ➤ Administrar terapêutica analgésica (paracetamol, EV) evitando dor causada por contracturas musculares da convulsão tónico-clónicas generalizadas; ➤ Promover a continuidade dos cuidados, através da folha de enfermagem da UCPA. Registrar: dosagem fármacos, tipo de anestesia, como foi realizada a permeabilização da via aérea, parâmetros vitais, intercorrências.
---	--

Bibliografia

- Coentre, R et al – Electroconvulsoterapia – Mitos e Evidências, Lisboa: Acta médica Portuguesa, 2009; 22(3):275-280.
- Lei de Saúde Mental, Lei nº 36/98 de 24 de julho
- Portugueses, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações – Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-972-8930-16-5
- Salleh MA; Papakostas I, Zervas I; Christodoulou G – Electroconvulsivoterapia: Critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria, 2006; 33(5):262-267

APÊNDICE 2
REFLEXÃO – VISITAS NA UCPA

A reflexão que se segue diz respeito a um episódio vivenciado durante o estágio no serviço de anestesia, na Unidade Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) associada ao Bloco Operatório Central (BOC) do Hospital de Santa Maria. No sentido de me facilitar, a reflexão foi orientada pelo *Ciclo Reflexivo de Gibbs*, com as seguintes etapas:

1. Descrição – o que aconteceu?

Durante a pausa, a meio, da manhã dirigi-me até ao piso 01, zona dos cafés do HSM. À minha frente estavam três jovens que conversavam entre si, com alguma preocupação, sobre a cirurgia do avô, que estava muito demorada, que ainda não tinham tido notícias e expressavam, claramente, preocupação e receio de que tivesse acontecido o pior. Apercebi-me que era uma intervenção pela cirurgia vascular. E sabia, também, tal como todos os profissionais que ali trabalhavam naquele dia, que estava um aneurisma da aorta abdominal a ser operado. Sabemos que são cirurgias complexas, com tempos operatórios muito longos e de grande risco de vida para o doente. Não obstante, tinha sabido, 10 minutos antes de sair da UCPA, que o doente tinha falecido na sala de operações.

Inesperadamente, um dos jovens dirigiu-se a mim... tinha-me reconhecido como enfermeira da UCPA! E fez-me a mais temida questão da ocasião: se sabia de alguma coisa do seu familiar?!

2. Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?

Naquele momento estremei... É claro que, tinham toda a razão... durante toda a manhã estiveram à porta do BO e da UCPA, viam os profissionais a passar (metidos consigo próprios!) e todas as abordagens tinham sido em vão, pois nunca ninguém foi capaz de os informar sobre o que se estava a passar na sala de operações! Remeti-me à resposta vaga e standardizada de "sempre": sabia que estava um doente crítico a ser operado pela cirurgia vascular, mas não sabia nada sobre o seu estado. Senti-me, directamente, atingida. Primeiro, porque durante a manhã tinha visto familiares à porta do BO/UCPA e nem sequer me lembrava das suas caras! Mas, eles reconheceram-me! E em segundo lugar, porque conseguia sentir a ansiedade e o desespero da ocultação de informações sobre o seu familiar.

3. Avaliação - O que foi bom e mau na experiência?

A dualidade de sentimentos na nossa profissão é uma constante, e nesta situação, não foi diferente. Considero ter sido bom, ter conseguido colocar-me no lugar do familiar de um doente em situação crítica de vida. Fez-me pensar nas dificuldades da família em obter informações sobre o estado dos seus familiares, e no facto de a enfermagem delegar para segundo plano as necessidades dos familiares dos doentes críticos. E esta é a parte má da experiência!

4. Análise – Que sentido(s) tem o que se passou?

É sabido que a família, enquanto núcleo do indivíduo e, também, parte integrante dos cuidados de enfermagem, se vê, por vezes, envolvida emocionalmente em situações de crise, relacionadas com a alteração de saúde de um dos elementos da sua família. Quando um dos elementos da família adoece, o desequilíbrio instala-se e a alteração de papéis, deste suporte social, são uma realidade. O estado crítico desse elemento é causador de ansiedade e angústia na família, o ambiente onde se encontra é hostil e desconhecido para quase todos,

provocando sempre, ainda que de diferentes formas, reacções, inibições, medos e outros sentimentos, que são emergentes identificar pelos enfermeiros.

Não são poucas as vezes que os profissionais de saúde dirigem toda a sua energia para salvar a vida do doente e, apesar da intenção de dar apoio à família estar presente, a realidade é que as necessidades dos familiares são muitas vezes ignoradas ou esquecidas. O factor tempo, a falta de preparação para lidar com os familiares ou de entender as suas necessidades podem contribuir para tal.

É uma evidência o direito que os familiares têm, de ser informados relativamente à evolução do estado do seu familiar, tal como se encontra descrito no Código Deontológico da Profissão de Enfermagem, artigo 84º, alínea a: “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”. A tendência habitual dos enfermeiros, em situações críticas, é darem respostas vagas e estandardizadas em vez de respostas individualizadas. O stress é elevado, as exigências físicas e emocionais também. Para além de enfrentarem os problemas dos doentes e famílias, os enfermeiros têm, também, de enfrentar as suas próprias emoções.

5. Conclusão – O que poderia ter feito melhor?

Acabei por deixar a conversa não avançar muito mais para além do que os familiares já sabiam. Na UCPA comentei o situação. Fiquei com a sensação de que ninguém queria ter passado por aquele episódio.

Não é fácil estabelecer o diálogo com certas equipas cirúrgicas dos diferentes blocos. Também não é fácil, para estas equipas, que muitas vezes estão no mínimo de rácio enfermeiro/doente, saírem de uma sala de operações, com uma cirurgia complicada a decorrer, para dar informações aos familiares ou aos colegas. Talvez devesse ter tentado entrar em contacto com a equipa do bloco da cirurgia vascular e pedir-lhes para dar informação à família...

6. Planear a acção – Da próxima vez, faço assim...

Apesar da situação vivenciada não ter que ver directamente comigo, ou seja, não era a mim, enquanto enfermeira da UCPA, que competia o dever de informação aos familiares do doente que estava a ser operado, considero que o serviço BO/UCPA se deve debruçar e trabalhar esta temática em articulação, não só, entre si, como com os serviços de cirurgia e urgência, aos quais compete assegurar o pré e o pós-operatório do doente cirúrgico, submetido ou não a cirurgia programada. A alteração deve ser estrutural, envolver chefias, responsáveis dos blocos, UCPA e serviços cirúrgicos. Deverão ser emanadas normas e protocolos, de forma a ficar bem estabelecido em que fase do processo cirúrgico se deve transmitir informação aos familiares e qual o conteúdo a revelar, uma vez que o resultado final é fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar.

Facto é, que os familiares continuam a querer acompanhar o seu familiar em todas as etapas do seu processo de doença, e continuam a evidenciar-se à porta do BO/UCPA à procura de todas informações... a toda a hora!...



UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS (UCPA)

- **A informação sobre o seu familiar será fornecida pelo enfermeiro responsável da UCPA.**
- **Esta visita dependerá do funcionamento da Unidade e está a cargo da decisão dos enfermeiros da Unidade.**
- **Será permitida apenas a visita de uma pessoa por doente.**
- **Se desejar mais informações é favor recorrer ao serviço de internamento.**

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE 3

PLANO DE FORMAÇÃO – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PERMEABILIZAÇÃO E
MANUTENÇÃO DA VA, EM CONTEXTO DE UCPA

PLANO DE FORMAÇÃO

*ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA
PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VIA
AÉREA, EM CONTEXTO DE UNIDADE DE
CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS*

Tempo previsto: 1 hora

Formadores:

- Enfermeira Ana Bandeirinha (aluna Curso de Especilaização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
- Enfermeiro Especialista Pedro Nuno

Local: Sala de formação de anestesiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. PISO 2



Objectivos:

- **Geral** – Que os formandos no final da sessão sejam capazes de demonstrar uma abordagem eficaz na permeabilidade e manutenção da via aérea (VA), através do despiste de complicações e uma utilização correcta de dispositivos médicos adequados para ventilação.
- **Específicos:**
 - Definir conceitos sobre permeabilização e manutenção da VA;
 - Identificar principais objectivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e factores preditivos de insucesso na permeabilização e manutenção da VA;
 - Reconhecer os diferentes dispositivos médicos para a permeabilização e manutenção da VA;
 - Saber manipular e aplicar os diversos dispositivos médicos de VA em manequins;
- **População alvo:** Enfermeiros do serviço de anestesia do CHLN – HSM
- **Métodologia:** Anexo I
- **Recursos:**
 - **Humanos** - Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 - **Materiais** - computador portátil; dispositivos médicos de VA; cabeças manequins;
- **Avaliação:**
 - Grelha de avaliação na realização de procedimentos com manequim (anexo II). A eficácia da formação será avaliada através dos resultados do preenchimento da grelha de observação. Será realizado tratamento descritivo dos dados (frequências e percentagem) relativamente a cada procedimento mencionado na grelha de avaliação.
- **Bibliografia:**
 - Hassal S; Williams CB – Assessment of airway and breathing in adults – British Journal of Neuroscience Nursing, Agosto/setembro 2010; 6(6); 288-291
 - Higginson R; Jones B; Davies K – Emergency and intensive care: assessing and managing the airway – British Journal of Nursing, 2011; 20(16); 970-977
 - Kette F et al – The use of laryngeal tube by nurses in out-of-hospital emergencies: preliminary experience – Resuscitation, 2005; 66; 21-25
 - Lucisano KE; Talbot LA – Simulation Training for advanced airway management for anesthesia and other healthcare providers: a systematic review - American Association of Nurse Anesthetists Journal, Fevereiro 2012; 80(1); 25-31
 - Scott B – Airway management in post anaesthetic care –Journal of Perioperative Practice, Abril 2012; 22(4); 135-138

ANEXO I

Quadro da sessão da formação

ETAPAS	CONTEÚDO	MÉTODO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Acolhimento aos formandos – boas vindas; conteúdo e objectivos; metodologia da sessão. Contextualização da permeabilização e manutenção da VA, em UCPA	Expositivo oral	10 minutos
DESENVOLVIMENTO	Apresentação e demonstração dos dispositivos médicos VA	Expositivo oral e demonstrativo	10 minutos
	Utilização dos dispositivos médicos VA nos manequins, pelo formador	Demonstrativo e activo	15 minutos
	Utilização dos dispositivos médicos VA nos manequins, pelos formandos	Activo	15 minutos
CONCLUSÃO	Espaço para discussão de casos práticos da experiência profissional de cada um relacionado com a VA; esclarecimento de dúvidas; avaliação da sessão	Expositivo oral e activo	10 minutos

APÊNDICE 4

FOLHA DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO NA UCPA

SESSÃO DE FORMAÇÃO

*ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA
PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VIA
AÉREA, EM CONTEXTO DE UNIDADE DE
CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS*

Dia 31 de Outubro de 2012 às 15:30H

Tempo previsto: 1 hora

Formadores:

- Enfermeira Ana Bandeirinha (aluna Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
- Enfermeiro Especialista Pedro Nuno

Local: Sala de formação de anestesiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. PISO 2

APÊNDICE 5
SLIDES DA FORMAÇÃO NA UCPA

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Actuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA), em contexto de UCPA



Aluna: Enfermeira Ana Bandeirinha
Orientador: Enfermeiro Especialista Pedro Nuno
Tutor: Prof. Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 31 de Outubro de 2012

Objectivo Geral :

Que os formandos no final da sessão sejam capazes de demonstrar uma abordagem eficaz na permeabilidade e manutenção da via aérea (VA), através do despiste de complicações e uma utilização correcta de dispositivos médicos adjuvantes à ventilação



Objectivos Específicos :

- ▶ Definir conceitos sobre permeabilização e manutenção da VA;
- ▶ Identificar principais objectivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e factores preditivos de insucesso na permeabilização e manutenção da VA;
- ▶ Reconhecer os diferentes dispositivos médicos para a permeabilização e manutenção da VA;
- ▶ Saber manipular e aplicar os diversos dispositivos médicos de VA em manequins;

Contextualização: VA em UCPA

COMPROMETIMENTO DA MANUTENÇÃO DA VA:

CAUSAS:

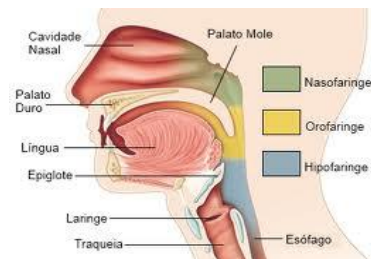
- **Obstrução VA – secreções, sangue, cirurgia cabeça e pescoço**
- **Depressão SNC – opióides**
- **Relaxamento muscular – reversão incompleta**
- **Dor – cirurgia abdominal alta, torácica**
- **Hipotermia**
- **Fadiga**
- **Hipovolémia / Choque hipovolémico**
- **Laringoespasma**
- **DPOC**

Competências do enfermeiro

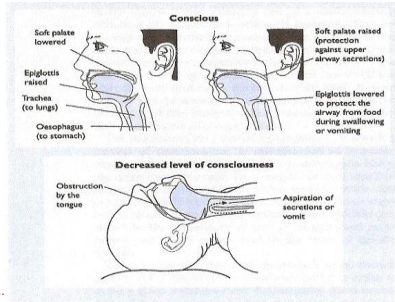
REPE
art 9º, nº 4, alínea e)

Os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”

Anatomia VA



Permeabilização VA



Permeabilização VA

1. Técnicas básicas de permeabilização da VA
2. Técnicas básicas adjuvantes
3. Técnicas avançadas de permeabilização VA

Permeabilização VA

Técnicas básicas de permeabilização da VA

Extensão cervical com elevação do mento



Lesões cervicais

Permeabilização VA

Técnicas básicas de permeabilização da VA

Sub-luxação da mandíbula

Manobra semelhante à anterior



Lesões cervicais

Permeabilização VA

Técnicas básicas adjuvantes

Evitam a obstrução da via aérea por relaxamento dos músculos da língua:

► Tubos orofaríngeos



► Tubos nasofaríngeos



Ventilação

Com insuflador manual – indicado quando a actividade respiratória está temporariamente ausente



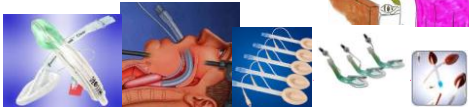
A via aérea não está protegida!



Técnicas avançadas de permeabilização VA Dispositivos supraglóticos

DEFINIÇÃO:

- ▶ Qdo inseridos ficam acima da glote
- ▶ Alternativos à EOT
- ▶ Não necessitam de laringoscopia para sua inserção
- ▶ Permitem a continuidade da VA entre o exterior e a traqueia



Bibliografia

- ▶ Hassal S; Williams CB – Assessment of airway and breathing in adults – British Journal of Neuroscience Nursing, Agosto/setembro 2010; 6(6); 288-291
- ▶ Higginson R; Jones B; Davies K – Emergency and intensive care: assessing and managing the airway – British Journal of Nursing, 2011; 20(16); 970-977
- ▶ Kette F et al – The use of laryngeal tube by nurses in out-of-hospital emergencies: preliminary experience – Resuscitation, 2005; 66; 21-25
- ▶ Luciano KE; Talbot LA – Simulation Training for advanced airway management for anesthesia and other healthcare providers: a systematic review - American Association of Nurse Anesthetists Journal, Fevereiro 2012; 80(1); 25-31
- ▶ Scott B – Airway management in post anaesthetic care –Journal of Perioperative Practice, Abril 2012; 22(4); 135-138

APÊNDICE 6

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NA UCPA

Actuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA), em contexto de UCPA

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

(A sua opinião também é importante, por isso agradeço-lhe que responda com a maior
sinceridade possível)

Como classifica a sessão em relação a (assinale com um X):

1 – Clareza dos Objectivos:

Muito Bom	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Suficiente	<input type="checkbox"/>
Fraco	<input type="checkbox"/>

2 – Pertinência do tema:

Muito Bom	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Suficiente	<input type="checkbox"/>
Fraco	<input type="checkbox"/>

3 – Interesse prático:

Muito Bom	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Suficiente	<input type="checkbox"/>
Fraco	<input type="checkbox"/>

4 – Método de apresentação da sessão:

Muito Bom	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Suficiente	<input type="checkbox"/>
Fraco	<input type="checkbox"/>

5 – Apreciação global da sessão:

Muito Bom	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>
Suficiente	<input type="checkbox"/>
Fraco	<input type="checkbox"/>

**MUITO OBRIGADO PELA
SUA PARTICIPAÇÃO!!!**

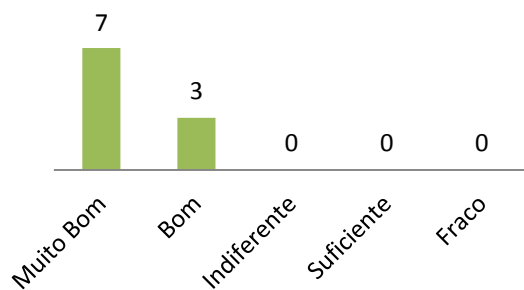
Lisboa, 31 de Outubro de 2012

APÊNDICE 7

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NA UCPA

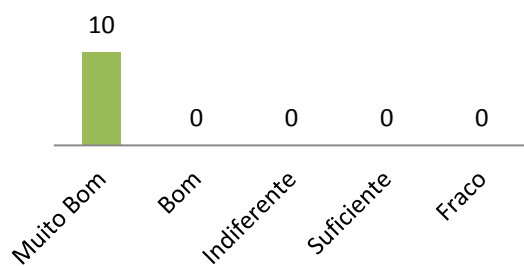
5 Respostas - Resumo

1- Clareza dos objetivos:



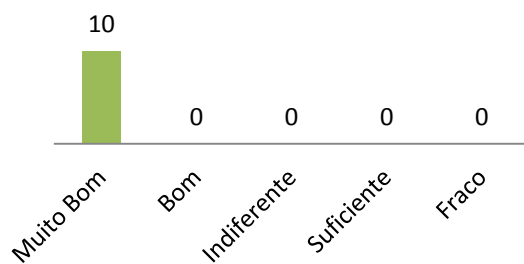
Muito Bom	7	70%
Bom	3	30%
Indiferente	0	0%
Suficiente	0	0%
Fraco	0	0%
Total	10	100%

2- Pertinência do tema:



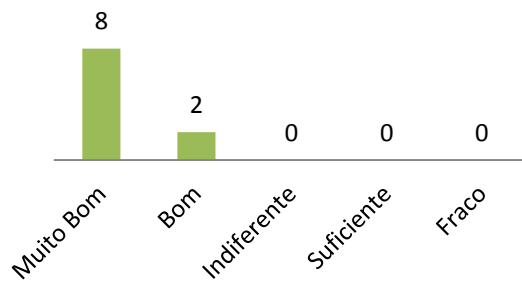
Muito Bom	10	100%
Bom	0	0%
Indiferente	0	0%
Suficiente	0	0%
Fraco	0	0%
Total	10	100%

3- Interesse prático:



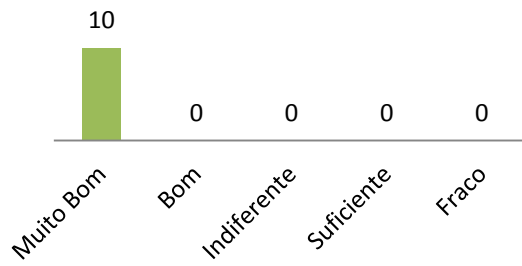
Muito Bom	10	100%
Bom	0	0%
Indiferente	0	0%
Suficiente	0	0%
Fraco	0	0%
Total	10	100%

4- Método de apresentação da sessão:



Muito Bom	8	80%
Bom	2	20%
Indiferente	0	0%
Suficiente	0	0%
Fraco	0	0%
Total	10	100%

5- Apreciação global da sessão:



Muito Bom	10	100%
Bom	0	0%
Indiferente	0	0%
Suficiente	0	0%
Fraco	0	0%
Total	10	100%

APÊNDICE 8

REFLEXÃO NO SUG - “UMA MORTE ANUNCIADA...”

A presente reflexão diz respeito a um episódio vivenciado durante o estágio no serviço de urgência (SU) do Hospital Beatriz Ângelo. No sentido de me facilitar, a reflexão foi orientada pelo *Ciclo Reflexivo de Gibbs*, com as seguintes etapas:

1. Descrição – o que aconteceu?

Durante a passagem no corredor, junto à sala de reanimação (SR), com o enfermeiro orientador, surge de repente uma maca, vinda da rua empurrada, muito apressadamente, por dois bombeiros. Sem nada dizerem apercebemo-nos, de imediato, que a pessoa estava em paragem respiratória.

Entrámos de imediato na SR e iniciámos as manobras de suporte avançado de vida. O enfermeiro orientador na circulação (compressões cardíacas) e eu na permeabilização da via aérea. Outros enfermeiros interviram com diversas ajudas. O doente foi entubado orotraquealmente e conectado a prótese ventilatória; inicialmente, em assistolia, recuperou ritmo com compressões cardíacas e adrenalina administrada por via endovenosa. Realizou ECG de 12 derivações que não identifica ritmo e revela um coração com muitas cicatrizes de enfartes anteriores. Entretanto, consegue-se apurar história clínica, junto das filhas que estão no exterior da SR, e verificou-se o que os achados clínicos revelavam – um coração que já tinha sofrido dois EAM e um cateterismo cardíaco. Concomitantemente, era um doente com DPOC e em situação de dependência total, a residir em casa de uma filhas.

Apesar de todas as manobras o coração do doente não consegue retomar ritmo, mantém um ritmo peri-paragem e a VA está assegurada pelo ventilador. De uma maneira geral, o doente mantinha o mesmo aspeto cianosado, suado, frio e com livores dispersos por todo o corpo. Decide-se, então que não há nada a fazer...

Enquanto ainda havia sinais de vida, decide-se chamar a família para junto do doente, para uma suposta despedida em vida! É então, que a médica comunica o óbito... A família sai e é informada dos trâmites legais a seguir com o processo de morte do seu familiar.

Desliga-se o ventilador, mantém-se TOT com oxigénio a 21%... E eis, então, que o doente começa a recuperar ventilação espontânea, a pele recupera cor, ficando mais corada, as saturações periféricas sobem e o ritmo cardíaco reorganiza-se, ainda que muito arritmico! E o doente manteve-se com vida, pelo menos com presença de sinais vitais, até às 5 horas da madrugada desse dia (deu entrada às 14 horas), hora a que veio, verdadeiramente, a falecer!

Quanto à família... assim que o doente demonstrou sinais de recuperação, foi de imediato avisada. As filhas já estavam no domicílio e a agência funerária contactada! Voltaram ao SU e, em sala própria, foi-lhes explicada a situação pelo director de serviço e o enfermeiro chefe. A família compreendeu a situação, com muita aceitação.

2. Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?

No momento em que desliguei o ventilador e olhei para o doente, estremei... Comentei com a médica a mudança de cor do doente, assim como os seus suspiros... Na sua prepotência, a médica desvalorizou e continuou a passar a certidão de óbito. Passei o sucedido aos colegas que estavam escalados na SR e retomei o meu posto de trabalho, noutra valência, onde estava anteriormente. Naquele momento, pensei que estaria a lidar mal com o insucesso da

reanimação e que desejava ver o doente a recuperar. Mas... fiquei com o sentido naqueles sinais demonstrados pelo doente antes da minha saída.

3. Avaliação - O que foi bom e mau na experiência?

Considero ter sido bom, ter conseguido, tecnicamente, responder prontamente na ação naquela reanimação. A chamada da família para junto do doente foi sugestão minha. A minha vivência de 10 anos em cuidados intensivos ensinou-me a chamar para junto do doente os seus familiares, no sentido de passarem os últimos momentos juntos e, até mesmo, morrerem junto da família, quando o seu estado final se avizinhava. Também o enfrentamento com a realidade e o conhecimento do estado real do doente, por parte da família, é algo que considero valioso, e foi, também, neste contexto que se chamaram os familiares. Ao ter os familiares junto do doente, em que mais nada, do ponto de vista clínico se poderia fazer, levou ao anúncio de uma morte antecipada. E esta foi a parte má da experiência!

4. Análise – Que sentido(s) tem o que se passou?

A morte é uma realidade cada vez mais presente nos hospitais, como tal, é de extrema relevância para a Enfermagem, atribuir valor à vivência do luto pela família. É, por isso, necessário que os enfermeiros desenvolvam competências para intervir activamente junto das famílias nesta fase de transição, de modo a contribuir para um final de vida mais digno e de qualidade para a pessoa que morre e para a sua família.

A Enfermagem é, então, uma profissão comprometida com a saúde do ser humano no seu todo, assim, tem o papel fundamental de iniciar ou, manter um conjunto de ações e comportamentos no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer.

A problemática assume maior importância no contexto de um serviço de urgência na medida em que a morte é um acontecimento diário neste serviço, resultante do culminar de doença prolongada ou de doença de evolução rápida ou acidente. Para os familiares o carácter súbito e inesperado da morte aqui é causador de ansiedade e angústia na família, o ambiente onde se encontra é hostil e desconhecido para quase todos, provocando sempre, ainda que de diferentes formas, reacções, inibições, medos e outros sentimentos, que são emergentes identificar pelos enfermeiros. Daí a importância do acompanhamento e assistência das pessoas que se deparam com este processo problemático e doloroso.

Os familiares têm o direito de ser informados relativamente à evolução do estado de saúde seu familiar, tal como se encontra descrito no Código Deontológico da Profissão de Enfermagem, artigo 84º, alínea a: "Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem". A tendência habitual dos enfermeiros, em situações críticas, é darem respostas generalizadas em vez de respostas individualizadas. O stress é elevado, as exigências físicas e emocionais também. Para além de enfrentarem os problemas dos doentes e famílias, os enfermeiros têm, também, de enfrentar as suas próprias emoções.

5. Conclusão – O que poderia ter feito melhor?

Considero a atuação dos diversos profissionais de saúde numa reanimação, um verdadeiro trabalho em equipa. Mas, depois de atingido o objetivo, cada profissional volta às suas funções.

Como referi anteriormente fiquei com a sensação que “ainda havia doente”, quando desliguei o ventilador... Ainda hoje penso nisso!... Penso que poderia ter sugerido à médica, esperar para comunicar o óbito à família cerca de 30 minutos após o desaparecimento de qualquer sinal objectivo de vida, como era hábito na minha experiência em UCI...

6. Planear a acção – Da próxima vez, faço assim...

Apesar da situação vivenciada não ter que ver directamente comigo, pois não foi a enfermagem que comunicou o óbito à família sem ele estar verificado; era, também, a mim, enquanto enfermeira interveniente no processo de reanimação, que competia o dever de uniformização da informação no seio da equipa aos familiares do doente.

Considero que os enfermeiros do SU em primeiro lugar e, depois, em articulação com os restantes membros da equipa de saúde, se deverão debruçar e trabalhar sobre esta temática, de forma a assegurar o direito à informação correcta dos familiares e ao dever de permanência do familiar junto do seu doente na hora da sua morte.

A alteração deve envolver chefias e responsáveis de equipa do serviço de urgência. Deverão ser emanadas normas e protocolos, de forma a ficar bem estabelecido em que fase do processo de reanimação, ou em que situações, se devem transmitir informações aos familiares dos doentes, levando para junto de si os seus familiares.

Facto é, que os familiares continuam a querer acompanhar o seu familiar em todas as etapas do seu processo de doença, enquanto muitos morrem junto dos enfermeiros...

APÊNDICE 9

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE A PERMEABILIZAÇÃO E
MANUTENÇÃO DA VA, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE A PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VIA AÉREA, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Adriana Sequeira e Ana Bandeirinha, enfermeiras a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, vêm por este meio solicitar a colaboração do colega para preenchimento do seguinte questionário.

Este tem como objetivo a avaliação de conhecimentos sobre a permeabilização e manutenção da via aérea, em contexto de urgência, de forma a identificar as necessidades formativas, da equipa de enfermagem, nesta área temática específica.

A informação recolhida destina-se *exclusivamente* a ser trabalhada no contexto do estudo supracitado. Neste sentido, os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais. O preenchimento demorará cerca de 2 minutos, após o qual será colocado em envelope fechado e não identificado.

Os resultados serão divulgados, após a sua análise, na sessão de formação a realizar no Serviço de Urgência.

Antecipadamente gratas,

Adriana Sequeira e Ana Bandeirinha

Loures, dezembro de 2012

QUESTIONÁRIO

Parte I

1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino: _____; Masculino: _____
3. Experiência profissional: _____ anos

Parte II

[assinale a resposta que considera correta]

- 1. As técnicas básicas de permeabilização da via aérea são:**
 - a) Extensão cervical e elevação do mento;
 - b) Administração de oxigênio;
 - c) Ambas as anteriores.

- 2. Relativamente aos tubos nasofaríngeos, enquanto adjuvantes na permeabilização da via aérea:**
 - a) Estão indicados em doentes conscientes;
 - b) Na seleção do tamanho correto, a sua medição é feita desde a comissura labial ao ângulo da mandíbula;
 - c) Ambas as anteriores.

- 3. Quanto à ventilação realizada com máscara e insuflador manual:**
 - a) Os fatores preditivos de insucesso são: obesidade, bigode/barba, ausência de dentes e síndrome apneia obstrutiva do sono;
 - b) A ineficácia da ventilação verifica-se: na presença de CO₂ exalado, ausência de expansibilidade torácica, distensão gástrica;
 - c) A ventilação com técnica “a uma mão” é a mais eficaz.

Parte III

[assinale a resposta que considera correta]

1. Detém conhecimentos sobre Via Aérea Difícil?

Sim _____; Não _____; Não sei _____

2. Na existência de dificuldade para EOT, deve considerar-se a utilização de dispositivos supraglóticos:

- a) Ao final da 1ª tentativa sem sucesso de EOT;
- b) Ao final de 5 minutos sem sucesso de EOT;
- c) Após 3 tentativas ou o procedimento exceder 10 min.

3. Relativamente à dificuldade na EOT, esta pode estar associada a:

- a) Obesidade, problemas cardíacos, problemas renais, falência multiorgânica;
- b) Infecções, malformações congénitas, alterações metabólicas;
- c) Hemangioma bucal, hematoma, abscesso submandibular, epigloteite, corpos estranhos.

4. Conhece a classificação de *Mallampati* e quais os seus critérios de classificação?

Sim: _____ Não: _____

5. Conhece a classificação de *Cormack – Lehane* e quais os seus critérios de classificação?

Sim: _____ Não: _____

6. Enumere 2 dispositivos supraglóticos.

7. Relativamente à função dos dispositivos supraglóticos:

- a) Permitem ventilar sem laringoscopia;
- b) Não podem ser adaptados ao ressuscitador manual ou ventilador;
- c) São inseridos abaixo da glote.

Gratas pela atenção dispensada, Adriana Sequeira e Ana Bandeirinha!

APÊNDICE 10

SLIDES DA FORMAÇÃO – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PERMEABILIZAÇÃO E
MANUTENÇÃO DA VA, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA



FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Atuação do enfermeiro na permeabilização e manutenção da via aérea (VA) e via aérea difícil (VAD)

Alunas da Especialidade:
Adriana Sequeira
Ana Bandeirinha

Orientador:
Enf.º Especialista Fernando Sousa
Tutoria:
Prof.ª Doutora Patrícia Pontilice

Loares, 16 de Janeiro de 2013

Objectivo Geral :

Que os formandos no final da sessão sejam capazes de demonstrar uma abordagem eficaz na permeabilidade e manutenção da via aérea (VA) e Via Aérea Dificil (VAD), através do despiste de complicações e numa utilização correcta de dispositivos médicos adjuvantes à ventilação



▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Objectivos Específicos :

- ▶ Definir conceitos sobre permeabilização e manutenção da VA;
- ▶ Identificar principais objectivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e factores preditivos de insucesso na permeabilização e manutenção da VA;
- ▶ Reconhecer os diferentes dispositivos médicos para a permeabilização e manutenção da VA;
- ▶ Saber manipular e aplicar os diversos dispositivos médicos de VA em manequins;

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Contextualização

- Alteração do estado de consciência
- Desequilíbrios hidro-electrolíticos e ácido-base
- Instabilidade hemodinâmica (choque...)
- DPOC agudizadas
- Crises asmáticas
- Paragem cardiorespiratória
- Obstrução VA (corpo estranho, vômito, secreções...)

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

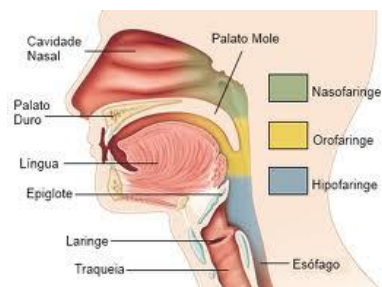
Competências do enfermeiro

REPE
art 9º, nº 4, alínea e)

Devem "(...) em **situação de emergência**, agir de acordo com a **qualificação** e os **conhecimentos** que detêm, tendo como finalidade a **manutenção ou recuperação das funções vitais**"

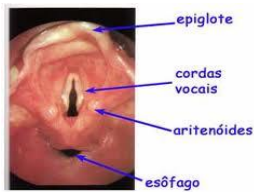
▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Anatomia VA



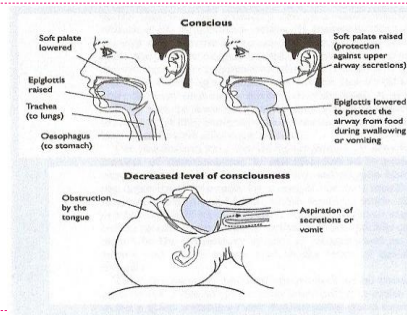
▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Anatomia VA



► Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Permeabilização VA



► Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Permeabilização VA

Técnicas básicas

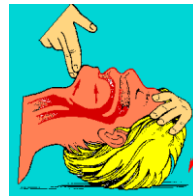
Técnicas básicas adjuvantes

Técnicas avançadas

► Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Técnicas básicas

Extensão cervical com elevação do mento



Lesões cervicais

► Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Técnicas básicas

Sub-luxação da mandíbula



Lesões cervicais

► Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Técnicas básicas adjuvantes

Evitam a obstrução da via aérea por relaxamento dos músculos da língua:

► Tubos orofaríngeos



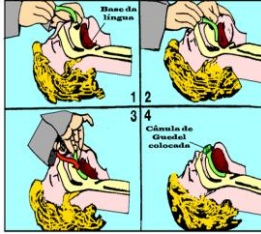
► Tubos nasofaríngeos



► Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Técnicas básicas adjuvantes

Tubos orofaríngeos



- **Indicação:** dts inconscientes e/ou com ausência do reflexo de proteção da VA
- **Medição**
- **Inserção**
- **Complicações:** lesão tecidos moles, necrose da base da língua
- **Contra-indicações:** dte acordado, lesões faciais, coagulopatia

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Técnicas básicas adjuvantes

Tubos nasofaríngeos



- **Indicação:** Doentes conscientes
- **Medição:** desde a asa do nariz até ao ângulo da mandíbula
- **Inserção:** perpendicular à face

Lubrificar

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Ventilação com insuflador manual

Indicado quando a atividade respiratória está temporariamente ausente



A via aérea não está protegida!



▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Ventilação com insuflador manual

Indicações:

- Anestesia para procedimentos curta duração
- Pré-oxigenação para EOT
- Assistência ventilatória inicial em RCP

Complicações:

- Regurgitação em doentes sem jejum – insuflação de volume > 500ml
- Lesões dos tecidos moles da face
- Lesões do olho (córnea/retina)



▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Ventilar corretamente

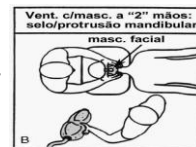
- ❖ Doente em posição olfactiva
- ❖ Técnicas básicas adjuvantes;
- ❖ Adaptação à face do doente
- ❖ Insuflação adequada:
 - ❖ lenta
 - ❖ +/- 10 ciclos/min
 - ❖ vol min eficaz → < risco de regurgitação e aspiração
- ❖ Usar técnica com 2 mãos (+ eficaz)



▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Ventilar corretamente

- ▶ **Técnica de 1 mão:**
 - ▶ 1° e 2° dedo na máscara
 - ▶ 3° e 4° dedo no sulco mandibular
 - ▶ 5° dedo atrás do ângulo da mandíbula
- ▶ **Técnica de 2 mãos:**
 - ▶ Segura a máscara com as 2 mãos
 - ▶ Posição dos dedos igual à anterior
 - ▶ Segunda pessoa insufla ambu



▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Insucesso na ventilação

Ineficácia ventilação:	Factores preditivos insucesso:
<ul style="list-style-type: none"> • Persistência de cianose • Ausência de CO₂ exalado • Ausência de expansibilidade torácica • Distensão gástrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidade • Bigode / barba • Ausência de dentes • SAOS (síndrome apneia obstrutiva do sono)

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Técnicas avançadas



ERC 2005 e 2010
Utilização de Supraglóticos em alternativa à EOT e máscara com insuflador manual (com 1 só reanimador)

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Revisão Sistemática da Literatura

HEART & LUNG

Care of Patients with Acute Pulmonary Disorders
Inexperienced nurses and doctors are equally efficient in managing the airway in a manikin model

45 enfermeiros e 51 médicos inexperientes na VA são, igualmente, eficientes na utilização das 3 das técnicas: EOT, ML e videolaringoscopia

XANTHOS T, et al (2012) - Inexperience nurses and doctors are equally efficient in managing the airway in a manikin model. *Heart & Lung*. Vol. 41, nº 2, p. 161-166.

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Revisão Sistemática da Literatura

BMC Emergency Medicine

Research article **Open Access**
Influence of airway management strategy on "no-flow-time" during an "Advanced life support course" for intensive care nurses - A single rescuer resuscitation manikin study

50 enfermeiros UCI: a permeabilização da VA foi mais eficaz com TL do que com máscara com insuflador manual, em RCP

WIESE Christoph et al (2008) - Influence of airway management strategy on "no-flow-time" during an "Advanced life support course" for intensive care nurses - A single rescuer resuscitation manikin study. *BMC Emergency Medicine*. Vol. 8, nº 4.

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

Revisão Sistemática da Literatura

Resuscitation 82 (2011) 1060-1063

Contents lists available at ScienceDirect
Resuscitation
 journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation

Simulation and education
Hands-off time during insertion of six airway devices during cardiopulmonary resuscitation: A randomised manikin trial[®]

ERC 2010 - VA = 10s
 • EOT= 48s
 • TL= 8,4s
 • Combitubes= 10s
 • ML= 13,3s
 • L-Gel= 15,9s

RUETZLER Kurt et al (2011) - Hands off time during insertion of six airway devices during cardiopulmonary resuscitation: A randomized manikin trial. *Resuscitation*. Vol. 82, p. 1060-1063.

▶ Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da VA e VAD

APÊNDICE 11

SLIDES DA FORMAÇÃO NO SUG – CARRO DE VIA AÉREA DIFÍCIL (VAD)

CARRO DE VAD
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

HOSPITAL BEATRIZ ANGELO

International Emergency Nursing (2009) 17, 108-112
available at www.elsevierdirect.com
ScienceDirect
journal homepage: www.elsevierhealth.com/journal/ien

A 12 month retrospective study of airway management practices

253 doentes foram EOT na S. Reanimação
Eficácia na atuação dos enfermeiros na VAD após formação, conhecimento do material e disposição carro de VAD e algoritmos VAD

FXB, Margriet, RUPERT, Katz (2009) – A 12 month retrospective study of airway management practices, *International Emergency Nursing*, Vol.17, p. 108-112.

CARRO DE VAD
Apresentação geral

Plataforma rotativa
Zona lateral esquerda
Campo de trabalho
Gavetas

CARRO DE VAD
Campo de trabalho

Lado esquerdo:

- TOT sem cuff - 2,5 a 5,5
- TOT com cuff - 5,5 a 8,5
- Estilete de intubação

Centro:

- Spray silicone
- Spray e gel lidocaína
- Neo-sinefrina® (2,5 e 5mg)
- 2 amp. SF 0,9%
- Gel lubrificante

Centro e frente:

- Estilete Frova®
- Algoritmo VAD

CARRO DE VAD
Campo de trabalho

Lado direito:

- Videolaringoscópio acoplado na lâmina D-Blade

CARRO DE VAD Lateral esquerda

SISTEMA DE VENTILAÇÃO POR JET MANUAL

Constituído por:

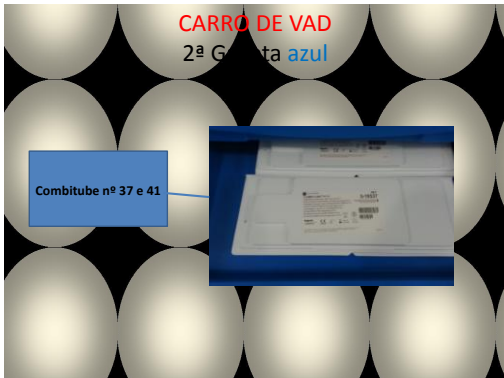
- Grifo que liga diretamente à rampa de O2 (100%)
- Punho com manómetro e regulador de pressão (adulto e criança)
- Compressão do punho manual regula FR
- Adaptador macho/macho do JET para o dispositivo de permeabilidade de VA (crico/Frova/broncoscópio...)

Ventilação por JET:

- Volumes correntes mais baixos (fisiológicos)
- Velocidade gás aumentada (> distribuição)
- Espaço morto, logo ↑CO2
- Para evitar barotrauma usar tubos ora/nasofaríngeos

CARRO DE VAD
1ª Gaveta azul

- **Tubos orofaríngeos** (nº 000, 00, 0, 1, 2, 3 e 4)
- **Tubos nasofaríngeos** (nº 16, 20, 24, 26, 28, 32)
- Estiletes direcionais "parker flex-it"
- **Tubos laríngeos** (Nº 0, 1, 2, 3, 4 e 5)
- **Lâmina de McCoy**



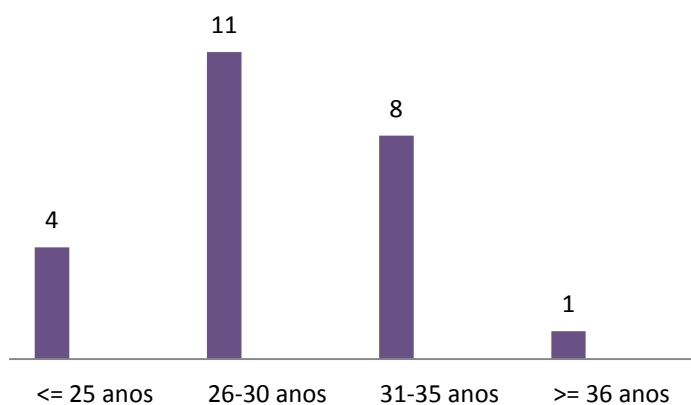
APÊNDICE 12

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE
A PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VA, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

13 Respostas – Resumo

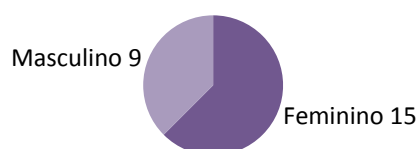
PARTE I

1. IDADE



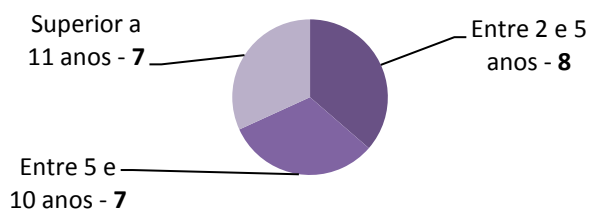
<= 25 anos	4	17%
26-30 anos	11	46%
31-35 anos	8	33%
>= 26 anos	1	4%
Total	24	100%

2. GÊNERO



Feminino	15	63%
Masculino	9	37%
Total	24	100%

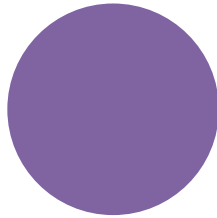
3. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL



Entre 2 e 5 anos	10	42%
Entre 6 e 10 anos	7	29%
Superior a 11 anos	7	29%
Total	24	100%

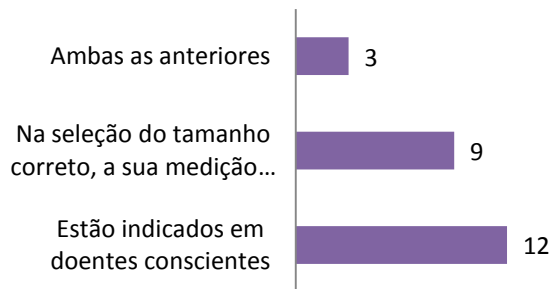
PARTE II

1. TÉCNICAS BÁSICAS PERMEABILIZAÇÃO DA VA:



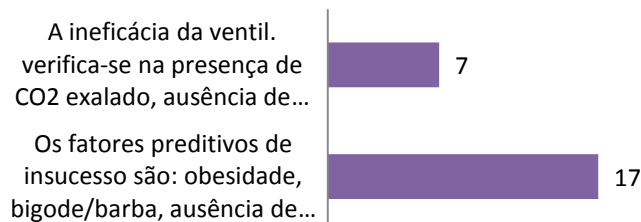
Extensão cervical e elevação do mento - 24 (100%)

2. RELATIVAMENTE AOS TUBOS NASOFARÍNGEOS:



Estão indicados em doentes conscientes	12	50%
Na seleção do tamanho correto, a sua medição é feita desde a comissura labial ao ângulo da mandíbula	9	37%
Ambas as anteriores	3	13%
Total	24	100%

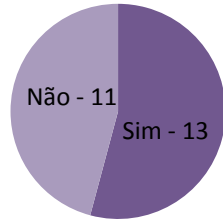
3. QUANTO À VENTILAÇÃO COM MÁSCARA E INSUFLADOR MANUAL:



Os fatores preditivos de insucesso são: obesidade, bigode/barba, ausência de dentes e síndrome apneia obstrutiva do sono	17	71%
A ineficácia da ventil. verifica-se na presença de CO2 exalado, ausência de expansibilidade torácica, disten. gástrica	7	29%
Total	24	100%

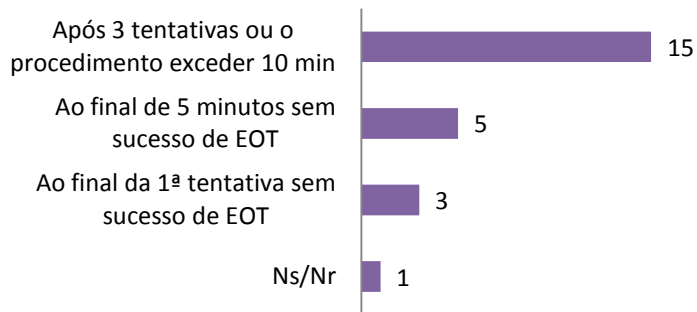
PARTE III

1. CONHECIMENTOS SOBRE VAD:



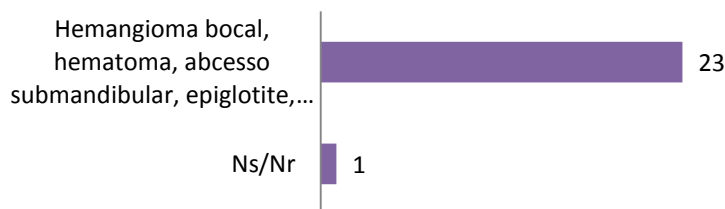
Sim	13	54%
Não	11	46%
Total	24	100%

2. NA DIFICULDADE PARA EOT CONSIDERAR UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS:



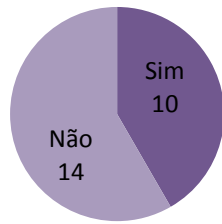
Ns/Nr	1	4%
Ao final da 1ª tentativa sem sucesso de EOT	3	12%
Ao final de 5 minutos sem sucesso de EOT	5	21%
Após 3 tentativas ou o procedimento exceder 10 min	15	63%
Total	24	100%

3. A DIFICULDADE DE EOT PODE ESTAR ASSOCIADA A:

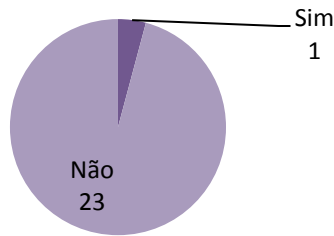


Ns/Nr	1	4%
Hemangioma bucal, hematoma, abscesso submandibular, epiglote, corpos estranhos	23	96%
Total	24	100%

4. CONHECE A CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI?

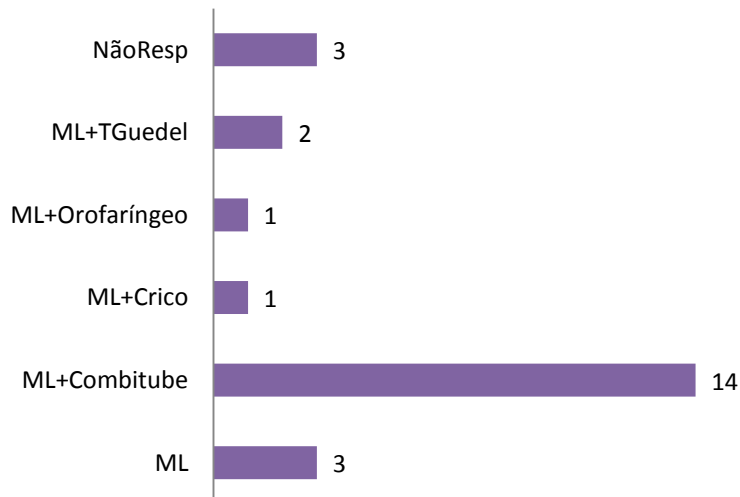


5. CONHECE A CLASSIFICAÇÃO DE CORMACK-LEHANE?



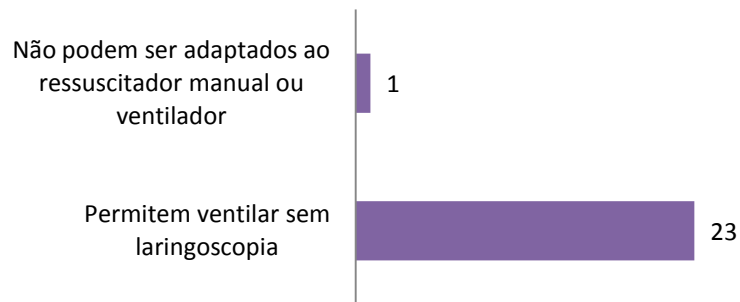
Sim	1	4%
Não	23	96%
Total	24	100%

6. ENUMERE 2 DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS:



ML	3	12%
ML+Combitube	14	58%
ML+Crico	1	4%
ML+Orofaríngeo	1	4%
ML+TGuedel	2	10%
NãoResp	3	12%
Total	24	100,0

7. FUNÇÃO DOS DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS:



Permite ventilar sem laringoscopia	23	95,8
Não podem ser adaptados ao ressuscitador manual ou ventilador	1	4,2
Total	24	100,0

APÊNDICE 13
PLANO DE FORMAÇÃO NO SUG

PLANO DE FORMAÇÃO

*ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA
PERMEABILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA VIA
AÉREA (VA) E VIA AÉREA DIFÍCIL (VAD)*

Tempo previsto: 1 hora

Local: Sala de formação do Serviço de Urgência

Formadores: Ana Bandeirinha e Adriana Sequeira - alunas do Curso de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientador: Enfermeiro Especialista Fernando Sousa

Tutor: Profª Doutora Patrícia Pontífice

Loures, janeiro de 2013

Objectivos:

- **Geral** – Que os formandos no final da sessão sejam capazes de demonstrar uma abordagem eficaz na permeabilização e manutenção da via aérea (VA) e via aérea difícil (VAD), através do despiste de complicações e uma utilização correcta de dispositivos médicos adequados para ventilação.
- **Específicos:**
 - Definir conceitos sobre permeabilização e manutenção da VA e VAD;
 - Identificar principais objectivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e factores preditivos de insucesso na permeabilização e manutenção da VA e VAD;
 - Reconhecer os diferentes dispositivos médicos para a permeabilização e manutenção da VA e VAD;
 - Saber manipular e aplicar os diversos dispositivos médicos de VA e VAD, em manequins;
- **População alvo:** Enfermeiros do serviço de urgência do Hospital Beatriz Ângelo
- **Métodologia:** Anexo I
- **Recursos:**
 - **Humanos** - Alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ana Bandeirinha e Adriana Sequeira)
 - **Materiais** - computador portátil; dispositivos médicos de VA; cabeças manequins, carro de via aérea difícil.
- **Avaliação:**
 - A eficácia da formação será avaliada através do instrumento de avaliação de formações em serviço instituído no Hospital Beatriz Ângelo.
- **Bibliografia:**
 - Hassal S; Williams CB – Assessment of airway and breathing in adults – British Journal of Neuroscience Nursing, Agosto/setembro 2010; 6(6); 288-291
 - Higginson R; Jones B; Davies K – Emergency and intensive care: assessing and managing the airway – British Journal of Nursing, 2011; 20(16); 970-977
 - Kette F et al – The use of laryngeal tube by nurses in out-of-hospital emergencies: preliminary experience – Resuscitation, 2005; 66; 21-25
 - Lucisano KE; Talbot LA – Simulation Training for advanced airway management for anesthesia and other healthcare providers: a systematic review - American Association of Nurse Anesthetists Journal, Fevereiro 2012; 80(1); 25-31

ANEXO I

Quadro da sessão da formação

ETAPAS	CONTEÚDO	MÉTODO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Acolhimento aos formandos – Boas Vindas; conteúdo e objectivos; metodologia da sessão. Contextualização da permeabilização e manutenção da VA, em SU, através da apresentação dos resultados do questionário.	Expositivo oral	10 minutos
DESENVOLVIMENTO	Apresentação e demonstração dos dispositivos médicos VA	Expositivo oral e demonstrativo	10 minutos
	Utilização dos dispositivos médicos VA nos manequins, pelo formador	Demonstrativo e activo	15 minutos
	Utilização dos dispositivos médicos VA nos manequins, pelos formandos	Activo	15 minutos
CONCLUSÃO	Espaço para discussão de casos práticos da experiência profissional de cada um relacionado com a VA; esclarecimento de dúvidas; avaliação da sessão	Expositivo oral e activo	10 minutos

APÊNDICE 14
FOLHA DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialidade Enfermagem Médico - Cirúrgica



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Atuação do Enfermeiro na Permeabilização e Manutenção da Via Aérea (VA) e Via Aérea Difícil (VAD)

Dias 14 e 16 de Janeiro pelas 14 horas

Local: sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral

Alunas da Especialidade:

Adriana Sequeira

Ana Bandeirinha.

Orientador:

Enf.º Fernando Sousa

Tutoria:

Profª Patrícia Pontífice

APÊNDICE 15

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NO SUG

Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da acção de formação)

DESIGNAÇÃO DO CURSO: _____ DATA: _____

NOME DO FORMANDO (facultativo) _____

LOCAL FORMAÇÃO: _____

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à acção de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinale no respectivo na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário					
No seu desenvolvimento pessoal					
Na excelência da sua equipa					

2 – Como avalia a acção de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de aprendizagem					
2.4 Competência do formador					
2.5 Apreciação Global					

Pontos fortes desta acção de formação

Pontos fracos desta acção de formação

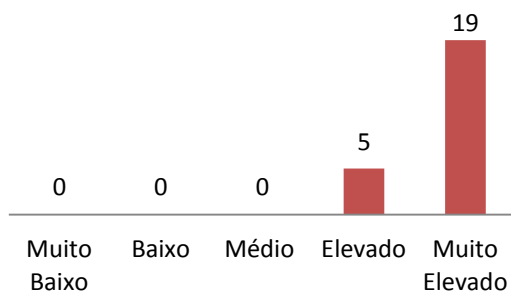
Acções de formação em que gostaria de participar

APÊNDICE 16
RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMÇÃO DO SUG

10 Respostas - Resumo

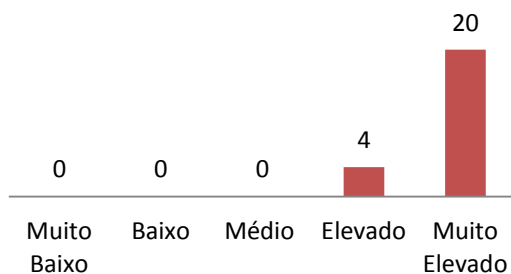
1- Qual a importância que atribui a esta ação como contributo...

No seu trabalho diário:



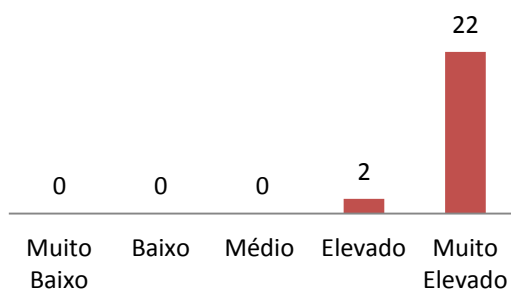
Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	0	0%
Elevado	5	21%
Muito Elevado	19	79%
Total	24	100%

No seu desenvolvimento pessoal:



Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	0	0%
Elevado	4	17%
Muito Elevado	20	83%
Total	24	100%

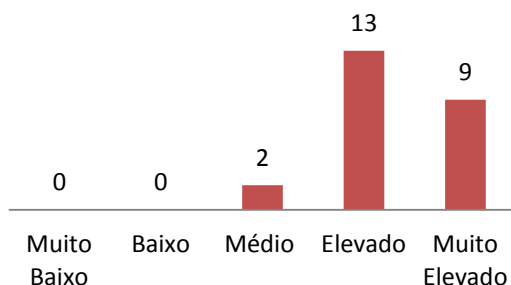
Na excelência da sua equipa:



Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	0	0%
Elevado	2	8%
Muito Elevado	22	92%
Total	24	100%

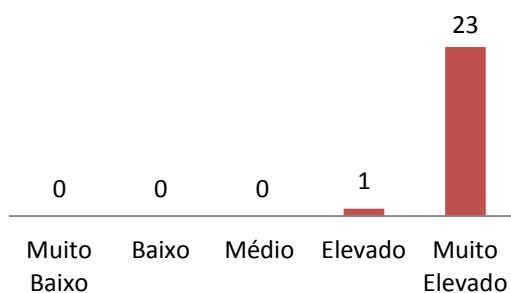
2- Como avalia a ação de formação em relação a:

Duração:



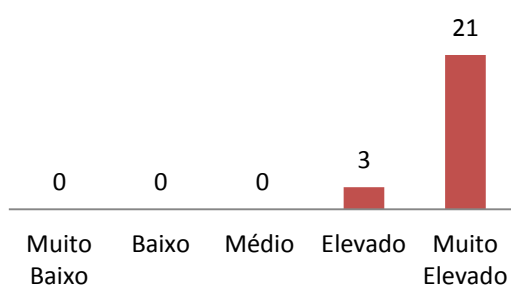
Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	2	8%
Elevado	13	54%
Muito Elevado	9	38%
Total	24	100%

Importância do tema:



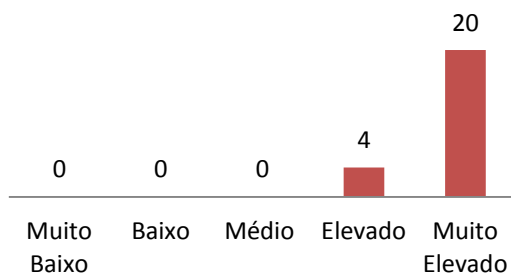
Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	0	0%
Elevado	1	4%
Muito Elevado	23	96%
Total	24	100%

Método de aprendizagem:



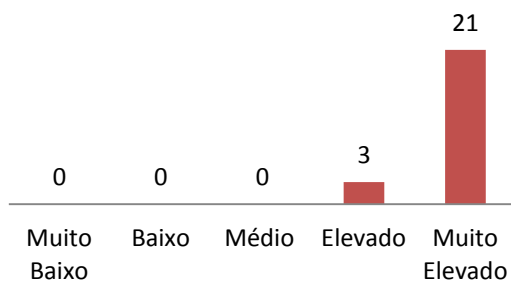
Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	0	0%
Elevado	3	12%
Muito Elevado	21	88%
Total	24	100%

Competência do formador:



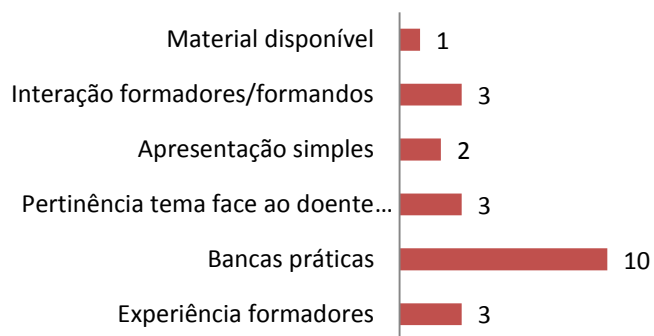
Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	0	0%
Elevado	4	17%
Muito Elevado	20	83%
Total	24	100%

Apreciação global:



Muito Baixo	0	0%
Baixo	0	0%
Médio	0	0%
Elevado	3	12%
Muito Elevado	21	88%
Total	24	100%

3- Pontos fortes da ação de formação:



Material disponível	1	4%
Interação formadores/formandos	3	12%
Apresentação simples	2	9%
Pertinência do tema face ao doente crítico	3	12%
Bancas práticas	10	42%
Experiência dos formadores	3	12%
Não respondeu	2	9%
Total	24	100%