



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por

Susana Gabriela Barbosa Martins

(PORTO, Abril de 2012)



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

Relatório de Estágio

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

por Susana Gabriela Barbosa Martins

Sob orientação da Mestre Amélia Rego

Porto, Abril de 2012

Resumo

Inserido no plano de estudos no Curso de Pós – Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico – cirúrgica este relatório tem como principal função demonstrar a forma como todo o percurso académico contribuiu para a aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, reportando – se a dois módulos de estágios decorridos, no Pré-hospitalar e no Serviço de Urgência do Hospital de Braga.

Serão descritas as atividades/ estratégias desenvolvidas para a aquisição/ desenvolvimento de competências, facultando uma visão sistematizada das experiências vivenciadas, sempre numa ótica de inclusão do desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – cirúrgica, na assistência avançada, ao doente adulto e idoso com doença grave.

Assim sendo e com o objetivo de ser um instrumento descritivo e exaustivo de toda a dimensão dos cuidados de enfermagem efetuaremos uma análise interpretativa da prática dos cuidados de enfermagem.

Dividido pelas competências Comuns dos enfermeiro Especialistas e pelas competências Específicas da Especialidade sobreponível com a enfermagem Médico Cirúrgica, que é a Enfermagem em Pessoa Crítica, definidas pelo Regulamento nº 120/2011, de 8 Fevereiro e Regulamento 124/2011, de 8 de Fevereiro, inicia-se pelo domínio das Competências comuns do Enfermeiro Especialista, abordando o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, seguidamente o domínio da Melhoria dos Cuidados, seguido do domínio da Gestão dos Cuidados e terminando no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais. Depois abordarei o domínio das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Embora não tendo participado em nenhum estudo de investigação, evidenciaremos como baseamos a nossa prática na evidência.

Este relatório, mais do que a descrição do nosso percurso durante o estágio, pretende ser um momento de reflexão e de avaliação, demonstrando como crescemos pessoal e profissionalmente em direção à aquisição de competências a nível da especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Abstract

Inserted in the program of study of the Post-graduate with Specialization in Medical Surgical Nursing this report has its main function to demonstrate how the entire itinerary of study contributed to the acquisition of skills as Specialist Nurse in Medical Surgical Nursing, reporting to two modules of stages, in the Pre-hospital and in the Service of Urgency of Hospital de Braga.

We will describe the activities/ strategies of acquisition and development of skills, providing systematic examination of life experiences, always allowing global inclusion of the developing skills inherent to the Nurse Specialist in Medical Surgical Nursing, on the advanced care to adult patient and elderly patients with severe disease.

Therefore, aiming to become a descriptive and comprehensive instrument of all the dimension of nursing care, we will make an interpretative analysis of the practise of nursing.

Divided by Common competencies of nurse specialists and expertise of Specialty Specific overlapping with the Medical Surgical Nursing, which is Nursing in Critical Person, as defined by Regulamento nº 120/2011, de 8 Fevereiro e Regulamento 124/2011, de 8 de Fevereiro, it will begin by the domain of Nurse Specialist Common Competencies, approaching the domain of Professional Responsibility, Ethics and Legal, then the domain of Improvement of Quality, followed by the domain of Care Management and ending in the domain of Learning Professional Development. Then approach the domain of Specific Competencies of the Nurse Specialist Nursing in Person in Critical Situation. Although we didn't participated in any Research study, we will demonstrate how we based our practice in evidence.

This report, more than the description of the journey during the stage, intends to be a moment of reflection and evaluation, demonstrating how we grew personally and professionally towards the acquisition of skills within the Specialty in Nursing Medical - Surgical.

Agradecimentos

No finalizar deste trabalho, quero expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. Citar nomes seria algo difícil de ser feito sem cometer a injustiça da omissão, pois foram muitas as pessoas que colaboraram comigo.

Em particular gostaria de referir o apoio da minha orientadora Professora Amélia Rego.

Gostaria de agradecer também aos meus tutores de estágio, Enfermeira Maria Adriana Machado e à Enfermeira Joaquina Costa pelo apoio disponibilizado durante o estágio.

Um agradecimento especial dirijo à minha família, ao meu marido e filhos, por estarem presentes.

A todos o meu muito obrigado

Lista de abreviaturas

CIPE®,	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ECTS	<i>European Credits Transfer System</i>
EEMC	Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SIV	Suporte Imediato de Vida
SU	Serviço de Urgência do Hospital de Braga – Braga
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCISU	Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência
UCP	Universidade católica Portuguesa
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
VMER	Viaturas Medicas de Emergência e Reanimação

Índice

<u>0 – Introdução</u>	8
<u>1 – Campo de Estágio</u>	14
<u>2 – Domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u>	16
2.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	18
2.2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	20
2.3 - Domínio da Melhoria da Qualidade	24
2.4 - Domínio da Gestão dos Cuidados	27
2.5 - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	30
<u>3 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica</u>	34
3.1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	35
3.2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação	38
3.3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	39
<u>4 – Conclusão</u>	41
<u>5 –Referências Bibliográficas</u>	43

Anexos

Anexo I - Artigo: *Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho Na Criança*

Anexo II - Formação *Como Agir?* De 8 de Junho no Centro Social de São lazaro

Anexo III - Formação *SBV* De 17 de Junho no Centro Social de São lazaro

Anexo IV - Formação *SBV* De 22 de Junho no Intermarché de Amares

0 - Introdução

Nos finais do século XIX a enfermagem evolui, passando a ser mais do que um grupo de pessoas indiferenciadas que se juntavam a religiosas para prestar assistência. No século XX testemunhou-se uma evolução da enfermagem para uma Profissão, com uma ciência própria, e auto-regulada (Vieira 2008; Ordem dos Enfermeiros 2010)

O pensamento sobre a atividade da enfermagem, evolui neste último século de uma abordagem de assistência à pessoa, para uma filosofia do Cuidar, do estar com a pessoa, defendendo Watson (2002) na sua “Teoria do Cuidar Transpessoal” um compromisso moral com a pessoa de forma a proteger a sua dignidade e humanidade. O termo cuidar tornou-se central quando se fala em enfermagem. Collière (1999) defende o cuidar como algo que por vezes é invisível, e que inclui gestos de ternura, Hesbeen (2002) transporta-o para uma área afectiva e expressiva dos cuidados em enfermagem, Waldow e Borges (2011) defendem o cuidar como um ideal ético, sendo o cerne da enfermagem, e que este é essencial para a humanização, sendo que, segundo Schoeller *et al* (2011), o seu valor reside na sua transcendência e imprescindível à vida.

Os tumultos sociais que ocorrem actualmente, a sociedade em constante transformação vão criando novos riscos e novos problemas às pessoas (Giddens 2000, 2004). A crença quase “cega” na tecnologia e a incessante procura pelo topo desta, determina uma sociedade tecnocrata, focalizada na máquina, e não na pessoa. Na saúde, esta questão toma especial relevo quando se dá destaque à técnica diagnóstica mais avançada e afasta a avaliação clínica para segundo plano, havendo uma crença numa tecnologia de topo de gama, crendo numa medicina moderna que de tudo é capaz (Santos, et al. 2010).

O surgir de vários modelos de gestão dos recursos de saúde e o aparecimento de seguros de saúde, parece querer esquecer o Humanismo, transformando a contabilização do valor económico da vida e da saúde numa realidade que pode ter consequências catastróficas quando mal interpretada.

O enfermeiro especialista surge como um mediador destes dois mundos, pois o saber em enfermagem assume que a prática é complexa, que exige uma associação de vários saberes de forma a adaptar-se a cada momento e a cada situação, avocando que o saber e a ação são como um todo complexo (Simões 2004).

A Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro descreve o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica como o profissional capaz de cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizando a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para a UCP (2009), a EEMC converge na aquisição de competências na assistência de enfermagem avançada, sendo que visa o *“desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico”* (UCP 2011).

Assim, além destas competências específicas, qualquer enfermeiro especialista possui uma série de competências comuns, independentemente da sua área de especialidade, sendo estas aplicáveis nos diferentes ambientes e contextos da prestação de cuidados de saúde. Competências que vão desde a formação, quer dos utentes quer dos profissionais de saúde, orientação, liderança, investigação, gestão e supervisão de cuidados, que advêm do aprofundamento de competências clínicas do enfermeiro dos cuidados gerais (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).

Inserido no plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o estágio pretende ser o momento formativo onde todo o percurso profissional e académico é conduzido no sentido de aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Desta forma, existe uma complementaridade na reflexão da ação, dada nas aulas teóricas, numa ação da reflexão, e concomitantemente numa reflexão da ação da reflexão, procurando uma interação entre a teoria e a prática, promovendo a transformação da realidade, negando-a como realidade efetiva, afirmando-a assim como uma realidade sujeita a mudanças (Silva, *et al.* 2010).

Então, o processo de educação não se deve basear apenas na transmissão e reflexão na racionalização acerca de técnicas e instrumentos, mas também, e porque não afirmar principalmente, nas novas possibilidades para comunicação e organização, de forma a que os cuidados sejam prestados por profissionais com valores, cultura e ideologia de compromisso na resolução dos problemas da população, dos serviços de saúde e na componente relacional (Silva e Sena 2006).

Já no último quarto do século XX reconheceu-se a necessidade de assumir a educação assente em quatro pilares, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, assumindo o papel do professor de *“transmitir ao aluno, o que a humanidade já aprendeu acerca de si mesma e da natureza, tudo o que ela criou e inventou de essencial”* (Delors, *et al.* 1996 p. 19). Assim, e assumindo o mundo como uma “aldeia global”, o mercado de trabalho não fica circunscrito à região onde vivemos, nem mesmo ao país onde nascemos, a educação tem que ser objectivada numa perspectiva de educar para o mundo.

Com a Declaração de Sorbonne (Allegre 1998) a Europa reconhece o papel fundamental das universidades no desenvolvimento das dimensões intelectuais, culturais, sociais e técnicas da população, e que a melhor forma de promover a procura da excelência na sua área é numa Europa aberta para a aprendizagem, para a mobilidade e cooperação mais estreita entre vários países.

Com a Declaração de Bolonha (1998) é definido um conjunto de etapas a dar pelos sistemas de ensino superior europeus de forma a construir um espaço europeu de ensino superior globalmente harmonizado, permitindo aos estudantes iniciar a sua formação académica, continuar, concluir a sua formação superior e obter um diploma europeu reconhecido em qualquer universidade de qualquer estado membro. Assim surge o conceito de *European Credits Transfer System*, um instrumento que procura criar transparência, visando incrementar as relações entre instituições e ao mesmo tempo aumentar as opções dos estudantes. Desta forma os centros de reconhecimento dos estudos realizados, dispõem de sistema de avaliação de fácil compreensão.

Com 90 ECTS, o Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, surge inserido no segundo ciclo de estudos, que segundo o Comunicado de Bergen (2005) deverá formar para um conhecimento fundamentado que proporciona uma base ou oportunidade para a originalidade no desenvolvimento ou aplicação de ideias. Deve integrar o conhecimento e lidar com a complexidade, e capacitar a formulação de juízos, mesmo com

informação limitada. Fornecer e desenvolver ao aluno habilidades que o permitam continuar a estudar de uma forma auto dirigida e autónoma.

Com uma ponderação de 15 ECTS, este Relatório pretende avaliar o desenvolvimento de competências na prestação de Cuidados de Enfermagem, promovendo a reflexão da prática, proporcionando a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a que nos permita:

- Descrever atividades/ estratégias para aquisição/ desenvolvimento de competências;
- Permitir uma visão sistematizada das experiências vivenciadas;
- Relatar casos, situações, problemas mais complexos;
- Documentar a aprendizagem efetuada;
- Diagnosticar dificuldades de aprendizagem;
- Assumir um papel ativo na minha formação;
- Permitir suporte de avaliação da aprendizagem efetuada.

Para tal, pretendemos demonstrar a forma como o Modulo I do estágio, Serviço de Urgência, decorrido entre 3 de outubro a 26 de novembro de 2011, e o módulo III, Pré-hospitalar, decorrido entre 27 de abril a 25 de junho de 2010, num total de 360 horas contribuiu para a aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por termos exercido funções na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos desde Agosto de 1998 até Abril de 2010 foi-nos dada certificação de competências, obtendo creditação ao Módulo II (Cuidados Intensivos/ Intermédios), pois tivemos a oportunidade de prestar cuidados a doentes com patologias diversas do foro Neurocirúrgico, assim como todas as patologias associadas a estas nomeadamente do foro ortopédico, cardíaco e até endócrino, obrigando os profissionais de enfermagem que lá prestam cuidados a uma atualização crescente em diversas áreas do conhecimento.

A vigilância do doente do foro Neurocirúrgico, é um ponto essencial, obrigando a um nível de exigência teórica muito elevada, na procura de sinais tão específicos, e nem sempre evidentes, das alterações potenciadoras de perigo para o doente, tornando estes doentes autênticos quebra-cabeças.

Enquanto enfermeira na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia pertencemos ao grupo de implementação da qualidade, inserido no processo de acreditação do Kings Found, sensibilizando-nos muito para o papel dos enfermeiros na qualidade dos serviços de saúde,

tendo sido uma das dinamizadoras no controle de infecção que complementou esta visão de busca pela melhoria da qualidade. O papel de enfermeira de referência desenvolveu-nos uma necessidade de gestão dos cuidados, e de supervisão dos cuidados prestados aos nossos utentes pelos nossos pares e restante equipa multidisciplinar. O papel de responsável de turno foi-nos atribuído inúmeras vezes, permitindo-nos desenvolver competências de gestão de pessoas, de relações interpessoais com a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Do ponto de vista formativo pautamos a nossa atividade profissional com muito investimento na autoformação, de forma a procurar estar atualizada com um leque de conhecimentos abrangente, e ministramos formação a enfermeiros, profissionais menos diferenciados, e à população, assumindo o nosso papel de formadora para os cuidados, e para a promoção da qualidade. Tivemos também a experiência de leccionar no ensino de enfermagem, e tutoria de alunos de enfermagem em estágio.

Dado o nosso percurso profissional centralizar-se em unidades de cuidados de alto grau de especificidade em algumas patologias, sendo locais onde se prestam cuidados de abordagem secundária, pareceu-nos lógico centralizar o nosso estágio nos períodos da abordagem ao doente crítico antes de entrar na unidade de cuidados em que trabalhamos. Assim, desenvolver competências no Serviço de Urgência é mandatário, pois aqui, os enfermeiros têm que se afirmar pela diversidade de conhecimentos (desde aos processos fisiopatológicos de doença, às tecnologias mais recentes de monitorização e tratamento), procurando efetuar os procedimentos de uma forma perfeita, consciente dos riscos, com altos níveis de responsabilidade, exercendo funções num clima de cooperação e complementaridade (Pontes, *et al.* 2008), tendo noção, que a Urgência é um dos “cartões de visita” de um hospital.

No Pré-Hospitalar os enfermeiros pautam-se pela diferença no atendimento, pois a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 1) afirma que *“só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar”*

Este Relatório seguirá um caminho de encontro às competências definidas pelo Regulamento nº 122/2011, de 8 de Fevereiro e o Regulamento 124/2011, de 8 de Fevereiro, que definem as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, e das Competências Específicas da especialidade sobreponível com a Enfermagem Médico Cirúrgica que é a Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Iniciaremos pela caracterização sumária dos campos de estágio,

seguido pelo domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, abordando o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, seguidamente o domínio da Melhoria da Qualidade, seguido do domínio da Gestão dos Cuidados, terminando no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Depois abordaremos o domínio das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Efetuaremos uma abordagem descritiva e interpretativa da prática dos cuidados de enfermagem, de forma a transformar este documento num instrumento de descrição da extensão e a profundidade (Benner 2001) dos cuidados de enfermagem por nós prestados durante o estágio, e como estes nos permitiram desenvolver as competências que nos propomos no início do estágio.

1 – Campo de Estágio

Neste primeiro capítulo faremos uma apresentação breve dos locais onde efetuamos o estágio, relativamente ao módulo I e III.

O Módulo I do estágio, Serviço de Urgência, foi efetuado no Serviço de Urgência do Hospital de Braga – Braga, é um Serviço de Urgência Polivalente (Direção de Serviços de Planeamento 2001, Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências 2007), tendo como objetivo o tratamento da doença aguda. Sendo uma Parceria Publico Privada (Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho; Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril; Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto), pretende melhorar a qualidade dos serviços públicos e gerar poupanças na utilização dos recursos públicos. Integrado no Sistema Nacional de saúde (SNS), a sua área de influência estende-se aos distritos de Braga e de Viana do Castelo e serve como Hospital de Primeira Linha para os Concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como Hospital de Segunda Linha para a área remanescente. Neste ponto em particular, importa clarificar que sendo um Hospital Central, abrange, globalmente, uma área de cerca de 1.100.000 de habitantes como referência de 1.ª linha para algumas das especialidades médicas e referência de 2.ª linha nas restantes (Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde do Norte, Escala Braga 2009, Ministério da saúde, Administração Regional da Saúde do Norte 2011).

No pré hospitalar, Módulo III, procuramos que os locais de estágio fossem aqueles que fizessem referência dos doentes críticos para o Hospital de Braga. Assim, escolhemos as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida de Ponte de Lima e Vila do Conde, que são tripuladas por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência, e tem como função garantir cuidados de saúde diferenciados, como manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida, tendo diversos fármacos e um monitor desfibrilhador (INEM 2009 a).

Relativamente às Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, selecionamos Braga e Guimarães. As VMER, são viaturas com base hospitalar, tripuladas por Enfermeiro e Médico,

que têm como função de efectuar o transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. Dispõem de equipamento de Suporte Avançado de Vida, tendo como principal objectivo, a estabilização e acompanhamento médico durante o transporte da vítima no pré-hospitalar (INEM 2009 b).

Embora de baixa carga horária, efetuamos um turno na Ambulância de Suporte Básico de Vida de Braga, tripulada por dois Técnicos de Ambulância de Emergência, que tem como função a estabilização de doentes que necessitam de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde, tendo ainda a possibilidade de efectuar Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (INEM 2009 c).

Por último, com intenção meramente de observação, no Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Porto.

2 – Domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Na enfermagem, é necessário a mobilização de vários saberes, de forma a adaptar a prática a cada situação, partindo sempre do pressuposto que o saber e a ação são um todo complexo (Simões 2004). Kérouac (1996) identifica no final do século XX uma enfermagem de abertura ao mundo, assumindo a pessoa como um ser maior do que a soma das suas partes.

A frase pronunciada por Abel Salazar (1889-1946) "*O médico que só sabe Medicina, nem Medicina sabe*", é perfeitamente transportável para a enfermagem. O Enfermeiro que só sabe de enfermagem, nem de enfermagem sabe, pois a enfermagem combina elementos de múltiplas ciências e áreas do conhecimento de forma a que se possa assumir como mediador das experiências humanas de saúde e doença, pois só assim é que é possível a utilização do pensamento crítico para a tomada de decisão, sem esquecer a componente ética e moral, assumindo a pessoa como um ser único, indissociável e nossa parceira dos cuidados a prestar.

Como enfermeiros definimo-nos como diferentes na forma como vemos o mundo, e da forma como assumimos o nosso compromisso profissional para com as pessoas, tornando o nosso trabalho difícil, de uma extensividade quase infinita, que só com a procura de domínios pertencentes às várias disciplinas que nos guiam tornam possível o abraçar desta filosofia de estar perante a pessoa. Só assim nos podemos demarcar numa sociedade em que vigora o paradigma cartesiano-newtoniano, que postula a racionalidade, a objetividade e a quantificação como único meio de se chegar ao conhecimento.

O conceito de Holismo surge no início do século XX com Smuts (1927) sustentando a existência de uma continuidade evolutiva entre a matéria, a vida e a mente, procurando assim uma visão sintética do universo, opondo-se à fragmentação com a totalidade. Esta noção de holismo foi-se propagando a várias áreas do conhecimento, de modo que a UNESCO em 1986 através da Declaração de Veneza afirma a limitação que o conhecimento científico se auto impôs, e a necessidade de dialogar com outras formas de conhecimento, promovendo a complementaridade entre a ciência e a tradição de forma a dar uma nova visão da humanidade, a um novo racionalismo, a uma nova perspectiva metafísica. Assim, a ciência Holística preconiza que a plenitude do desenvolvimento humano só se torna possível quando

todas as comunidades da vida são homenageadas e apoiadas na sua totalidade (Amberg 2011). O conceito de holismo está em perfeita sincronização com a enfermagem, com a sua postura interdisciplinar, procurando unir a tradição com a ciência, de forma a que o profissional para além de cientista, tem que ser um filósofo, um pesquisador audaz, aberto e abrangente.

Neste capítulo faremos um abordagem às competências que são transversais a todos os enfermeiros especialistas que desenvolvemos durante o estágio.

2.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O sentido de comprometimento ético é essencial para promover o cuidado humano, sendo a nossa postura enquanto profissionais de enfermagem inserida numa abordagem multidimensional, de forma a ser capaz de atender às várias dimensões da pessoa, de forma a contextualiza-la sócio-culturalmente, psicoemocionalmente e historicamente (Nunes, *et al.* 2011). Ao se discutir qualidade e responsabilidade profissional, invariavelmente discutimos ética, procurando fugir do discurso académico e aplicar estes conceitos na prática (Rios 2008).

Para Watson (2002), enfermagem é muito mais que uma profissão, mas sim uma forma de estar perante a vida. Todos os momentos da nossa prática são vincados na necessidade de uma base ética e deontológica forte, que nos permitam decidir sobre vários aspetos da pessoa perante nós. Pequenos gestos técnicos rotineiros do nosso dia a dia, como o colocar um cateter venoso periférico, é na realidade, uma atividade imbuída de uma componente moral forte, vivenciada pela pessoa de uma forma intensiva, e que pode, logo à partida, definir a relação entre o profissional e o seu utente.

Se definirmos, de uma forma simples, que a *“ética é uma reflexão crítica sobre a moralidade”* (Rios 2008, p. 88), os enfermeiros, mais do que serem profissionais capazes de enumerar os princípios éticos, são profissionais que se regem por um Código Deontológico, definido pela lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, sendo então, um grupo profissional que parte de uma conjugação entre o saber científico e o saber humanístico.

Tendo sempre presente o Código Deontológico de Enfermagem, definido pela lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, assim como pressupostos apresentados por Watson (2002, Nunes, *et al.* 2011), e Leininger (Dias, *et al.* 2001, Zyga 2011), durante o estágio desenvolvemos a capacidade da tomada de decisão ética, desenvolvendo em parceria com a pessoa, e profissionais do pré-hospitalar e hospitalar, estratégias para a resolução de problemas, fundamentando o nosso juízo crítico no conhecimento adquirido ao longo dos anos e durante a formação académica.

Quer no pré-hospitalar como no SU estivemos com profissionais abertos à discussão, e por vezes jovens na profissão, permitindo-nos integrar na equipa de uma forma ativa para a tomada de decisões na prática diária. Beneficiamos da nossa prática clínica e experiência formativa para a fundamentação da nossa argumentação, pois a melhor forma de conseguir legitimar decisões é assentá-las em pressupostos sólidos, partindo de um leque amplo de opções, e fundamentando-as na evidência.

Ambos os locais de estágio se apresentaram como um desafio enorme para a nossa forma de viver enfermagem, pois o nosso percurso profissional até ao momento foi sempre em internamentos, com uma série de variáveis controladas, com menos exposição do nosso trabalho a terceiros.

No pré-hospitalar, estamos a trabalhar com uma abertura enorme à participação do doente e família nas decisões, tomadas sob enorme tensão e stress, obrigando-nos a uma postura sóbria e segura. Momentos de decisões, como o de reanimar ou de suspender manobras, são efetuadas muitas vezes no seio familiar, procurando envolver a família nestas decisões, tornam-se importantes, quer no respeito pela vida e pela pessoa, como para o processo de luto dos familiares.

No SU a estrutura física do serviço de urgência torna-se num obstáculo para o enfermeiro na capacidade de acercar-se de tudo o que o rodeia. O facto de ter assumido um papel de gestão da equipa (função na qual a nossa orientadora fez quase todos os turnos), não estando subscrita a um posto de trabalho único mas ao zelo pelos oito postos diferentes que o SU tem atribuído aos enfermeiros, promoveu uma forma de estar mais crítica e analítica dos cuidados de enfermagem.

2.2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Como profissionais de enfermagem, assumimos o papel de defesa dos direitos humanos das pessoas, assumindo a responsabilidade de gerir as situações, de uma ou doutra forma poderão ser comprometedoras para este. Ao assumirmos a pessoa como um todo, mais do que soma das suas partes, estamos mais próximos de compreendê-la e de perceber as suas reais necessidades. Inserindo a nossa prática na contextualização da pessoa na sua prática social, procuramos harmonizar o desenvolvimento técnico-científico com as necessidades sociais emergentes (Backes, *et al.* 2009).

A globalização tem-se revelado como um fenómeno com uma grande capacidade de descentralização, cujos efeitos se fazem sentir cada vez mais, em qualquer parte e cada vez mais independente do controlo de países. O que à primeira vista pareceria ser promotora da individualidade, democraticidade e liberdade, torna-se num fenómeno que cria um estado de desorientação no indivíduo, dado ter transformado o mundo numa localidade marcada pela incerteza, em grande velocidade decorrente da competitividade do capitalismo, causando uma crise de valores. Tem-se assistido a um aumento acentuado das desigualdades económicas, culturais e ambientais entre os países e entre os ricos e pobres, que Giddens (2002) afirma que o termo “aldeia global”, poderia ser substituído por “pilhagem global”.

A nossa civilização, dita moderna, está demasiado ocupada a tentar resolver uma série de problemas surgidos, na sua maioria, na última, ou penúltima tentativa de resolver os problemas iniciais (Bauman, 1998, 1999, 2007). A pessoa, vê-se envolvida nas regras do mercado, e o indivíduo transforma-se num número, numa estatística. Cada vez mais, o treino e desenvolvimento de competências que se requiere à enfermagem, vai para além da perícia técnica, mas sim também da humana e do atendimento da pessoa (Gallo e Mello 2009).

Durante o estágio procuramos exercer uma prática baseada no respeito dos direitos humanos, tendo como plano de fundo a Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos (UNESCO 2005), de forma a garantir que nas situações surgidas os princípios fundamentais fossem mantidos.

A criação de um clima de confiança e autoconfiança, através da garantia do seu espaço e individualidade pode ser o passo fundamental para a aceitação do tratamento (Santos 2000), sendo a confidencialidade e o respeito pela privacidade fatores fundamentais para o sucesso da nossa intervenção como profissionais de saúde.

O Serviço de Urgência é por si só, um serviço que parece estar em dessincronização com o conceito de privacidade. A prioridade da manutenção das funções vitais prevalece sobre tudo. A afluência elevada que se assiste diariamente, a existência de salas enormes e impessoais para a abordagem aos doentes, onde não existe capacidade de colocar um cortina entre estes, a transformação do centro dessas salas em enfermarias, influi, invariavelmente, os profissionais a descurarem este conceito básico como a privacidade. A azáfama constante, a partilha de espaços comuns entre doentes por observar, doentes observados e profissionais, os tempos de espera, as “consultas de corredor”, os olhares curiosos são um conjunto de momentos que amolam o apetite para a indiscrição (A. M. Silva 2007). Com o tempo, muitos profissionais de saúde deixam-se envolver por este ambiente, e quando dão por si estão a cometer “pequenos” descuidos à privacidade das pessoas.

Como elementos externos à equipa de enfermagem do serviço de urgência, vindos de uma outra realidade, conseguimos observar uma série de comportamentos que podem ser mudados em prole da preservação da privacidade das pessoas que ali recorrem, evitando o lugar-comum de culpabilizar a estrutura física por uma série de lacunas que poderiam ser retificadas pela mudança de postura. No entanto, reconhecemos a dificuldade que nós próprias tivemos em conseguir ultrapassar esta forma de prestar cuidados organizada quase de uma forma *fabril*, Taylorista, em que a ênfase é dada quase toda a exclusividade à tarefa técnica do momento para permitir um desenrolar rápido da abordagem biomédica ao doente. Consideramos que aqui, conseguimos desenvolver pequenos gestos de humanismo, olhando para a pessoa numa forma mais aberta, que apenas aquele o indivíduo que veio resolver determinada queixa.

Desta forma, tentamos promover uma reflexão e uma atitude de mudança, na equipa, procurando momentos chave que permitissem o exercício de aprendizagem e reaprendizagem através reflexão crítica dos comportamentos vivenciados (Schon 2000; Gomes e Casagrande 2002; Tunes *et al.* 2006), como através do exemplo, de conversas, e nas relações sociais.

No pré hospitalar, a privacidade está constantemente ameaçada pela necessidade de uma actuação rápida em locais públicos, colocando, por vezes, a privacidade em segundo plano. Tentamos, juntamente com a equipa, encontrar soluções que promovessem essa privacidade, e às vezes são atitudes tão simples como o optar por terminar a abordagem à vítima dentro da ambulância. Os ambientes diferentes por nós vividos, o ir ao encontro com as pessoas no seu ambiente fez-nos perceber que a nossa sociedade está repleta de “pequenas sociedades”, e que a realidade que vivemos tem várias perceções. A sociedade portuguesa está a mudar, e para mantermos um atendimento de qualidade temos que acompanhar essa mudança, sendo

nossa função olhar para as culturas que nos rodeiam de forma despreconceituada, procurando preservar, negociar ou padronizar os cuidados de forma a sermos congruentes com a cultura da pessoa por nós assistida (Monticelli, *et al.* 2010).

A autodeterminação das pessoas, ainda que por vezes nos possa parecer difícil de aceitar, tem que ser respeitada. O facto de a pessoa estar doente e ter chamado o 112, não está a assinar um termo de que aceita tudo aquilo que nós achamos julgar o correto. Por vezes surgem conflitos quando a nossa intervenção colide com a expectativa de cuidados da pessoa, no entanto estes nunca se tornaram impeditivos para a prestação de cuidados. Procuramos gerir essas situações de forma a que os cuidados fossem prestados da melhor maneira possível, sem comprometer a segurança, a privacidade e a dignidade do doente.

No pré-hospitalar o acesso à informação por parte dos doentes é um caso singular. A questão da participação da família na decisão terapêutica, toma por vezes, proporções elevadas, pois esta está quase sempre presente durante a nossa abordagem à vítima. Por vezes esta postura torna a discussão da equipa limitada e constrangedora, havendo necessidade de pedir aos familiares para se retirarem. Atitude comum aquando na abordagem das vítimas em PCR. É hábito, não só a nível hospitalar, numa abordagem a uma vítima de PCR pedirmos à família para se ausentar, de modo a podermos trabalhar, e, de certa forma, proteger a família. Um episódio que nos marcou profundamente, foi um caso que à chegada da equipa encontrava-se um homem de cerca de 50 anos em paragem cardiorrespiratória, com o filho junto dele, que permaneceu com a equipa durante todo o tempo de manobras de ressuscitação, tendo sido pedida a sua colaboração por diversas vezes. Foi um pouco difícil e, causadora de elevados níveis de stress para a equipa, a gestão de decisão de interromper manobras com a presença da família. Esta experiência fez-nos questionar, se por vezes a presença da família durante as manobras de ressuscitação não seria benéfico. O facto de assistirem ao esforço da equipa na reanimação, e consecutivamente a incapacidade de reverter a situação, poderá ser benéfico no processo de luto.

Sendo uma realidade quase diária no SU, e muito comum no pré hospitalar, a morte está muitas vezes associada a situações extremas e violentas. A forma como devemos ajudar alguém a vivenciar o processo de luto de um familiar morto numa situação extrema torna-se sempre um desafio. A morte surge sempre associada ao medo, ansiedade, ao silêncio, à ocultação (Gonçalves 2008), e quando associamos o facto de ser repentina, imprevista, prematura ou violenta os processos de integração da realidade nas suas vidas, e o processo

de luto irão ser mais complexos e demorados (Pereira 2010). Dentro da nossa possibilidade, o que por vezes se torna difícil, procuramos facultar apoio à família.

Outra realidade recorrente nos locais onde passamos, é a pessoa em final de vida. Graças à evolução da técnica e da ciência, muitos receios que temos face à morte, como o poder de curar doenças e de reduzir as suas consequências, é algo que tranquiliza os profissionais de saúde (Rossa 2007). No entanto, pode despoletar outras problemáticas, mais da esfera ética do que da técnica (Soares 2004), pois para além do conceito puramente biológico, exerce influências jurídicas, psicológicas, espirituais e sociais (Sisqueira-Batista e Schramm 2004; Reiriz, *et al.* 2006). O dilema que se origina de todo este poder, traduz-se na questão de se prolongar a vida a todo o custo, ou permitir um fim de vida digno. A vertente altamente tecnicista da Urgência tende, por vezes, à filosofia puramente curativa, felizmente vimos uma equipa multidisciplinar já bastante sensibilizada para os cuidados paliativos. Procuramos integrarmo-nos e participar com a equipa e família na decisão da abordagem ideal para o doente em fase final de vida.

2.3 - Domínio da Melhoria da Qualidade

A qualidade é um elemento central na gestão dos cuidados de saúde. Em todos os aspetos da nossa prática profissional a procura crescente pela qualidade permitiu-nos aperfeiçoar a nossa forma de saber agir responsável, de mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades que incorporaram o nosso valor social como pessoa e como profissional. O artigo 88º do Código Deontológico, compromete os enfermeiros na procura da excelência do exercício em todo o ato profissional, e sendo nós profissionais há mais de uma década do Hospital de Braga, transportamos uma acumulação, um património de conhecimentos úteis e válidos transmitidos pela própria organização que é o hospital (Furukawa e Cunha 2010).

A qualidade atualmente é uma realidade mensurável (Pereira 2009), e é exigência de várias entidades governamentais e dos próprios utentes que têm necessidade de se sentirem seguros, procurando indicadores que garantam a qualidade dos serviços de saúde. Assuntos como o erro clínico, e os “*near-misses*” e as taxas de infeções são necessidades prementes a serem debatidas, e embora com dificuldade procuramos incorporar esta temática na nossa prática durante o estágio.

Podemos, de uma forma simplificada, definir qualidade como o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de atingir os resultados de saúde desejados (Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde 2011), obrigando-nos a centrar o nosso trabalho na segurança do doente. É estimado que na Europa a média de efeitos adversos nos hospitais é entre 7,5% e 16,6% (Conklin, *et al.* 2009), sendo que 5% das pessoas que são hospitalizadas adquirem uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (The Council of the European Union 2009). A procura de sistemas de creditação ou acreditação (Ribeiro, *et al.* 2008) pretende demonstrar aos utentes o trabalho que as instituições de saúde estão a desenvolver na prática dos profissionais, quer a nível dos processos, quer a nível dos resultados, de forma a ser uma afirmação de segurança.

No serviço de urgência propusemos a criação de alguns protocolos de forma a que facilitassem a tomada de decisão, procurando minimizar a incerteza e variabilidade da prática, promovendo a eficiência e satisfação, gerindo ao mesmo tempo os recursos e diminuindo o risco (Varanda, *et al.* 2006). Esta proposta não foi aceite pela chefia com o argumento do risco da standardização do doente e de despromover a utilização do pensamento crítico. A utilização de protocolos tem que ser sempre mediada num ambiente educativo, favorecedor de

desenvolvimento e de aquisição de competências práticas e habilidades para a resolução de problemas, tendo como base o pensamento crítico (Rodrigues, *et al.* 2011). No serviço de urgência, no nosso entender, a inexistência de protocolos aliada a existência de muitos elementos na equipa de enfermagem pouco experientes nos cuidados ao doente crítico proporciona cuidados mais estreitos ao doente, não promovendo uma abordagem mais alargada. Os doentes poderão ter benefícios na promoção de uma execução com automatismo de certos cuidados básicos como manuseamento de cateteres venosos centrais para administração de medicação vasoativa e avaliação da pressão venosa central, manuseamento de cateteres e sistemas de avaliação de pressão arterial invasiva, vigilância e cuidados oftálmicos a doentes inconsciente ou fortemente sedados com risco de ulceração de córnea por não conseguirem atingir o encerramento palpebral de forma independente.

No pré-hospitalar, a prática é assente em protocolos bem definidos e validados, permitindo, mesmo assim, espaço para o juízo clínico e adaptação da intervenção à necessidade apresentada no momento. Este facto foi muito proveitoso, pois permitiu-nos participar em discussões sobre os casos de uma forma integrada na equipa multidisciplinar que normalmente a nível dos internamentos não se faz. Quanto mais diferenciada a equipa era, mais estimulante se tornava a discussão, e o facto de ter estado com profissionais (enfermeiros e médicos) que faziam VMER desde 2004, permitiu-nos absorver muito da competência que tem um profissional altamente especializado em pré-hospitalar. Uma das coisas que nos agradou bastante, foi o facto das discussões nem sempre serem de carácter técnico, mas muitas vezes de carácter humano, desde à abordagem ao doente em fim de vida, às estratégias de comunicação com a família.

Os enfermeiros da VMER, SIV e da emergência intra hospitalar, trabalham com níveis de stress muito elevados, por vezes em condições pouco ergonómicas, sendo promotoras de erro e propensoras de infeção. A necessidade de intervir simultaneamente em diversos níveis de atuação, sendo agravado no pré-hospitalar pois por vezes resumem-se a um, o enfermeiro (no caso das SIV), desde a nível da avaliação clínica, à decisão terapêutica (que no caso das SIV carece de validação do médico do CODU), e à intervenção, a margem de manobra é muito curta, e a necessidade de níveis de concentração são muito elevados para evitar o erro.

Do ponto de vista dos registos de enfermagem, dado fundamental para a criação de indicadores e avaliação da qualidade da assistência aos doentes (Marin *et al.* 2000; Pereira 2009) ficam por vezes perdidos na sobrecarga e necessidade de prontidão por parte do profissional. Enquanto na SIV o enfermeiro tem um formulário em que pode registar as

intervenções e juízos efetuados, na VMER os registos são efetuados pelo médico, embora com colaboração do enfermeiro, parece-nos ser um pouco insuficientes.

Consideramos que neste estágio, estivemos cientes dos constrangimentos que os enfermeiros inseridos numa unidade de emergência têm para manter padrões de qualidade, e efetuarem registos que permitam criar indicadores de qualidade. No entanto procuramos criar, durante o nosso exercício profissional, um ponto de encontro entre as expectativas do cliente quanto aos cuidados por nós prestados, e a sua própria perceção, pois a satisfação do cliente é importante na determinação dos cuidados por nós prestados (Oliveira e Guirardello 2006). Na visão do cliente os aspetos da relação interpessoal com o profissional são dos atributos mais importantes. Procuramos demonstrar disponibilidade para o cliente e sua família, procurando-os envolver nos cuidados, promovendo o ensino, sendo que, ao mesmo tempo, procuramos desenvolver capacidade de agir prontamente com competência técnica.

Tendo noção que a qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar (Conselho de Enfermagem 2002), procuramos envolver-nos na equipa multidisciplinar de forma a que toda trabalhasse com o mesmo objetivo, assumindo a implementação das intervenções interdependentes, e procurando incorporar os resultados de investigação na nossa prática, de forma a ser baseada na evidência, assumindo, em conjunto com a nossa orientadora, a prescrição e implementação de intervenções autónomas e a garantia da procura da melhoria da qualidade do exercício profissional da restante equipa, no papel de enfermeira responsável de turno.

2.4 - Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados visa a otimização das respostas de equipa de saúde de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde. A nossa experiência como gestora de equipa enquanto responsável de turno no SU ajudou-nos a ter uma noção do que é gerir uma equipa. Um serviço com quinze enfermeiros a trabalhar por turno, e em que o grau de imprevisibilidade é muito, é um local que, não só para o enfermeiro chefe, se torna um real desafio para gerir.

A otimização da equipa de enfermagem, e a articulação desta com a restante equipa multidisciplinar, é uma tarefa a tempo inteiro. O cargo de responsável de turno foi muito profícuo em situações únicas, em que as habilidades de gestão de pessoas foram constantemente postas à prova. Ficou patente, de facto, que um gestor, para além das habilidades concetuais, deve procurar o ajuste do comportamento da sua equipa de modo a otimizar a resposta desta de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados.

Ao enfermeiro chefe é ainda solicitado habilidades humanas, na capacidade de discernimento para trabalhar com pessoas, compreender as suas atitudes e motivações e aplicar liderança eficaz (Rego e Cunha 2003).

Embora tenhamos estado apenas um turno de 6 horas com o enfermeiro chefe do serviço de urgência, este turno, já numa fase final de estágio permitiu-nos observar a gestão da equipa de uma forma mais abrangente. Estando já integrados plenamente na equipa, permitiu-nos desenvolver discussões acerca do funcionamento desta. Na realidade, uma das discussões surgidas foi a forma como estava a funcionar a abordagem ao doente politraumatizado. Na nossa análise desta temática verificamos que o enfermeiro está um pouco deslocado fisicamente do local onde a vigilância deste seria mais eficaz. Por vezes, a vítima politraumatizada entrava e dada a inexistência de uma Via Verde Trauma (Comissão Regional do Doente Crítico 2009), o enfermeiro responsável por esta área não se apercebia de imediato dessa entrada, podendo por vezes colocar em causa a abordagem inicial ao doente politraumatizado, abordagem esta que se não efetuada atempadamente por uma equipa multidisciplinar pode colocar em risco a sobrevivência deste (Grupo de Trabalho do Trauma 2007; Nayduch 2009).

Propusemos então, transferir a sala de enfermagem da área cirúrgica para a área de trauma, onde dentro dessa área se encontram ortopedistas e os médicos da área cirúrgica. Desta forma, para além de estar no local onde os doentes politraumatizados são transferidos, o enfermeiro fica mais próximo dos médicos, e da sala onde os doentes estão após serem medicados, permitindo uma maior vigilância. Esta proposta foi recebida de uma forma positiva, tendo o enfermeiro chefe colocado a hipótese de efetuar essa alteração após discussão com a equipa.

Como afirmamos anteriormente, o facto da nossa tutora no SU ser geralmente responsável de turno, permitiu-nos, através da observação e discussão de casos, desenvolver competências de liderança, percebendo que o estilo de liderança tem que ser situacional, adequada à promoção de cuidados, principalmente dado a estarmos perante uma equipa com níveis diversos de maturidade profissional. Assumimos, juntamente com a tutora, uma postura de supervisão de cuidados, procurando intervir de forma a aplicar estratégias de motivação da equipa para que o seu desempenho seja o mais diferenciado possível.

A nossa experiência de trabalhar num internamento que foi modelo na aplicação do novo sistema informático GLINTT®, fez de nós como que assessores da equipa. A dificuldade que grande parte da equipa tinha em manusear o programa, associada a alguns elementos que quase desconheciam a CIPE®, impulsionou-nos a tornar-nos membros assíduos na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência de modo a conseguirmos dar apoio logístico na elaboração de planos, e procura de soluções no planeamento dos cuidados.

Os desafios que a sociedade actual propõe à enfermagem na área da gestão são cada vez mais complexos. O enfermeiro chefe tem que ser o veículo da gestão estratégica para a operacional, sendo-lhe pedidos competências humanas, técnicas e concetuais. Neste sentido, tem que ser capaz de racionalizar os recursos técnicos e humanos, e concomitantemente, resolver os problemas que daí advêm (Rego 2010). Assim, um chefe tem que ser mais que um gestor formal, tem que ser um líder.

Durante o nosso período de estágio tivemos a oportunidade de desenvolver competências de liderança, tendo como vantagem a relação de proximidade da equipa e ausência de relação de poder hierárquico com esta. Desta forma, a nossa relação com a equipa, baseada no relacionamento interpessoal com esta, permitiu-nos reconhecer que em cada elemento da equipa existe uma opinião sobre a resolução de problemas no local de trabalho. De facto, uma

das qualidades mais importantes que um líder deve desenvolver é o de escutar a equipa (Hunter 2004), pois esta tem a experiência prática do que é resolver os obstáculos do dia a dia no local onde exerce funções. Um bom exemplo deste princípio é defendido pela técnica inventada por Ishikawa em 1943 (Juran e Godfrey. 1998) conhecida pelo diagrama de causa efeito ou diagrama espinha de peixe em que envolve toda a equipa utilizando uma metodologia de brainstorming procurando identificar, explorar e ressaltar todas as causas possíveis de um problema ou situação específica. Desta forma o líder pode fugir do típico modelo de exercer autoridade através do poder, supervalorizando em demasia a tarefa, arriscando o relacionamento com a equipa, prejudicando, em última instância, a tarefa de cuidar a pessoa. A melhor forma de liderar para o cuidado é basear a liderança pelo cuidado (Sousa e Barroso 2009).

A experiência vivida no pré hospitalar fez-nos refletir no quão importante uma boa liderança é para o bom funcionamento de uma equipa, pois, mesmo não existindo uma figura tão formal de chefe no pré hospitalar, como acontece nos hospitais, a gestão da equipa e recursos acontece e a equipa trabalha para o mesmo objectivo, sendo que existem locais em que a delegação de funções está tão bem delineada e que a optimização dos recursos está conseguida. A consciencialização da equipa que se tem, das suas capacidades e potencialidades permite ao líder otimizar os recursos, sendo que o desenvolvimento de competências na área da supervisão é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados. Como líder e gestor da equipa, o enfermeiro chefe, o enfermeiro responsável de turno e o enfermeiro especialista, tem que ter competências a nível da supervisão de cuidados, de forma a adequar a sua intervenção e comunicação à equipa, consciencializando-se das motivações desta, das capacidades e competências de cada elemento, e até mesmo às necessidades formativas da equipa.

Conseguimos, no decorrer do estágio, desenvolver competências de supervisão, promovendo o desenvolvimento de habilidades de análise reflexivas na equipa, de forma a conseguir uma autoavaliação na procura de melhorar os padrões da prática clínica. Foram momentos formais como a passagem de turno, ou a discussão de casos clínicos, onde a promoção da reflexão da prática e a procura de pontos fortes e fracos da nossa intervenção eram práticas correntes. Assim como momentos informais onde procuramos promover essa mesma reflexão, não só da prática técnica mas também do atendimento ao doente e família.

2.5 - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O conhecimento em enfermagem assume que a prática é complexa, obrigando à mobilização de saberes de diversas áreas, obrigando a uma constante adaptação à problemática surgida no momento. Para tal, temos que ter consciência que o saber e a ação, não são realidades separadas, mas sim, um complemento, fruto de uma realidade complexa (Simões 2004). Sendo esta realidade complexa, com inúmeras necessidades, as questões e discussões surgidas foram numa ótica que implicasse um melhor atendimento, de forma a preencher deficiências no conhecimento, e procurar rumos que contribuam para o fortalecimento científico e social da enfermagem (Lino e Calil 2008).

Para poder prestar cuidados a um indivíduo, a um ser humano, a abordagem deve ser individualizada, pois cada pessoa é única, com necessidades específicas na área da saúde. Cada pessoa vivencia as mudanças ocorridas de uma forma diferente, e a sua adaptação tem implicações não só físicas, mas também nas dimensões sociais, mentais, e espirituais. Este facto obriga a uma redefinição constante do nosso conhecimento (Gonçalves 2008). A relação entre o enfermeiro e o doente tem efeitos em ambos os atores desta relação. Nós também somos influenciados por esta, e através da reflexão na ação, da prática em movimento e teoria em ação o nosso saber progride, transfigura-se e corrige-se.

Assim, ao longo do nosso percurso profissional procuramos sempre aprofundar o conhecimento que temos de nós enquanto pessoas e profissionais, de forma a ter noção dos nossos limites e capacidades. Assim o nosso investimento em autoformação foi sempre no sentido de melhorar os nossos pontos menos fortes. Questões como suporte à família da vítima em situação crítica, que assume uma dimensão preponderante no Serviço de Urgência, os limites da nossa atuação enquanto equipa de emergência, assim como a importância que os cuidados de saúde primários podem ter na prevenção de muitos casos de emergência e no ensino à população, ganham forma, e obriga-nos a questionar a abordagem da medicina atual perante a doença. Por mais que defendamos a prevenção, a intervenção na comunidade, continuamos ainda com uma filosofia de saúde que é baseada na reação à doença, e não na prevenção desta.

Procuramos sempre basear a nossa praxis clínica especializada em conhecimentos sólidos de variadas ciências que envolvem o doente (científico, ético, estético, pessoal e sociopolítico) e a

sua situação de exceção, assim como em padrões de conhecimento válidos sempre numa perspetiva de prática baseada na evidência e numa prática avançada de enfermagem.

Dentro das nossas capacidades e conhecimentos procuramos não sermos apenas elementos observadores e absorvedores de conhecimento, mas também facilitadores da aprendizagem, em contexto de trabalho, procurando sempre momentos oportunos para atuar como formadoras. De uma forma informal diagnosticamos necessidades formativas, da equipa e da população em geral, procurado em vários momentos transmitir informação que consideramos ser de utilidade preponderante para as pessoas alvo da nossa intervenção.

Em toda a bibliografia pesquisada, a formação assume sempre um destaque especial na qualidade da assistência à vítima de doença grave (Grupo de Trabalho do Trauma 2007; Comissão Regional do Doente Crítico 2009; Frenk, *et. al* 2010; Nolan, *et al.* 2010). No Serviço de Urgência sentimos essa necessidade expressa nos vários profissionais de saúde que lá trabalham, damos especial destaque aos enfermeiros, equipa com a qual mais trabalhamos, mas também na equipa Médica e de Assistentes Operacionais identificamos essa necessidade.

No SU, e talvez por ser um serviço que cresceu exponencialmente com a mudança de instalações, a equipa não está num estágio de desenvolvimento harmonioso, colocando alguns desequilíbrios mais evidentes. Muitos enfermeiros demonstraram a vontade de participar mais ativamente na abordagem ao doente crítico, mas concomitantemente assumiram a sua dificuldade em conseguir fazê-lo de uma forma eficaz. Pensamos que este serviço precisa de uma intervenção formativa de forma a conseguir diminuir a distância entre os enfermeiros altamente tecnicistas e proficientes dos iniciados. Formações como Suporte Avançado de Vida, Adulto e Pediátrico, Abordagem ao Doente Traumatizado, Eletrocardiografia serão de uma importância extrema implementar, assim como formação na área do atendimento, de forma a gerir uma série de conflitos que por vezes surgem com os utentes e família.

Certos de que muito existe para fazer do ponto de vista formativo, e dado à limitação de tempo, tivemos que direcionar a nossa intervenção para aquele ponto que nos pareceu mais premente a intervenção.

Nas formações de Suporte Básico de Vida que assistimos, e que também ministramos, fala-se sempre na cadeia de sobrevivência, e na importância que esta tem para o *outcome* da vítima de PCR. No entanto, continuamos a falar em equipa de SAV e SIV, de hospitais com unidades altamente especializadas, em criação de Vias Verdes para várias patologias, e na importância do reconhecimento destas e na actuação precoce, mas continuamos a esquecer os primeiros dois elos da Cadeia de Sobrevivência. Na realidade, Stiehl *et al* (2004) e Olasveengen, *et al.* (2009) apresentam estudos ao qual afirmam não haver evidência científica entre a existência de equipas capazes de SAV no pré-hospitalar melhorar a sobrevivência das vítimas no pós-hospitalar. Estes autores, assim como muitos outros dão ênfase à formação da população, dos leigos e profissionais dos cuidados de saúde primários em conhecimentos de SBV (Rosafio, *et al.* 2001; Sotoodehnia, *et al.* 2001; Dowie, *et al.* 2003; Stiel, *et al.* 2004; Lerner, *et al.* 2008; Pergola e Araújo 2008; Olasveengen, *et al.* 2009; Nolan, *et al.* 2010; Bardy 2011).

Quando, na saúde se fala em formar os intervenientes do processo de doença, insiste-se na promoção da saúde e prevenção da doença, mas, por vezes, esquecemos que na própria doença aguda e grave, o leigo, a pessoa comum pode fazer a diferença nos resultados. O investimento em formar os atores dos dois primeiros elos da cadeia de sobrevivência parece-nos claro, fundamental e de extrema prioridade numa sociedade em que a principal causa de morte é as patologias cardíacas (Instituto nacional de Estatística 2010). No decorrer da atividade desenvolvida pela Associação de Pais do Centro Social de São Lázaro que tem solicitado formação em diversas áreas, inclusive, na saúde, o convite de efetuar formação surgiu na qualidade de mãe de crianças que frequentam a instituição. Assim, surgiu a publicação de um artigo nesta área no jornal da escola, publicado em Junho com o título “**Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho Na Criança**” (Anexo I), posteriormente uma abordagem aos principais problemas de saúde das crianças, formação efetuada a 8 de Junho de 2011, sob o título de “**Como Agir?**” (Anexo II), e por fim, uma sessão de “**Suporte Básico de Vida**” (Anexo III), com mais duas colegas de especialidade, decorrida no dia 17 de Junho de 2011.

Apesar de ser difícil de avaliar o real impacto das formações efetuadas, temos recebido *feedback* positivo das educadoras, das auxiliares de acção educativa e de alguns pais, na mudança de alguns comportamentos, e na necessidade de continuar a efetuar sessões de esclarecimentos e de SBV.

Em 22 de Junho, integrado na estratégia formativa da VMER de Braga, colaboramos no planeamento e execução de uma formação em SBV no Intermarché de Amares (Anexo IV) aos

funcionários, inserido num processo formativo promovido pelo responsável dos recursos humanos da instituição que pediu colaboração à VMER. Formação ministrada por nós e por uma colega de especialidade com supervisão do enfermeiro responsável pela formação da VMER de Braga.

Procuramos durante o estágio, assim como durante o nosso percurso profissional mantermo-nos atualizados nos conhecimentos científicos vigentes, procurando divulgá-los sempre que oportuno. Infelizmente neste estágio não tivemos a oportunidade de desenvolver, nem colaborar, em nenhum estudo, contudo ainda faz parte dos nossos objetivos elaborar um artigo acerca da importância da formação de SBV no leigo.

3 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Sendo uma especialidade profundamente vocacionada para o doente crítico, com o principal objetivo de cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica ou de falência orgânica, é natural o paralelismo da enfermagem médico-cirúrgica com a definida no Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica). Dentro do leque de especialidades definidas pela Ordem, esta é, talvez, aquela que intima a um leque de exigências técnicas e teóricas mais alargado, sendo que os saberes a mobilizar são de uma esfera de conhecimentos amplificada, de forma a que as competências e habilidades técnicas adquiridas sejam capazes de responder às situações de saúde em tempo útil e de uma forma holística.

Com o decorrer deste estágio pudemos assistir a uma enfermagem altamente tecnicista, com competências em áreas que normalmente não são atribuídas aos enfermeiros. A visão negativista apresentada por Carapinheiro (1998) de uma enfermagem não respeitada pela sua dificuldade de uma discussão técnico-científica, está a afastar-se. Observamos uma competência técnica elevada, tendo um expoente mais elevado em contexto da emergência, onde a equipa partilha entre ela as discussões e decisões clínicas dos casos. O trabalho de equipa está de tal forma otimizado, que por vezes sem grandes palavras proferidas a equipa funciona de uma forma quase mecânica quando são requeridos cuidados técnicos de alta complexidade.

Neste capítulo faremos uma abordagem às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que desenvolvemos durante o estágio.

3.1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

As situações de saúde com que nos deparamos no estágio foram de grande complexidade, sendo que as respostas necessárias a dar à pessoa em situação crítica e à sua família obrigou-nos à mobilização de vários conhecimentos e desenvolver uma série de habilidades de forma a ser capaz de responder em tempo útil, nunca esquecendo que o doente é uma pessoa, e não uma doença.

Várias situações foram surgindo, como paragens cardiorrespiratórias, alterações súbitas do estado hemodinâmico do doente, exigiram de nós uma atuação pronta e eficaz, por vezes, criativa, para a resolução destes. Sentimos que contribuímos para o desenvolvimento do juízo clínico na restante equipa de saúde, promovendo a discussão em que a fundamentação científica e a análise dos dados obtidos na avaliação dos doentes era central para a elaboração do plano de cuidados.

Executamos cuidados técnicos de alta complexidade, como desfibrilhação, entubação endotraqueal, tendo sempre uma noção de protocolos de suporte avançado de vida (Nolan, et al. 2010), de trauma (Massada 2005; Wesson 2006; Grupo de Trabalho do Trauma 2007; McSwain, *et al* 2007; Nayduch 2009), emergências cardíacas (Lipman e Cascio 2001; Khan 2007; Thaler 2007). Locais como a Triagem do SU, Unidade de Decisão Clínica do SU, a Unidade de Cuidados Intermédios do SU são locais onde a identificação de focos de instabilidade e de risco de falência são fundamentais para se agir de uma forma antecipatória, prevenindo a evolução para estadios mais graves. De facto, num hospital grande parte das paragens cardiorrespiratória são antecipáveis e preveníveis (Nolan, *et al* 2010).

Na abordagem ao doente crítico, a implementação de protocolos torna-se uma arma importante para sua optimização e sistematização, permitindo-nos detectar prematuramente eventuais complicações que podem surgir da nossa abordagem. Assim, desta forma, a vigilância do doente crítico assume-se fundamental para a implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações atempadamente.

A utilização de vias verdes para a identificação e tratamento atempado de patologias é uma forma de procurar a otimização do atendimento à pessoa em situação crítica. Destacamos aqui a abordagem à Sepsis, pois com a existência da UCISU e a implementação da Via Verde Sepsis (Comissão Regional do Doente Crítico 2009) o doente entrado no SU com Sepsis é valorizado. A Sepsis grave é uma das razões mais comuns para pacientes em estado crítico serem internados em Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos com taxas muito altas de morbidade e de mortalidade, sendo o reconhecimento e tratamento precoce fundamental para a redução da mortalidade (Ronco, *et al* 2004; Comissão Regional do Doente Crítico 2009; Levinson, *et al* 2011).

A nossa formação em SAV serviu como ponto de referência para esta abordagem ao doente crítico, permitindo-nos executar cuidados técnicos de elevada complexidade, e integramo-nos na equipa de forma válida e útil. Juntamente com a equipa multidisciplinar, sintetizamos, interpretamos, tomamos decisões e avaliamos respostas com base de uma prática baseada na evidência, e no conhecimento científico vigente, permitindo-nos também priorizar os problemas clínicos.

Um facto que nos fez refletir bastante foi a abordagem à dor, sendo esta um fenómeno fisiológico fundamental para a integridade da pessoa, apresentando-se como o motivo principal para a procura de cuidados de saúde (Direcção Geral da Saúde 2008). Este facto demonstra a importância que a dor tem perante a qualidade de vida das pessoas, pois causa alterações orgânicas, psicológicas e sociais, que, quando mal abordada pode causar perpetuação do fenómeno doloroso. Mesmo sendo um sinal vital subjetivo, a mensuração da dor torna-se importante para avaliar a eficácia da nossa atuação. Uma das melhores formas de a avaliarmos é aquela que o doente refere, sendo que em grande parte das vezes no doente crítico não é possível dada a impossibilidade de comunicação verbal. Sendo o quinto sinal vital (Direcção Geral da Saúde 2003, 2008), a dor é central na abordagem à pessoa na Triagem de Manchester, a identificação das evidências físicas e emocionais da dor assume proporções elevadas na abordagem à pessoa em situação crítica. Sentimos por parte das equipas de emergência por onde estagiamos que a dor foi sempre valorizada e reconhecida como influenciadora do bem estar da pessoa, e por vezes importante no diagnóstico de patologias ou problemas de risco potencial à vida.

O doente em situação crítica, do ponto de vista emocional é um fardo difícil de superar, pois toda a estrutura de emergência (pré e hospitalar) está vocacionada para o curar, e assumir que a tecnologia médica, por mais avançada que seja, tem limites. Na realidade, “quanto mais

avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte” (Kubler-Ross 2000 p. 11), e arriscamo-nos a negar que quando não há mais nada a fazer para curar, muito pode ser feito para cuidar do doente e família, pelo que os cuidados de saúde durante o processo de doença e morte não podem ser banalizados. Procuramos fugir ao cliché típico de uma unidade de emergência, onde a pessoa se vê rodeada por um amontoado de pessoas que prestam basicamente cuidados de cariz técnico-científico, reconhecendo que a pessoa humana, não é apenas um organismo material e físico, mas um ser de percepções e vivências que possui uma totalidade e singularidade que lhe confere um carácter único. Existem alturas em que temos que abrir espaço para o amor, afectividade e acompanhamento da família (Santos 1996). A pessoa e sua família devem sentir que são realmente os beneficiários dos cuidados que estão a ser prestados, e a melhor forma de o demonstrar é procurar transmiti-lo nos pequenos gestos e pequenas atenções que vamos efetuando na nossa atuação (Hesbeen 2000; Gallo e Melo 2009).

No pré hospitalar sentimos a necessidade que os profissionais de saúde dos cuidados primários têm de cada vez mais de incidir sobre a família do doente terminal, e passar a mensagem de que a morte é um processo pessoal e íntimo pelo que o doente tem o direito de ser informado de forma gradual e respeitosa sem que se aumentem as tensões ou angústias, de forma a que se evite a utilização de meios desproporcionados, prolongando muitas vezes o sofrimento do doente, contribuindo temporariamente para um desfecho desajustado. E, apesar de já existir uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho), continua a existir doentes que ficam confinados a um leito, sofrendo os efeitos colaterais de um mal incurável. Apesar de uma lista longa 72 unidades no Norte, sendo 9 em Braga, a RNCCI parece ser insuficiente para as necessidades do país, continuando assim nos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, nos enfermeiros dos serviços pré hospitalares, e nos enfermeiros dos serviços urgência a responsabilidade de zelar pelo combate a esta realidade (Despacho conjunto n.º 2732/2009, de 21 de Janeiro).

A relação com o doente e família torna-se chave. Pretende-se que o doente seja proativo na consecução do seu processo de saúde através de uma relação de parceria com o profissional de saúde (Concelho de Enfermagem 2002). A relação de ajuda é um instrumento terapêutico inquestionável no cuidar, exigindo aos enfermeiros competências específicas no âmbito da relação e comunicação (Simões 2008). O tempo que leva a construir uma relação terapêutica, é mais longo que aquele que o enfermeiro que trabalha num serviço de urgência ou no pré hospitalar dispõe. Procuramos, durante todo o período de estágio, fundamentar a nossa relação com a pessoa e família baseada em conhecimentos de técnicas de comunicação, buscando estratégias que pudessem facilitar a comunicação e relação com a pessoa e família.

3.2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

Do ponto de vista concetual, não pudemos desenvolver competências nesta área, pois quer as instituições hospitalares, os municípios e distritos quer os meios de emergência pré hospitalar já têm definido um plano de contingência na eventualidade de catástrofe.

De acordo com a Lei 27/2006 de 3 de Julho os Distritos, os Governos Civis, têm um Plano Distrital de Emergência que pretende constituir uma plataforma de modo a dar resposta organizada aos danos provocados por situações de acidente grave ou catástrofe. Este define uma estrutura de coordenação, direção, comando e controlo, regulando a forma como é assegurada a coordenação institucional, a articulação e intervenção das organizações integrantes do Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro e de outras entidades públicas ou privadas a envolver nas operações (Governo Civil do Distrito do Porto 2010).

Independentemente da localização, este plano pretende providenciar as condições e a disponibilização dos meios indispensáveis à minimização dos efeitos adversos de um evento de grande amplitude, desenvolver, o nível adequado de preparação para a emergência para as diferentes tipos de risco, promover estratégias que assegurem a continuidade e a manutenção da assistência e possibilitem a reabilitação, com a maior rapidez possível, do funcionamento dos serviços públicos e privados essenciais, preparar a realização regular de treinos e exercícios e promover junto das populações acções de sensibilização para a autoprotecção.

Os hospitais estão inseridos nesta planificação, sendo pontos chave na assistência às vítimas resultantes das catástrofes. O Hospital de Braga, devido a ter uma estrutura física com 6 meses tinha um plano em atualização, estando ainda em vigor o da estrutura do anterior hospital. Na prática, nunca vimos o plano de emergência a ser ativado, no entanto os princípios fundamentais deste, na atribuição de graus de urgência, planeamento da sequência de atuação, e sistematização das ações a desenvolver de modo a dar resposta útil e necessária às situações de multivítimas, são diariamente postos à prova no serviço de urgência. Situações de picos de afluência, transformam o atendimento aos doentes um desafio, sendo aqui, a Triagem de Manchester um elemento chave na identificação do doente crítico, a existência de Vias Verdes, na otimização da abordagem a este.

3.3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Nos finais do século XIX, Florence Nightingale representou uma significativa importância histórica no controle de infeção através da sua contribuição na (re)organização dos hospitais e, conseqüentemente, na implantação de medidas para o controle das infeções hospitalares, como a preocupação voltada para os cuidados de higienização, o isolamento dos doentes, o atendimento individual, a utilização controlada da dieta e a redução de leitos no mesmo ambiente. Instituído medidas de organização, sistematização do atendimento e treino de pessoal, especialmente as práticas higiênico-sanitárias contribuiu para a redução das taxas de mortalidade hospitalar da época.

Atualmente a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (que inclui serviços de ambulatório e todas as unidades que prestam cuidados de saúde para além do hospital) (Costa, *et al* 2009) é tema central quando se fala na qualidade de serviços de saúde. Sendo uma infeção adquirida pelos utentes dos cuidados de saúde em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo inclusive afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade (Direcção Geral da Saúde 2007), pode influenciar o tempo de internamento, a morbilidade e a mortalidade, e os custos de internamento (Ducel, *et al* 2002; Direcção Geral da Saúde 2007; Yokoe e Classen 2008; Scott 2009).

Segundo a OMS (Direcção Geral da Saúde 2007) as IACS podem ser reduzidas até um terço, através da implementação de linhas orientadoras e de programas específicos fundamentais, utilizando as Comissões de Controlo de Infeção como catalisadores destes programas, como o Plano Nacional de Controlo de Infeção.

Muitas vezes, a falta de cuidado com a prevenção da infeção é justificada com a necessidade urgente de cuidados, no entanto pensamos que nem sempre este motivo é válido, e muitas vezes a execução de gestos que promovam a prevenção da infeção não faz tardar a intervenção.

Quer no pré hospitalar, quer no SU a necessidade de implementar medidas que previnam a infeção são prementes. A disponibilização de solução asséptica de base alcoólica para a higienização das mãos em locais estratégicos foi um dos pontos que discutimos e procuramos implementar durante o estágio, usando a nossa prática diária como ponto de partida para promover prática de prevenção de infeção.

4 – Conclusão

Este relatório é um instrumento importante onde compilamos todos os acontecimentos vividos durante o estágio, transformando-se, para além de um documento de avaliação, num testemunho de descoberta, e de suporte à vida pessoal, académica e profissional (Silva e Tanji 2008).

Inicialmente propusemos uma série de objetivos, que consideramos atingidos. Este relatório descreveu o nosso percurso durante o Módulo I e o Módulo III do estágio, e através de uma abordagem descritiva e interpretativa da prática dos cuidados de enfermagem, criamos um instrumento de descrição da extensão e a profundidade dos cuidados de enfermagem por nós prestados durante o estágio, e como estes nos permitiram desenvolver as competências como enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que nos propusemos no início do estágio, justificando o não atingimento total de algumas competências, servindo assim como um momento de meditação e de avaliação.

Optamos por uma análise mediante as competências definidas pelo Regulamento nº 122/2011, de 8 de Fevereiro e o Regulamento 124/2011, de 8 de Fevereiro, que definem as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, e das Competências Específicas da Especialidade sobreponível com a Enfermagem Médico-cirúrgica que é a Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, pois a evolução das especialidades em enfermagem passam invariavelmente por esta conceptualização.

Fruto de um estágio muito vocacionado para o determinismo tecnológico, procuramos fugir para a tendência natural de nos focar apenas na componente técnica e procuramos assumir o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como um perito em cuidar de seres humanos, na sua universalidade de ser e sentir (Watson 2002), pois a enfermagem é uma ciência voltada para o ser humano e para o estudo da sua compreensão. Para tal, competências nos domínios da qualidade, da gestão de cuidados, da responsabilidade profissional e ética e da formação são essenciais para todos os enfermeiros especialistas se afirmarem como enfermeiros de uma Prática de Enfermagem Avançada (A. Silva 2007), sendo

capaz de ser um executante técnico de excelência, e ao mesmo tempo ser um líder na procura da excelência do cuidar em todas as suas dimensões.

O facto de, quer o pré-hospitalar, quer o SU, serem locais de primeira linha para o contacto com a pessoa doente, permitiu-nos explorar o atendimento ao doente de formas que na nossa experiência de trabalhar em internamentos não nos tinha sido possível. Aqui, o princípio que as pessoas não são agentes passivos que experienciam emoções (Kashdam 2007) é evidenciado, pois também para além de as gerir muitas vezes lutam com estas. Como profissionais focalizados no atendimento ao doente em situação crítica e à sua família, o desenvolvimento da resiliência é fundamental. O treino das emoções positivas (Tugade e Fredrikson 2007) torna-se fundamental para sobreviver à tragédia diária que se vive num serviço de urgência e continuar a prestar cuidados de saúde com qualidade e humanidade.

Assim, o enfermeiro especialista, é, em primeiro lugar, um líder, na busca da qualidade dos cuidados e hábil nas técnicas de comunicação com o doente, família e restante equipa multidisciplinar de forma a ser o interveniente chave das experiências humanas de saúde e doença, demonstrando uma forte componente ética e moral aos cuidados a prestar assumindo a pessoa como um ser único e indissociável do seu universo, sendo uma parceria entre a pessoa e o enfermeiro com o cuidar direccionado para o bem-estar da pessoa tal qual ela o definir (Kérouac 1996).

Este estágio permitiu-nos procurar as balizas da ciência médica de emergência, no máximo do que ela é capaz de oferecer permitindo-nos desenvolver uma enfermagem altamente técnica, mas sempre focado na pessoa como ser humano, indissociável das suas várias dimensões, tendo sido um dos nossos grandes investimentos, o desenvolvimento e implementação de formações voltadas para a população, assumindo a pessoa como elemento central na actividade de enfermagem.

Este estágio complementou a nossa forma de ver enfermagem como central para as experiências de saúde do doente, não apenas na execução de técnicas, na promoção do humanismo e espiritualismo, e numa actividade vocacionada para o atendimento, mas também numa postura de parceira do cuidar, de companheira da pessoa nas suas experiências de saúde, promotora de uma atitude positiva perante a vida, de forma a promover a resiliência e a ampliação do alcance das possibilidades que a pessoa tem à frente (Tugade e Fredrikson 2007).

5 - Referencias Bibliográficas

- Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Ministério da Saúde, Diário da República nº 191 Série I - A
- Decreto-Lei nº 86/2003, de 26 de Abril. Define as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas. Ministério das Finanças, Diário da República nº 97, I Série A
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Diário da República – I Série A
- Lei n. 27/2006, de 3 de Julho. Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil. Assembleia da República, Diário da República, 1ª Série
- Decreto-Lei nº 141/2006, de 27 de Julho de 2006. Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, revendo o regime jurídico aplicável à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global de parcerias público-privadas. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Diário da República nº 144 – Série I
- Despacho conjunto n.º 2732/2009, de 21 de Janeiro. Identifica, as unidades da RNCCI. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, *Diário da República, 2.ª série*
- Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro Proceda à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril, Diário da República nº 180 1.ª série
- Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro, Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República nº 35, Série II
- Regulamento nº 124/2011, de 18 de Fevereiro, Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República nº 35, Série II
- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P, Comissão Regional do Doente Crítico. 2009. Via Verde Sepsis, Ministério da Saúde
- Allegre, C., et al. 1998 Declaração de Sorbonne. Paris

- Amberg, A. 2011. Incarnational Spirituality in Partnership with the Powers of the Universe. [Master Degree in Contemporary Spirituality] Lorian Center for Incarnational Spirituality 100 p
- Backes, D.S., et al. 2009. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. Revista Latino-Americana de Enfermagem 16
- Bardy, G.H. 2011. A Critic's Assessment of Our Approach to Cardiac Arrest. New England Journal of Medicine 364
- Bauman, Z. 1998. O mau estar da pós modernidade. Jorge Zahar Editor Lda, Rio de Janeiro, 273 p
- Bauman, Z. 1999. Globalização – As consequências humanas. Jorge Zahar Editor Lda, Rio de Janeiro, 138 p
- Bauman, Z. 2007. A vida fragmentada – Ensaio sobre a Moral Pós-Moderna. Jorge Zahar Editor Lda, Rio de Janeiro, 313 p
- Benner, P. 2001. De Iniciado a Perito. Quarteto Editora, Coimbra
- Carapinheiro, G. 1998. Saberes e poderes no Hospital - Uma sociologia dos serviços hospitalares. Edições Afrontamento, Lisboa
- Collière, M.-F. 1999. Promover a Vida, LIDEL, Lisboa
- Comissão Regional do Doente Crítico. 2009. Um ano de reflexão e mudança!. ARS Norte
- Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências. 2007. Proposta da Rede de Urgências – Relatório Final. Ministério da Saúde
- Conklin, A., et al. 2009. Improving Patient Safety in the EU. RAND Corporation, 148 p
- Conselho de Enfermagem. 2002. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 18 p
- Costa, C.M., et al. 2009. Critérios do CDC para o Diagnóstico das Infecções – PNCI. Direcção Geral da Saúde 57 p
- Declaração de Bolonha (1999). Bolonha
- Delors, J., et al. 1996. Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. Cortez Editora, Brasília
- Dias, M.S., et al. 2001. Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapêutica dialítica. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo 35: 7 p
- Direcção Geral da Saúde. 2003. Circular Normativa 09/DGCG – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da dor. Ministério da Saúde, Lisboa 4 p.
- Direcção Geral da Saúde. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de saúde. Ministério da Saúde, Lisboa, 20 p
- Direcção Geral da Saúde. 2008. Circular Normativa 11/DSCS/DPCD – Programa Nacional de Controlo da Dor. Ministério da Saúde, Lisboa 16 p
- Direcção de Serviços de Planeamento. 2001. Rede de referência hospitalar de Urgência/Emergência. Direcção Geral da Saúde. Lisboa

- Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. 2011. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Direção-Geral da Saúde, Lisboa, 145 p
- Dowie, R., et al. 2003. "Event tree" analysis of out-of-hospital cardiac arrest data: confirming the importance of bystander CPR. *Resuscitation* 56
- Duce, G., et al. 2002. Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Ministério da saúde, Lisboa 93 p
- Frenk, F., et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 356: 35 p
- Furukawa, P.O., I.C. Cunha. 2010. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem* 63: 6 p
- Gallo, A.M., H.C. Mello. 2009. Atendimento Humanizado em Unidades de Urgência e Emergência. *FAPCiencia* 5
- Giddens, A. 2000. As consequências da Modernidade, Celta Editora, Oeiras
- Giddens, A. 2002. *Runaway World - How Globalisation Is Reshaping Our Lives*. Profile Books Ltd, London, 104 p
- Giddens, A. 2004. *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa
- Gomes, J.B., L.D. Casagrande. 2002. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 10: 5 p
- Gonçalves, V.G. 2008. Espiritualidade, cultura e práticas de enfermagem em situações terminais: estudo etnográfico em contexto hospitalar [dissertação de Mestrado] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- Governo Civil do Distrito do Porto. 2010. Plano Distrital de Emergência e de Proteção Civil do Porto. Ministério da Administração Interna, 119 p
- Grupo de Trabalho do Trauma. 2007. Normas de boa prática em trauma. Ordem dos Médicos
- Hesbeen, W. 2002. Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. *Lusociência*, Camarate.
- Hunter, J. C. 2004. *O Monge e o Executivo – Uma História Sobre a Essência da Liderança*. Sextante, 144 p
- Instituto Nacional de Emergência Médica. 2009 a). Meios - Ambulâncias SIV. Disponível: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27955 [data de acesso: 01/19/2012]
- Instituto Nacional de Emergência Médica. 2009 b). Meios - VMER. Disponível: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27966 [data de acesso: 01/19/2012]
- Instituto Nacional de Emergência Médica. 2009 c). Meios – Ambulâncias SBV. Disponível: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27944 [data de acesso: 01/19/2012]
- Instituto Nacional de Estatística. 2010. Anuário estatístico de Portugal 2009
- Juran, M.J., A.B. Godfrey. 1998. *Juran's Quality Handbook*. Fifth Edition, McGraw-Hill, 1730 p

- Kashdam, T. 2007. New Developments in Emotion Regulation with an Emphasis on the Positive Spectrum of Human Functioning. *Journal of Happiness Studies* 8: 8 p
- Kérouac, S. 1996. *El pensamiento enfermeiro*. Masson
- Khan, M.G. 2007. *Cardiac Drug Therapy Seventh Edition*. Humana Press Inc., New Jersey
- Kubler-Ross, E. 2000. *Sobre a Morte e o Morrer*. Editora Martins Fontes, São Paulo
- Lipman, B., T. Cascio. 2001. *ECG – Avaliação e Interpretação*. Lusociência, Loures
- Lerner, E.B., et al. 2008. Cardiac arrest patients rarely receive chest compressions before ambulance arrival despite the availability of pre-arrival CPR instructions. *Resuscitation* 77
- Lino, M.M., A.M. Calil. 2008. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 42: 7 p
- Levinson, A.T., et al. 2011. Reducing Mortality in Severe Sepsis and Septic Shock. *Seminars of Respiratory Critical Care Medicine* 32: 17 p
- Marin, H., et al. 2000. *Building Standard-Based Nursing Information Systems*. Pan American Health Organization - Division of Health Systems and Services Development, World Health Organization
- Massada, S. 2005. *Protocolo de actuação perante o doente com trauma cerebral*. Departamento de Anestesia e Cuidados Intensivos, Serviço de Cuidados Intensivos, Hospital de São João, Porto
- McSwain, N., et al. 2007. *PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado 6ª Edição*, Elsevier Editora
- Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P, Escala Braga. 2009. *Rede de Referência do Hospital de Braga*
- Ministério da Saúde, Administração Regional de saúde do Norte, I.P. 2011. *Rede de referência do Hospital de Braga 2011*.
- Monticelli, M., et al. 2010. *Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado*. *Texto Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, 19: 9 p
- Nayduch, D. 2009. *Trauma Care*. McGraw Hill
- Nolan, J., et al. 2010. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. Paula Grácio, *Revista de saúde Infantil, ASIC - Associação de Saúde Infantil de Coimbra*, Coimbra
- Nunes, E., et al. 2011. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19: 9 p
- Olasveengen, T., et al. 2009. Out-of hospital advanced life support with or without a physician: effects on quality of CPR and outcome. *Resuscitation* 80
- Oliveira, A., E. Guirardello. 2006. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 40: 7 p

- Ordem dos Enfermeiros. 2007. Tomada de Posição: Enfermagem no Pré-Hospitalar - Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. A Enfermagem – A Profissão. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx> [data de acesso: 01/25/2012]
- Pereira, S.N. 2009. Qualidade em Saúde: O papel dos Sistemas de Informação [tese de Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica] Departamento de Física - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa 92 p
- Pereira, C.A. 2010. A Vivência da Morte de um Familiar no Serviço de Urgência: Contributo da Enfermagem [dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto 148 p
- Pergola, A.M., I. M. Araújo. 2008. O leigo em situação de emergência. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo 42
- Pontes, B., et al. 2008. Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência da RAM [relatório da Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar] Universidade Atlântica, Funchal 74 p
- Rego, A. M. Cunha. 2003. A essência da liderança. HR, Lisboa
- Rego, A. 2010. Reformas no Sector da Saúde: A Equidade em Cuidados Intensivos. Universidade Católica Editora, Lisboa
- Reiriz, A., et al. 2006. Cuidados Paliativos, a terceira via entre a Eutanásia e Distanásia: Ortotanásia. Prática Hospitalar 48
- Ribeiro, O.P., et al. 2008. Qualidade dos Cuidados de Saúde. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu 21 p
- Rios, T.A. 2008. A presença da filosofia e da ética no contexto profissional. ORGANICOM 5: 11 p
- Rodrigues, E.M., et al. 2011. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo 45: 7 p
- Ronco, C., et al. 2004. Sepsis, kidney and multiple organ dysfunction. Edwards Lifesciences, Basel
- Rosafio, T., et al. 2001. Chain of survival: differences in early access and early CPR between policemen and high-school students. Resuscitation 49
- Rossa, M.J. 2007. A Pessoa em fim de vida - vivências dos Enfermeiros [dissertação de Mestrado em Bioética] Departamento de Bioética, Universidade de Lisboa
- Santos, A.L. 1996. Acompanhamento dos doentes terminais: Cuidados Paliativos. in Archer, L. et al. Bioética. Editorial Verbo, Lisboa
- Santos, A.F. 2000. Influência do Acolhimento na Diminuição da Ansiedade dos Doentes Coronários [dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto 252 p

- Santos, P.T., et al. 2010. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. *Acta Paulista de Enfermagem* 23: 8 p
- Schoeller, S.D. et al. 2011. Cuidando: Eixo da Vida, Desafio da Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM* 1: 9 p
- Schon, D. 2000. Educando O Profissional Reflexivo: Um Novo Design. *Artmed*
- Scott, R.D. 2009. The Direct Costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention. National Center for Preparedness, and Control of Infection Diseases, Centers for Disease Control and Prevention
- Silva, K.L., R.R. Sena. 2006. Nursing Education: Seeking Critical-Reflexive Education and Professional Competences. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 14: 7 p
- Silva, A. 2007. Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* 55: 9 p
- Silva, A.M. 2007. Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência [dissertação de Mestrado em Bioética] Faculdade de Medicina, Universidade do Porto 266 p
- Silva, C.M., S. Tanji. 2008. O portfólio reflexivo: pareceres dos estudantes de enfermagem. *Revista Ibero Americana de Educacion* 6
- Silva, L.A., et al. 2010. Educação Permanente em Saúde e no Trabalho de Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 31: 5 p
- Simões, R.M. 2004. Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem [dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto 190 p
- Simões, R.M. 2008. Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem [dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade de Porto 239 p
- Siqueira-Batista, R., Schram, F.R. 2004. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 9
- Smuts, J.C. 1927. *Holism and Evolution*. Macmillan and Co, Limited, London 898 p.
- Soares, D. 2004. Fim de vida: Limitação do esforço terapêutico. *Nursing* 189: 3 p
- Sotoodehnia, N., et al. 2001. Reducing mortality from sudden cardiac death in community lessons from epidemiology and clinical applications research. *Cardiovascular Research* 50
- Sousa, L. B., M. G. Barroso. 2009. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro*, 13: 7 p
- Stiell, I.G., et al. 2004. Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. *New England Journal of Medicine* 12
- Thaler, M.S. 2007. *The only EKG book you'll ever need*. Lippincott Williams & Wilkins
- The Council of the European Union. 2009. Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. *Official Journal of the European Union*, 151: 6 p

- The European Higher Education Area (2005) Communiqué of Bergen. Bergen. Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, 6 p.
- Tugade, M., B. Fredrikson. 2007. Regulation of Positive Emotions: Emotion Regulation Strategies that Promote Resilience. *Journal of Happiness Studies* 8: 24 p.
- Tunes, E. 2006. Uma Crítica às Teorias de Clássicas de Aprendizagem e à sua Expressão no Campo Educativo. *Linhas Críticas* 12: 22 p
- UNESCO. 1986. Declaração de Veneza
- UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
- Universidade Católica Portuguesa. 2009. Enquadramento. Disponível: <http://www.ics.porto.ucp.pt/> [data de acesso: 06/15/2011]
- Universidade Católica Portuguesa. 2011. Folheto de Divulgação. Disponível: http://www.porto.ucp.pt/twt/ICS/MyFiles/folhetos/Mes_enfer_medico_Cirurgica.pdf [data de acesso: 06/15/2011]
- Varanda, J., et al. 2006. O Serviço de Urgência - Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes. Ministério da saúde, Hospitais SA
- Vieira, M. 2008. Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência, 2ª edição. Universidade Católica Editora, Lisboa, 156 p
- Waldow, V. R., R. F. Borges. 2011. Cuidar e Humanizar: Relações e significados. *Acata Paulista de Enfermagem* 24: 5 p
- Watson, J. 2002. Enfermagem – Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem, Lusociência, Loures
- Wesson, D.E. 2006. *Pediatric Trauma - Pathophysiology, diagnosis and treatment*, Taylor & Francis Group, New York
- Yokoe, D. D. Classen. 2008. Improving patient safety through infection control: A new healthcare imperative. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20:9 p.
- Zyga, S. 2011. Nurses Cultural Conscience and Nursing Practice. *International Journal of Caring Sciences* 4: 2 p

Anexos

Anexo I

Artigo: Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho Na Criança

ARTIGO

Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho na Criança

A aspiração de corpos estranhos para a via aérea é uma situação comum em crianças, sendo que a idade de maior risco situa-se entre os 6 meses e os 3 anos[1]. Esta situação está associada habitualmente a um episódio de engasgamento ou sufocação, manifestado por tosse. É potencialmente grave, no caso de obstrução total da via aérea principal, no entanto, na maioria dos casos o corpo estranho aloja-se num brônquio lobar ou segmentar, provocando sintomatologia variada desde tosse, retracção costal, pieira, polipneia, respiração assimétrica, gemidos, ou mesmo não ter sintomas.

Em cerca de metade dos episódios de obstrução da via aérea é necessária mais que uma técnica para resolver a obstrução.

A aplicação de pancadas nas costas, de compressões torácicas e abdominais aumenta a pressão intratorácica e podem expelir corpos estranhos da via aérea. Se uma destas manobras não for eficaz, devem tentar-se as outras, de modo alternado, até o corpo estranho ser expelido. A sequência recomendada para a obstrução grave da via aérea é:

Tratamento da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho na Criança

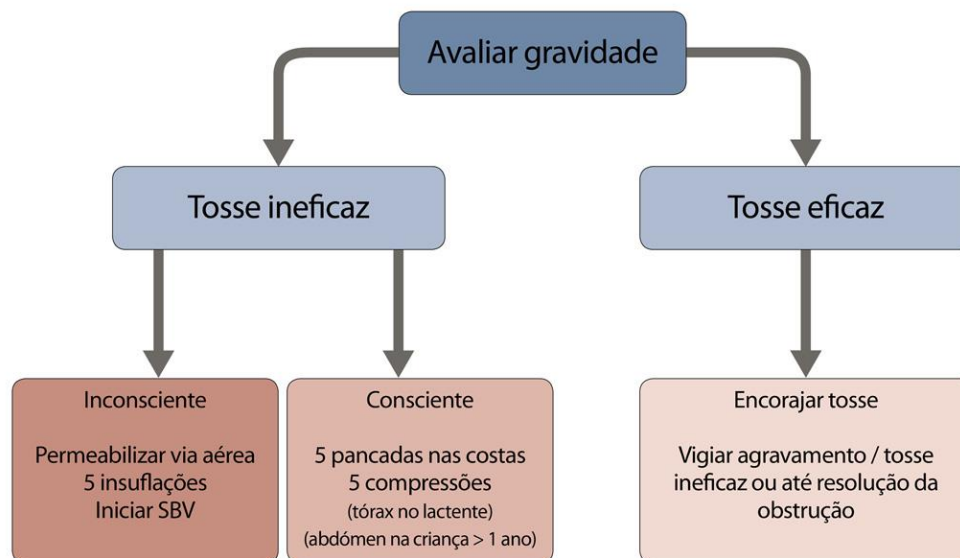


Fig1- Algoritmo para tratamento da obstrução da via aérea por corpo estranho na criança[2]

Assim sendo, na presença de uma criança com uma obstrução da via aérea por corpo estranho com sinais de tosse ineficaz (incapaz de falar ou vocalizar, tosse silenciosa, respiração ineficaz cianose ou diminuição da consciência), a abordagem deverá ser:

5 pancadas nas costas:

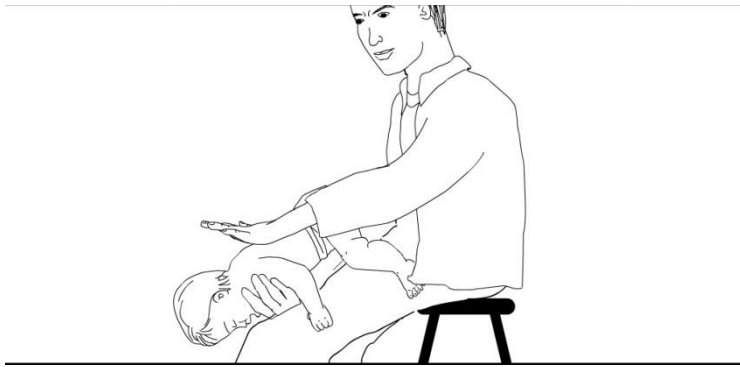


Fig 2 – Pancadas nas costas no lactente [3]



Fig 3 – Pancadas nas costas na criança [4]

Se não resultar alterna-se para as 5 compressões torácicas (no caso de lactente) ou 5 compressões abdominais (no caso de criança com mais de 1 anos):



Fig 4 – Compressões torácicas no bebê [3]

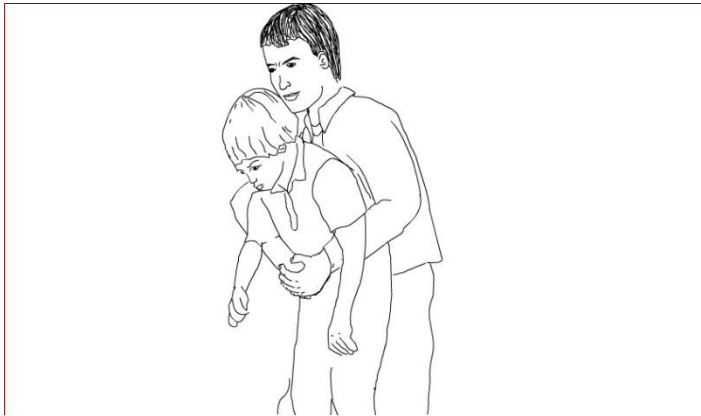


Fig 5 – Compressões abdominais na criança[3]

Se não resultar volta às pancadas nas costas, e assim sucessivamente até conseguir libertar o objecto.

Caso a criança fique inconsciente deve-se reavaliar, pois poderá ser necessário fazer Suporte Básico de Vida e chamar ajuda diferenciada.

São gestos simples como estes, que podem salvar vidas.

Referências Bibliográficas

1. Roda, J., et al., *Corpos estranhos na via aérea: Experiência de um quarto de século*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 2008. **XIV**(6): p. 16.
2. Nolan, J.P., et al., *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. 2010, European Resuscitation Council
3. Assis, a.R.d. *Como salvar a vida de uma criança*. 2003 23/03/2011]; Available from: <http://www.virtual.epm.br/material/sbv/sbvbetabx3.swf>.
4. Candelária, N. *Engasgamento*. 2010 23/03/2011]; Available from: http://www.cuidarcrianca.com/index.php?option=com_content&view=article&id=40%3Aengasgamento&catid=4&Itemid=8.

Anexo II

Formação *Como Agir?* De 8 de Junho no Centro Social de São Lázaro

PLANO DA SESSÃO

TEMA	Como Agir....
DATA	8 de junho de 2010
LOCAL	Centro Social de S. Lázaro - Braga

FORMADOR	Susana Martins
----------	----------------

	CONTEÚDOS	METDOS\TECNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação Levantamento de conhecimento Prévio	Expositivo Interrogativo	Computador Video Projector	5
DESENVOLVIMENTO	O SIEM Ligar 112 Como agir: Epistaxis Corpos estranhos Vómitos e Diarreia Febre Hipotermia Insolação e Golpe de Calor Picadas e Mordeduras Convulsões Intoxicações	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Computador Video projector	70
CONCLUSÃO	Resumo da sessão Avaliação dos conhecimentos adquiridos Avaliação da formação	Expositivo Interrogativo	Computador Video Projector Fichas de avaliação	15

Destinatários	Funcionários do Centro Social da Paróquia de São lázaro Pais das Crianças da Creche, Jardim de Infancia e ATL do Centro Social da Paróquia de S. Lazaro
---------------	--

Objectivos:	Descrever o Sistema Integrado de Emergência Médica	
	Efectuar uma chamada para o 112 de forma rápida e eficaz	
	Identificar sinais de gravidade no caso de : <ul style="list-style-type: none"> Epistaxis Corpos estranhos Vómitos e Diarreia Febre Hipotermia Insolação e Golpe de Calor Picadas e Mordeduras Convulsões Intoxicações 	
	Efectuar o primeiro socorro no caso de: <ul style="list-style-type: none"> Epistaxis Corpos estranhos Vómitos e Diarreia Febre Hipotermia Insolação e Golpe de Calor Picadas e Mordeduras Convulsões Intoxicações 	

COMO AGIR.....

Sumário

- Objectivos
- Primeiros Socorros
- O SIEM
- Actuação no caso de:
 - Epístaxis
 - Corpos Estranhos
 - Lesões pelo calor e pelos frio
 - Intoxicações
 - Picadas e Mordeduras
 - Convulsão
 - Vómitos e Diarreia
 - Febre

Objectivos

- Descrever o Sistema Integrado de Emergência Médica
- Efectuar uma chamada para o 112 de forma rápida e eficaz
- Identificar sinais de gravidade no caso de:
 - Epístaxis; Corpos estranhos; Vómitos e Diarreia; Febre; Hipotermia; Insolação e Golpe de Calor; Picadas e Mordeduras; Convulsões; Intoxicações.
- Efectuar o primeiro socorro no caso de:
 - Epístaxis; Corpos estranhos; Vómitos e Diarreia; Febre; Hipotermia; Insolação e Golpe de Calor; Picadas e Mordeduras; Convulsões; Intoxicações.

Primeiros Socorros

Prestar **1º socorro** é saber aplicar correctamente um conjunto de conhecimentos que permitam, perante uma situação de **acidente ou doença súbita**, estabelecer prioridades e desenvolver acções adequadas com o fim de **estabelecer** ou, se possível, **melhorar a situação da(s) vítima(s)**.

Primeiros Socorros

- Para isso, a acção deve decorrer o mais rapidamente possível e ter carácter limitado e temporário.



acção vantajosa à vítima permitindo a continuidade de cuidados por técnicos especializados e/ou hospitalizados.

Primeiros Socorros

Sucesso do 1º socorro

- Rapidez
- Destreza
- Qualidade das técnicas aplicadas



Socorrista

Primeiros Socorros

Socorrista

É um dos muitos cidadãos deste país com preparação específica de socorrismo, que poderão ajudar a SALVAR uma vida humana, se no local do acidente souber actuar de uma forma imediata, simples e eficaz.

Primeiros Socorros

Qualidades do socorrista

- Possuir bons conhecimentos técnicos
- Ser perseverante
- Ser bom observador
- Ser bom improvisador
- Possui espírito de equipa

Primeiros Socorros

- 🚒 Aos socorristas cabem duas acções fundamentais:
 - 🚒 Accionar o sistema integrado de emergência médica
 - 🚒 Pré-socorro

Primeiros Socorros

- 🚒 Accionar o sistema integrado de emergência médica
- 🚒 Perante uma ou mais vítimas, o socorrista deverá, **OBRIGATORIAMENTE E SEMPRE**, dar o alerta, a fim de que esta(s) receba(m) no domicílio ou no local do acidente e durante o transporte para o hospital os melhores cuidados de emergência.

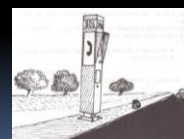
O Sistema Integrado de Emergência Médica

- O SIEM trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com um objectivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde.

Accionar o sistema integrado de emergência médica

- 🚒 Para dar o alerta, existem a nível nacional 2 meios de comunicação:

- ☐ 112
- ☐ Avisadores de estrada S.O.S



Accionar o sistema integrado de emergência médica

🚒 Ao accionar um destes meios de comunicação, deverá informar o operador da central de emergência do seguinte:

- O tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.);
- O número de telefone do qual está a ligar;
- A localização exacta e, sempre que possível, com indicação de pontos de referência;
- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc.

Accionar o sistema integrado de emergência médica

🚒 **Depois de feita a triagem da situação:**

- 🚒 Os operadores dos CODU indicam a melhor forma de proceder
- 🚒 se necessário envia os meios de socorro adequados.

Desligar o telefone apenas quando o operador indicar.

Hemorragia nasal / Epistaxis

Epistaxis é a hemorragia nasal provocada pela ruptura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz.



Hemorragia nasal / Epistaxis

Sinais e sintomas

- 🚒 Saída de sangue pelo nariz, por vezes abundante e persistente.
- 🚒 Se a hemorragia é grande o sangue pode sair também pela boca.

Hemorragia nasal / Epistaxis

O Que Deve Fazer:

- ✓ Comprimir com o dedo a narina que sangra;
- ✓ Aplicar gelo exteriormente
- ✓ Se a hemorragia não pára, introduzir na narina que sangra um tampão coagulante ("Spongostan", por exemplo) fazendo pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida.



Hemorragia nasal / Epistaxis

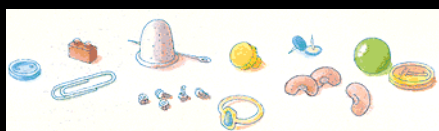
Atenção:



Antes de qualquer procedimento o socorrista deve calçar luvas.

- 🚑 Se a hemorragia persistir mais de 10 minutos transportar a vítima para o hospital

Corpos Estranhos



- 🚑 Corpos estranhos são corpos que penetram no organismo através de qualquer orifício ou após uma lesão de causa variável.

Corpos Estranhos

- 🚑 Podem encontrar-se mais frequentemente:
 - 🚑 Olhos
 - 🚑 Ouvidos
 - 🚑 Vias respiratórias

Corpos Estranhos

Olhos

- 📌 A visão é um dos sentidos mais importantes do ser humano.
- 📌 Logo, qualquer lesão a nível do globo ocular é sempre uma situação grave por implicar perigo da perda de visão.
- 📌 O socorrista deverá ter em conta que qualquer lesão a nível do globo ocular não tratada progride irremediavelmente para a cegueira da vítima.

Corpos Estranhos (olhos)

Duas situações:

- 📌 Presença de um corpo estranho no globo ocular
- 📌 Presença de um objecto penetrante no globo ocular (um objecto estranho encontra-se encravado na córnea da vítima)

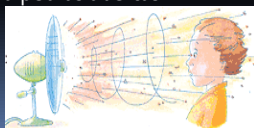
Corpos Estranhos

Presença de um corpo estranho no globo ocular

- 📌 Os mais frequentes são grãos de areia, insectos.

Sinais e Sintomas:

- 📌 Dor ou picada local
- 📌 Lágrimas
- 📌 Dificuldade em manter as pálpebras abertas



Corpos Estranhos (olhos)

O Que Deve Fazer:

- ✓ Abrir a pálpebra do olho lesado com muito cuidado.
- ✓ Fazer correr água sobre o olho, do lado de dentro, junto ao nariz, para fora.

Corpos Estranhos (olhos)



Corpos Estranhos (olhos)

- ✓ Repetir a operação 2 ou 3 vezes.
- ✓ Se não obtiver resultados, fazer um penso oclusivo, isto é, colocar uma gase e adesivo, e enviar ao hospital.

Corpos Estranhos (olhos)

O que não deve fazer

- ✗ Esfregar o olho
- ✗ Tentar remover o corpo estranho com lenço, papel, algodão ou qualquer outro objecto.

Corpos Estranhos (olhos)

Presença de um objecto penetrante no globo ocular.

O Que Deve Fazer:

- 🚑 Acalmar a vítima, explicando-lhe previamente qual vai ser a sua atitude e pedindo toda a sua colaboração.
- 🚑 Colocar a vítima em decúbito dorsal e sem qualquer almofada por baixo.

Corpos Estranhos (olhos)

- Imobilizar o objecto encravado envolvendo-o com as suas mãos ou dentro de um copo de papel seguro à volta deste com adesivo ou ligaduras.



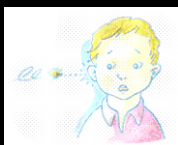
Corpos Estranhos (olhos)

- A vista não lesionada deverá também ser protegida com compressas limpas ou lenço, para que fique em repouso, evitando assim que também se lesione por se movimentar simultaneamente.
- Manter-se junto à vítima até que a equipa dos tripulantes de ambulância chegue ao local, comunicando-lhes os 1ºs socorros que prestou.

Corpos Estranhos

Ouvidos

- Os corpos estranhos são frequentemente os insectos.



Sinais e Sintomas:

- Surdez, zumbido e dor, sobretudo se o insecto estiver vivo.

Corpos Estranhos (ouvidos)

O Que Deve Fazer:

- ✓ Se se tratar de um insecto, deitar uma gota de azeite e enviar ao hospital.
- ✓ Outros corpos estranhos enviar ao hospital

O que não deve fazer

- ✗ Tentar remover o corpo estranho

Corpos Estranhos

Nariz

O Que Deve Fazer:

- ✓ Pedir para se assoar com força, comprimindo com o dedo a narina contrária, tentando assim que o corpo seja expelido.
- ✓ Se não obtiver resultado enviar ao hospital.

Lesões pelo calor e pelo frio

- ☰ Insolação
- ☰ Golpe de calor
- ☰ Hipotermia

Insolação

- ☰ A insolação surge após uma exposição prolongada ao sol.



- ☰ É uma situação grave, pois pode levar a vítima a um estado de choque por desidratação.

Insolação

Sinais e Sintomas:

- ☰ A vítima poderá estar consciente ou inconsciente.
- ☰ Apresenta pele vermelha, quente e seca
- ☰ Refere dores de cabeça intensa, náuseas e vômitos.

Insolação

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar a vítima do local do acidente e colocá-la num lugar fresco e bem ventilado.
- ✓ Desapertar as roupas da vítima, de modo a permitir-lhe uma maior expansão pulmonar.
- ✓ Humedeça os lábios da vítima com uma compressa embebida em água.

Insolação

- ✓ Sobre a testa da vítima deverá aplicar compressas frias, mantendo-as até que a equipa de tripulantes da ambulância chegue ao local.
- ✓ Transmitir à equipa de tripulantes da ambulância todos os 1ºs socorros que prestou à vítima.

Golpe de Calor

- 🚨 Ocorre em indivíduos que se encontram em ambientes muito quentes e húmidos, sem arejamento ou com arejamento difícil (padarias, lavandarias, etc), por falência do mecanismo termorregulador existente no corpo humano.
- 🚨 Assim, por excessiva transpiração, a vítima desidrata e pode entrar em estado de choque hipovolémico.

Golpe de Calor

Sinais e Sintomas:

Sintomatologia específica do choque:

- 🚨 Pele pálida, húmida e viscosa
- 🚨 Respiração rápida e superficial
- 🚨 Pulso rápido e fraco
- 🚨 Sede
- 🚨 Frio
- 🚨 Também pode referir cefaleias, vertigens e falta de forças.

Golpe de Calor

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar a vítima do local do acidente, colocando-a em posição de decúbito dorsal e com as pernas ligeiramente elevadas.
- ✓ Cobrir a vítima com um casaco ou manta de modo a manter a temperatura corporal.
- ✓ Não dar de beber à vítima.
- ✓ Manter-se junto à vítima até que a equipa de tripulantes de ambulância chegue.

Hipotermia

- ✘ É resultante da exposição excessiva ao frio.

Sinais e Sintomas:

- ✘ Pele pálida, húmida e viscosa e/ou, por vezes cianosada.
- ✘ Respiração lenta e superficial
- ✘ Pulso fraco



Hipotermia

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar a vítima do local onde se encontra e colocá-la numa sala aquecida.
- ✓ Deitar a vítima em decúbito dorsal e cobri-la com mantas, tantas quantas as necessárias para manter a vítima aquecida.

Hipotermia

O que não deve fazer

- ✘ Não deve utilizar, para o aquecimento da vítima botijas de água quente, nem colocar a vítima próximo de uma fonte de calor (braseira, lareira e/ou aquecedor eléctrico).
- ✘ Não dar nada a beber à vítima, se ela não estiver bem consciente.
- ✘ Não deve iniciar o aquecimento com banho de água quente.

Intoxicações



- **Intoxicação:** todo e qualquer efeito produzido pelo tóxico no organismo humano.
- **Tóxico:** é uma substância que, uma vez dentro do corpo humano, pode pôr em perigo não só a saúde como a vida da vítima.

Intoxicações

- Qualquer coisa que nos circunda é, em potência, uma substância tóxica quando inadvertida ou erradamente for usada.
- Desodorizante ou depilatório forem ingeridos
- Medicamentos tomados em doses excessivas ou em vias diferentes das prescritas
- Inalação de certos gases
- Ingestão de certos alimentos
- ...

Intoxicações

- As intoxicações ou envenenamentos são situações de socorro primordial pois uma vítima pode encontrar-se em perigo de vida iminente, pelo que a manutenção e vigilância constante das funções vitais são actos essenciais.

Intoxicações

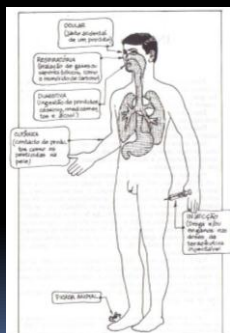
Em função das manifestações e sintomatologia:

- **Agudas:** quando os sinais e sintomas têm um aparecimento rápido (curto espaço de tempo) após o contacto do tóxico com o organismo.
- **Crónicas:** quando os sinais e sintomas aparecem meses ou anos depois, por contacto prolongado com um determinado tóxico.

Intoxicações

Existem várias vias pelas quais o tóxico pode entrar no organismo humano:

- Ocular
- Respiratória
- Digestiva
- Cutânea (injectável ou picada de animal)



Intoxicações

Devido à gravidade destas situações é de extrema importância a sensibilização de todas as pessoas para a sua prevenção, porque este tipo de acidentes é muito frequente nos grupos populacionais de menor idade.

É importante os adultos adoptarem comportamentos saudáveis de armazenamento e protecção para reduzir estes acidentes.

Intoxicações

Sinais e Sintomas:

- Sintomatologia variada (diversos produtos tóxicos)
- Para além do exame geral à vítima deve estar atento a:
 - Odor pouco habitual
 - Seringa ou caixa de medicamentos vazios
 - Grupo de pessoas com sintomas idênticos

Intoxicações

Devido ao nº elevado de tóxicos não existe antídoto específico para todos, assim é necessário proceder à identificação do tóxico através de elementos recolhidos no local do acidente.

Os primeiros socorros a prestar à vítima com suspeita de intoxicação deverão ser adequados não só ao estado da vítima, mas também à via pela qual o tóxico entrou no organismo.

Intoxicações

É importante a recolha de informações, obtendo resposta às seguintes questões:

- O QUÊ?
- COMO?
- QUANTO?
- QUANDO?
- QUEM?

↳ Contactar Centro de Informação Anti-Veneno (CIAV): 808 250 143

Intoxicações

Via ocular

- Após o contacto do tóxico com o globo ocular, a vítima poderá apresentar irritação do olho, acompanhada de um lacrimejar abundante.

Intoxicações (via ocular)

O Que Deve Fazer:

- ✓ Não deve deixar a vítima esfregar a vista afectada com os dedos e/ou a palma das mãos.
- ✓ Inclinr ligeiramente a cabeça da vítima, deixando escorrer água simples do canto interno para o externo do olho afectado

Intoxicações

Via respiratória

- A inalação de gases tóxicos afecta não só a função ventilatória como a função cardíaca da vítima, podendo esta, se não socorrida, entrar em paragem cardiorespiratória.

Intoxicações (via respiratória)

O Que Deve Fazer:

- ✓ Eliminar a fonte do tóxico.
- ✓ Retirar a vítima do local do acidente, colocando-a num sítio arejado e na posição de semi-sentado, se possível.
- ✓ Se possível, deverá retirar à vítima as roupas contaminadas, cobrindo-a com um casaco ou cobertor.

Intoxicações (via respiratória)

O que não deve fazer

- ✗ Não dê nada a beber à vítima.
- 🚒 O socorrista deve manter-se alerta para a ocorrência súbita de paragem cardiorespiratória, iniciando de imediato as manobras de reanimação.

Intoxicações

Via digestiva

Sintomatologia variada:

- 🚒 Pele pálida, húmida e viscosa
- 🚒 Respiração rápida e superficial
- 🚒 Pulso rápido e fraco
- 🚒 Náuseas e vómitos
- 🚒 Diarreia
- 🚒 Dores tipo cólica a nível abdominal
- 🚒 Em casos mais graves – paragem cardiorespiratória



Intoxicações (via digestiva)

O Que Deve Fazer:

- ✓ Contactar o centro de intoxicação
- ✓ Transmitir o que sabe sobre:
 - ✓ a vítima intoxicada (nome, idade ...)
 - ✓ Tóxico (nome, utilização, quantidade ingerida, se foi ou acompanhado de álcool, medicamento ou outro produto).
- ✓ Seguir o aconselhamento dado.
- ✓ Se houver necessidade de evacuar para o hospital, o socorrista deve manter-se no local e esperar pela ambulância.

Intoxicações

Via cutânea

O Que Deve Fazer:

- ✓ Lavar abundantemente com água corrente e sabão.
- ✓ Retirar roupas contaminadas.
- ✓ Usar sempre luvas e se possível máscara.
- ✓ Se a vítima entrar em paragem respiratória NÃO deve ser efectuada respiração boca-boca, pelo risco de intoxicação do socorrista.

Intoxicações - Picadas



Picadas de abelhas e vespas

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar o ferrão com uma pinça
- ✓ Desinfectar com álcool ou outro antisséptico (betadine)
- ✓ Aplicar gelo localmente.

Picadas

Necessitam de cuidados especiais e de transporte imediato ao hospital os casos de;

- 🚑 Picadas múltiplas (enxame)
- 🚑 Pessoas alérgicas
- 🚑 Picadas na boca ou na garganta (pelo risco de asfixia)

Picadas



Picada de peixes venenosos/ouriços/alforrecas

- 🚑 Estas picadas provocam, por vezes, dores muito intensas.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Aplicar no local cloreto de etilo, ou na sua falta, álcool ou gelo.
- ✓ Se não obtiver bons resultados, transportar de imediato para o hospital.

Mordeduras

Mordedura de cão

O Que Deve Fazer:

- ✓ Desinfectar o local da mordedura.
- ✓ Informar-se se o cão está devidamente vacinado.
- ✓ É uma situação que necessita de transporte para o hospital.
- ✓ Atenção: a mordedura de cão envolve risco de infecção.



Mordeduras

Mordedura de gatos/ ratos/ porcos

O Que Deve Fazer:

- ✓ Desinfectar o local da mordedura.
- ✓ Transportar sempre a vítima para o hospital



Mordeduras

Mordedura de víbora ou outra cobra venenosa

O Que Deve Fazer:

- ✓ Manter a vítima imóvel e tranquila.
- ✓ Desinfectar o local da mordedura.
- ✓ Colocar um garrote ou ligadura, não muito apertado nem durante muito tempo, acima da zona mordida, para tentar evitar a difusão rápida do veneno.
- ✓ Atenção: esta manobra só tem interesse se executada logo após a mordedura.



Mordeduras

- ✓ Prevenir e combater o estado de choque
- ✓ Dar a beber chá quente com açúcar
- ✓ Manter a vítima em vigilância; em caso de paragem respiratória fazer ventilação artificial.
- ✓ É uma situação grave que necessita de transporte rápido para o hospital

Mordeduras

O que não deve fazer

- ✗ Dar a beber bebidas alcoólicas
- ✗ Queimar
- ✗ Chupar
- ✗ Tentar golpear a zona mordida

Convulsão

- Movimentos involuntários e incontroláveis, causados por uma descarga elétrica excessiva em neurónios cerebrosocorticais.
- É apenas um sinal clínico de que algo não está bem com o sistema nervoso central (SNC), mas que não necessariamente a causa do problema seja cerebral.
- Dependendo do local afetado e do tipo de descarga elétrica, a manifestação clínica da convulsão pode variar.

Convulsão

Sinais e Sintomas:

- 🚩 Olhar vago e fixo e/ou revirar os olhos
- 🚩 Movimentos bruscos e descontrolados da cabeça e/ou extremidades
- 🚩 Perda da consciência com queda desamparada
- 🚩 "Espumar" pela boca
- 🚩 Perda de urina e/ou fezes
- 🚩 Morder a língua e/ou os lábios.



Convulsão

O que deve fazer:

- ✓ Afastar todos os objectos onde a pessoa se possa magoar
- ✓ Tornar o ambiente calmo afastando os "mirões"
- ✓ Anotar a duração da convulsão
- ✓ Acabada a fase de movimentos bruscos colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança

Convulsão

O que não deve fazer:

- ✗ Tentar imobilizar durante a fase de movimentos brusco
- ✗ Tentar introduzir qualquer objecto na boca
- ✗ Estimular a pessoa (não dar a cheirar aromas fortes, não dar água, não molhar).
- ✗ Tentar fazer respiração boca-boca.

Vómitos e Diarreia

A gastroenterite aguda é ainda uma causa importante de doença nas idades pediátricas

As causas podem ser micróbios (e os mais frequentemente implicados são os vírus, mais de metade dos casos, designadamente um, chamado rotavírus), seguindo-se as bactérias e mais raramente outros agentes, como os parasitas.

Sinais de Perigo

- O grande perigo é a desidratação:
 - Coloração da urina - se escura, é sinal que a reposição de líquidos insuficiente.
 - Sonolência
 - Choro sem lágrimas
 - Sede
 - Palidez

Sinais de Perigo

- Se os sintomas forem intensos ou durarem mais de 48 horas
- Vómitos Persistentes
- Presença de sangue no vómito ou nas fezes

Tratamento

- Geralmente o único tratamento necessário para a gastroenterite é a ingestão adequada de líquidos
- Ingerir pequenos goles de líquido para corrigir a desidratação - o que por sua vez pode ajudar os vômitos a pararem
 - As crianças devem ingerir líquidos com o equilíbrio apropriado de sais e de açúcares

Tratamento

- À medida que os sintomas melhoram, o doente pode incluir na dieta, gradualmente, comidas moles, como cereais cozinhados, bananas, arroz, compota de maçã e pão torrado

Febre

- A febre serve como sinal de alerta para os pais e para os profissionais de saúde, e estima-se que 20% a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa única preponderante.
- Febre é a elevação da temperatura do corpo acima dos valores normais para a pessoa
- Pode-se considerar como temperatura normal um valor entre os 36 e os 37 °C. Considera-se febre quando existe um aumento da temperatura rectal acima dos 38°C.

Febre

- A febre aparece em resposta a agentes infecciosos, tais como bactérias, vírus, fungos ou outros microrganismos ou perante a exposição a agentes não infecciosos, como por exemplo, tóxicos ou drogas

Quando se deve levar uma criança com febre ao médico?

- Se existir febre numa criança com bom estado geral e sem sinais aparentes de localização, deve esperar-se dois a três dias até recorrer ao médico, medicando a criança com antipiréticos (medicamentos para diminuir a temperatura corporal) e com cuidados gerais.
- Se a febre for superior a 39°C e não cede terapêutica antipirética, acompanhada de sinais de localização ou febre em criança com alteração do estado geral deve ser consultado o médico.

Quando ocorrem as convulsões febris?

- Geralmente as convulsões febris acontecem quando a temperatura sobe muito rapidamente
- No entanto, algumas crianças têm predisposição genética para fazer convulsões desencadeadas por febre

Como se deve tratar a febre?

- As crianças são particularmente susceptíveis à febre e à desidratação :
 - Oferecer líquidos, como água, chá, leite ou sumos naturais.
 - Não se deve obrigar a criança a comer se ele não tiver vontade, recomendando-se alimentos leves, sendo de grande importância a ingestão de líquidos.
- Inicialmente deve ser retirada a roupa e os agasalhos e posteriormente recorre-se aos fármacos ou meios físicos, como o banho de água tépida.
- Antipirético deve ser usado apenas quando existir febre
 - respeitado as doses recomendadas para o peso
 - intervalo mínimo entre cada administração de medicamento
 - medida a temperatura antes de cada toma do fármaco.
- A diminuição da febre ocorre após administração do antipirético, podendo a febre reaparecer no intervalo das administrações o que não significa ineficácia da medicação.

Como se deve tratar a febre?

- O banho com água tépida não devem ser usados isoladamente, mas sim acompanhados da administração prévia de antipiréticos.
- Não deve ser usada água fria, que para além do desconforto, pode causar calafrios e tremores aumentando a temperatura.
- O álcool não deve ser nunca utilizado para diminuir a temperatura, porque pode ser absorvido pela pele e causar toxicidade sistémica..
- **Nunca se deve colocar a criança com convulsão febril na banheira.**

como agir ?

Epistaxis

Corpos Estranhos
(Olhos, Ouvidos, Nariz)

Vómitos e Diarreia

Febre

Hipotermia

8
de Junho
21 horas

Insolação e Golpe de Calor

Picadas e Mordeduras

auditório do
centro social
de S. Lázaro

Convulsões

Intoxicações
(via respiratória, via ocular, via digestiva)

formadores
enfermeiro Rui Ribeiro e enfermeira Susana Martins



A Associação de Pais de São Lázaro promove a acção de formação, de pais para pais, onde pais profissionais de saúde nos vêm ajudar a sermos mais competentes e eficazes na prestação dos primeiros socorros aos nossos filhos.

entrada livre

Como Agir.....

Formação integrada no Estágio de Emergência pré-hospitalar do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

SUSANA MARTINS

Junho de 2011

SUMÁRIO

- Objectivos
- Primeiros Socorros
- O SIEM
- Actuação no caso de:
 - Epistaxis
 - Corpos Estranhos
 - Lesões pelo calor e pelos frio
 - Intoxicações
 - Picadas e Mordeduras
 - Convulsão
 - Vómitos e Diarreia
 - Febre

OBJECTIVOS




- Descrever o Sistema Integrado de Emergência Médica
- Efectuar uma chamada para o 112 de forma rápida e eficaz
- Identificar sinais de gravidade no caso de:
 - Epistaxis; Corpos estranhos; Vômitos e Diarreia; Febre; Hipotermia; Insolação e Golpe de Calor; Picadas e Mordeduras; Convulsões; Intoxicações.
- Efectuar o primeiro socorro no caso de:
 - Epistaxis; Corpos estranhos; Vômitos e Diarreia; Febre; Hipotermia; Insolação e Golpe de Calor; Picadas e Mordeduras; Convulsões; Intoxicações.

PRIMEIROS SOCORROS

Prestar **1º socorro** é saber aplicar correctamente um conjunto de conhecimentos que permitam, perante uma situação de **acidente** ou **doença súbita**, estabelecer prioridades e desenvolver acções adequadas com o fim de **estabelecer** ou, se possível, **melhorar a situação da(s) vítima(s)**.

Para isso, a acção deve decorrer o mais rapidamente possível e ter carácter limitado e temporário.









Sucesso do 1º socorro

-  Rapidez
-  Destreza
-  Qualidade das técnicas aplicadas

Socorrista

É um dos muitos cidadãos deste país com preparação específica de socorrismo, que poderão ajudar a SALVAR uma vida humana, se no local do acidente souber actuar de uma forma imediata, simples e eficaz.

Qualidades do socorrista

-  Possuir bons conhecimentos técnicos
-  Ser perseverante
-  Ser bom observador
-  Ser bom improvisador
-  Possui espírito de equipa
- Primeiros Socorros
-  Aos socorristas cabem duas acções fundamentais:
 -  Accionar o sistema integrado de emergência médica
 -  Pré-socorro

Accionar o sistema integrado de emergência médica

- ✚ Perante uma ou mais vítimas, o socorrista deverá, OBRIGATORIAMENTE E SEMPRE, dar o alerta, a fim de que esta(s) receba(m) no domicílio ou no local do acidente e durante o transporte para o hospital os melhores cuidados de emergência.

O Sistema Integrado de Emergência Médica

- O SIEM trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com um objectivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde.
- Accionar o sistema integrado de emergência médica

✚ Ao accionar um destes meios de comunicação, deverá informar o operador da central de emergência do seguinte:

- O tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.);
- O número de telefone do qual está a ligar;
- A localização exacta e, sempre que possível, com indicação de pontos de referência;
- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc.
- Accionar o sistema integrado de emergência médica

Depois de feita a triagem da situação:

- ✚ Os operadores dos CODU indicam a melhor forma de proceder
- ✚ se necessário envia os meios de socorro adequados.

Desligar o telefone apenas quando o operador indicar.

Hemorragia nasal / Epistaxis

Epistaxis é a hemorragia nasal provocada pela ruptura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz.

Sinais e sintomas

- ✚ Saída de sangue pelo nariz, por vezes

abundante e persistente.

- ✚ Se a hemorragia é grande o sangue pode sair também pela boca.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Comprimir com o dedo a narina que sangra;
- ✓ Aplicar gelo exteriormente
- ✓ Se a hemorragia não pára, introduzir na narina que sangra um tampão coagulante (“Spongostan”, por exemplo) fazendo pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida.
- ✚ Se a hemorragia persistir mais de 10 minutos transportar a vítima para o hospital

Corpos Estranhos

Corpos estranhos são corpos que penetram no organismo através de qualquer orifício ou após uma lesão de causa variável.

- ✚ Podem encontrar-se mais frequentemente:
 - ✚ Olhos
 - ✚ Ouvidos
 - ✚ Vias respiratórias

Olhos

- ✚ A visão é um dos sentidos mais importantes do ser humano.
- ✚ Logo, qualquer lesão a nível do globo ocular é sempre uma situação grave por implicar perigo da perda de visão.
- ✚ O socorrista deverá ter em conta que qualquer lesão a nível do globo ocular não tratada progride irremediavelmente para a cegueira da vítima.

Duas situações:

- ✚ Presença de um corpo estranho no globo ocular
- ✚ Presença de um objecto penetrante no globo ocular (um objecto estranho encontra-se encravado na córnea da vítima)

Presença de um corpo estranho no globo ocular

- ✚ Os mais frequentes são grãos de areia, insectos.

Sinais e Sintomas:

- ✚ Dor ou picada local
- ✚ Lágrimas
- ✚ Dificuldade em manter as pálpebras abertas

O Que Deve Fazer:

- ✓ Abrir a pálpebra do olho lesado com muito cuidado.
- ✓ Fazer correr água sobre o olho, do lado de dentro, junto ao nariz, para fora.
- ✓ Repetir a operação 2 ou 3 vezes.
- ✓ Se não obtiver resultados, fazer um penso oclusivo, isto é, colocar uma gase e adesivo, e enviar ao hospital.
- **Corpos Estranhos (olhos)**

O que não deve fazer

- ✘ Esfregar o olho

- ✘ Tentar remover o corpo estranho com lenço, papel, algodão ou qualquer outro objecto.

Presença de um objecto penetrante no globo ocular.

O Que Deve Fazer:

- ✚ Acalmar a vítima, explicando-lhe previamente qual vai ser a sua atitude e pedindo toda a sua colaboração.
- ✚ Colocar a vítima em decúbito dorsal e sem qualquer almofada por baixo.
- ✚ Imobilizar o objecto encravado envolvendo-o com as suas mãos ou dentro de um copo de papel seguro à volta deste com adesivo ou ligaduras.
- ✚ A vista não lesionada deverá também ser protegida com compressas limpas ou lenço, para que fique em repouso, evitando assim que também se lesione por se movimentar simultaneamente.
- ✚ Manter-se junto à vítima até que a equipa dos tripulantes de ambulância chegue ao local, comunicando-lhes os 1ºs socorros que prestou.

Ouvidos

Os corpos estranhos são frequentemente os insectos.

Sinais e Sintomas:

- ✚ Surdez, zumbido e dor, sobretudo se o insecto estiver vivo.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Se se tratar de um insecto, deitar uma gota de azeite e enviar ao hospital.
- ✓ Outros corpos estranhos enviar ao hospital

O que não deve fazer

- ✗ Tentar remover o corpo estranho

Nariz

O Que Deve Fazer:

- ✓ Pedir para se assoar com força, comprimindo com o dedo a narina contrária, tentando assim que o corpo seja expelido.
- ✓ Se não obtiver resultado enviar ao hospital.

Lesões pelo calor e pelo frio

- ✚ Insolação
- ✚ Golpe de calor
- ✚ Hipotermia

Insolação

A insolação surge após uma exposição prolongada ao sol.

É uma situação grave, pois pode levar a vítima a um estado de choque por desidratação.

Sinais e Sintomas:

- ✚ A vítima poderá estar consciente ou inconsciente.
- ✚ Apresenta pele vermelha, quente e seca
- ✚ Refere dores de cabeça intensa, náuseas e vômitos.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar a vítima do local do acidente e colocá-la num lugar fresco e bem ventilado.
- ✓ Desapertar as roupas da vítima, de modo a permitir-lhe uma maior expansão pulmonar.
- ✓ Humedeça os lábios da vítima com uma compressa embebida em água.
- ✓ Sobre a testa da vítima deverá aplicar compressas frias, mantendo-as até que a equipa de tripulantes da ambulância chegue ao local.
- ✓ Transmitir à equipa de tripulantes da ambulância todos os 1^{os} socorros que prestou à vítima.

Golpe de Calor

Ocorre e indivíduos que se encontram em ambientes muito quentes e húmidos, sem arejamento ou com arejamento difícil (padarias, lavandarias, etc), por falência do mecanismo termorregulador existente no corpo humano.

Assim, por excessiva transpiração, a vítima desidrata e pode entrar em estado de choque hipovolémico.

Sinais e Sintomas:

Sintomatologia específica do choque:

- ✚ Pele pálida, húmida e viscosa
- ✚ Respiração rápida e superficial
- ✚ Pulso rápido e fraco
- ✚ Sede
- ✚ Frio
- ✚ Também pode referir cefaleias, vertigens e falta de forças.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar a vítima do local do acidente, colocando-a em posição de decúbito dorsal e com as pernas ligeiramente elevadas.
- ✓ Cobrir a vítima com um casaco ou manta de modo a manter a temperatura corporal.
- ✓ Não dar de beber à vítima.
- ✓ Manter-se junto à vítima até que a equipa de tripulantes de ambulância chegue.

Hipotermia

É resultante da exposição excessiva ao frio.

Sinais e Sintomas:

- ✚ Pele pálida, húmida e viscosa e/ou, por vezes cianosada.
- ✚ Respiração lenta e superficial
- ✚ Pulso fraco

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar a vítima do local onde se encontra e colocá-la numa sala aquecida.
- ✓ Deitar a vítima em decúbito dorsal e cobri-la com mantas, tantas quantas as necessárias para manter a vítima aquecida.

O que não deve fazer

- ✘ Não deve utilizar, para o aquecimento da vítima botijas de água quente, nem colocar a vítima próximo de uma fonte de calor (braseira, lareira e/ou aquecedor eléctrico).
- ✘ Não dar nada a beber à vítima, se ela não estiver bem consciente.
- ✘ Não deve iniciar o aquecimento com banho de água quente.

Intoxicações

Intoxicação: todo e qualquer efeito produzido pelo tóxico no organismo humano.

Tóxico: é uma substância que, uma vez dentro do corpo humano, pode pôr em perigo não só a saúde como a vida da vítima.

Qualquer coisa que nos circunda é, em potência, uma substância tóxica quando inadvertida ou erradamente for usada.

- ✚ Desodorizante ou depilatório forem ingeridos
- ✚ Medicamentos tomados em doses excessivas ou em vias diferentes das prescritas
- ✚ Inalação de certos gases

- ✚ Ingestão de certos alimentos
- ✚ ...

As intoxicações ou envenenamentos são situações de socorro primordial pois uma vítima pode encontrar-se em perigo de vida iminente, pelo que a manutenção e vigilância constante das funções vitais são actos essenciais.

Em função das manifestações e sintomatologia:

- ✚ **Agudas:** quando os sinais e sintomas têm um aparecimento rápido (curto espaço de tempo) após o contacto do tóxico com o organismo.
- ✚ **Crónicas:** quando os sinais e sintomas aparecem meses ou anos depois, por contacto prolongado com um determinado tóxico.

- **Intoxicações**

Existem várias vias pelas quais o tóxico pode entrar no organismo humano:

- ✚ Ocular
- ✚ Respiratória
- ✚ Digestiva
- ✚ Cutânea (injectável ou picada de animal)

Devido à gravidade destas situações é de extrema importância a sensibilização de todas as pessoas para a sua prevenção, porque este tipo de acidentes é muito frequente nos grupos populacionais de menor idade.

É importante os adultos adoptarem comportamentos saudáveis de armazenamento e protecção para reduzir estes acidentes.

Sinais e Sintomas:

- ✚ Sintomatologia variada (diversos produtos tóxicos)
- ✚ Para além do exame geral à vítima deve estar atento a:
 - ✚ Odor pouco habitual

- ✚ Seringa ou caixa de medicamentos vazios
- ✚ Grupo de pessoas com sintomas idênticos

Devido ao nº elevado de tóxicos não existe antídoto específico para todos, assim é necessário proceder à identificação do tóxico através de elementos recolhidos no local do acidente.

Os primeiros socorros a prestar à vítima com suspeita de intoxicação deverão ser adequados não só ao estado da vítima, mas também à via pela qual o tóxico entrou no organismo.

É importante a recolha de informações, obtendo resposta às seguintes questões:

- O QUÊ?
- COMO?
- QUANTO?
- QUANDO?
- QUEM?

Contactar Centro de Informação Anti-Veneno (CIAV): 808 250 143

Via ocular

Após o contacto do tóxico com o globo ocular, a vítima poderá apresentar irritação do olho, acompanhada de um lacrimejar abundante.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Não deve deixar a vítima esfregar a vista afectada com os dedos e/ou a palma das mãos.
- ✓ Inclinar ligeiramente a cabeça da vítima, deixando escorrer água simples do canto interno para o externo do olho afectado

Via respiratória

A inalação de gases tóxicos afecta não só a função ventilatória como a função cardíaca da vítima, podendo esta, se não socorrida, entrar em paragem cardiorespiratória.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Eliminar a fonte do tóxico.
- ✓ Retirar a vítima do local do acidente, colocando-a num sítio arejado e na posição de semi-sentado, se possível.
- ✓ Se possível, deverá retirar à vítima as roupas contaminadas, cobrindo-a com um casaco ou cobertor.

O que não deve fazer

- ✗ Não dê nada a beber à vítima.
- ✚ O socorrista deve manter-se alerta para a ocorrência súbita de paragem cardiorespiratória, iniciando de imediato as manobras de reanimação.

Via digestiva

Sintomatologia variada:

- ✚ Pele pálida, húmida e viscosa
- ✚ Respiração rápida e superficial
- ✚ Pulso rápido e fraco
- ✚ Náuseas e vômitos
- ✚ Diarreia
- ✚ Dores tipo cólica a nível abdominal
- ✚ Em casos mais graves – paragem cardiorespiratória

O Que Deve Fazer:

- ✓ Contactar o centro de intoxicação
- ✓ Transmitir o que sabe sobre:
 - ✓ a vítima intoxicada (nome, idade ...)
 - ✓ Tóxico (nome, utilização, quantidade ingerida, se foi ou acompanhado de álcool, medicamento ou outro produto).

- ✓ Seguir o aconselhamento dado.
- ✓ Se houver necessidade de evacuar para o hospital, o socorrista deve manter-se no local e esperar pela ambulância.

Via cutânea

O Que Deve Fazer:

- ✓ Lavar abundantemente com água corrente e sabão.
- ✓ Retirar roupas contaminadas.
- ✓ Usar sempre luvas e se possível máscara.
- ✓ Se a vítima entrar em paragem respiratória NÃO deve ser efectuada respiração boca-boca, pelo risco de intoxicação do socorrista.




Picadas

PICADAS DE ABELHAS E VESPAS

O Que Deve Fazer:

- ✓ Retirar o ferrão com uma pinça
- ✓ Desinfectar com álcool ou outro antisséptico (betadine)
- ✓ Aplicar gelo localmente.

Necessitam de cuidados especiais e de transporte imediato ao hospital os casos de;

-  Picadas múltiplas (enxame)
-  Pessoas alérgicas
-  Picadas na boca ou na garganta (pelo risco de asfixia)

PICADA DE PEIXES VENENOSOS/OURIÇOS/ALFORRECCAS

Estas picadas provocam, por vezes, dores muito intensas.

O Que Deve Fazer:

- ✓ Aplicar no local cloreto de etilo, ou na sua falta, álcool ou gelo.
- ✓ Se não obtiver bons resultados, transportar de imediato para o hospital.

Mordeduras

MORDEDURA DE CÃO

O Que Deve Fazer:

- ✓ Desinfectar o local da mordedura.
- ✓ Informar-se se o cão está devidamente vacinado.
- ✓ É uma situação que necessita de transporte para o hospital.
- ✓ Atenção: a mordedura de cão envolve risco de infecção.

MORDEDURA DE GATOS/ RATOS/ PORCOS

O Que Deve Fazer:

- ✓ Desinfectar o local da mordedura.
- ✓ Transportar sempre a vítima para o hospital

MORDEDURA DE VÍBORA OU OUTRA COBRA VENENOSA

O Que Deve Fazer:

- ✓ Manter a vítima imóvel e tranquila.
- ✓ Desinfectar o local da mordedura.
- ✓ Colocar um garrote ou ligadura, não muito apertado nem durante muito tempo, acima da zona mordida, para tentar evitar a difusão rápida do veneno.
- ✓ Atenção: esta manobra só tem interesse se executada logo após a mordedura.
- ✓ Prevenir e combater o estado de choque
 - ✓ Dar a beber chá quente com açúcar

- ✓ Manter a vítima em vigilância; em caso de paragem respiratória fazer ventilação artificial.
- ✓ É uma situação grave que necessita de transporte rápido para o hospital

O que não deve fazer

- ✗ Dar a beber bebidas alcoólicas
- ✗ Queimar
- ✗ Chupar
- ✗ Tentar golpear a zona mordida

Convulsão

Movimentos involuntários e incontroláveis, causados por uma descarga elétrica excessiva em neurônios cerebrosocorticais.

É apenas um sinal clínico de que algo não está bem com o sistema nervoso central (SNC), mas que não necessariamente a causa do problema seja cerebral.

Dependendo do local afetado e do tipo de descarga elétrica, a manifestação clínica da convulsão pode variar.

Sinais e Sintomas:

- ✚ Olhar vago e fixo e/ou revirar os olhos
- ✚ Movimentos bruscos e descontrolados da cabeça e/ou extremidades
- ✚ Perda da consciência com queda desamparada
- ✚ “Espumar” pela boca
- ✚ Perda de urina e/ou fezes
- ✚ Morder a língua e/ou os lábios.
- Convulsão

O que deve fazer:

- ✓ Afastar todos os objectos onde a pessoa se possa magoar
- ✓ Tornar o ambiente calmo afastando os “mirones”
- ✓ Anotar a duração da convulsão
- ✓ Acabada a fase de movimentos bruscos colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança
 - Convulsão

O que não deve fazer:

- ✗ Tentar imobilizar durante a fase de movimentos brusco
- ✗ Tentar introduzir qualquer objecto na boca
- ✗ Estimular a pessoa (não dar a cheirar aromas fortes, não dar água, não molhar).
- ✗ Tentar fazer respiração boca-boca.

Vómitos e Diarreia

A gastroenterite aguda é ainda uma causa importante de doença nas idades pediátricas

As causas podem ser micróbios (e os mais frequentemente implicados são os vírus, mais de metade dos casos, designadamente um, chamado rotavírus), seguindo-se as bactérias e mais raramente outros agentes, como os parasitas.

- Sinais de Perigo
 - O grande perigo é a desidratação:
 - Coloração da urina - se escura, é sinal que a reposição de líquidos insuficiente.
 - Sonolência
 - Choro sem lágrimas
 - Sede
 - Palidez
 - Sinais de Perigo
 - Se os sintomas forem intensos ou durarem mais de 48 horas
 - Vómitos Persistentes
 - Presença de sangue no vômito ou nas fezes

Tratamento

Geralmente o único tratamento necessário para a gastroenterite é a ingestão adequada de líquidos

Ingerir pequenos goles de líquido para corrigir a desidratação - o que por sua vez pode ajudar os vômitos a pararem

- As crianças devem ingerir líquidos com o equilíbrio apropriado de sais e de açúcares

À medida que os sintomas melhoram, o doente pode incluir na dieta, gradualmente, comidas moles, como cereais cozinhados, bananas, arroz, compota de maçã e pão torrado

Febre

A febre serve como sinal de alerta para os pais e para os profissionais de saúde, e estima-se que 20% a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa única preponderante.

Febre é a elevação da temperatura do corpo acima dos valores normais para a pessoa

Pode-se considerar como temperatura normal um valor entre os 36 e os 37 °C. Considera-se febre quando existe um aumento da temperatura rectal acima dos 38°C.

A febre aparece em resposta a agentes infecciosos, tais como bactérias, vírus, fungos ou outros microrganismos ou perante a exposição a agentes não infecciosos, como por exemplo, tóxicos ou drogas

Quando se deve levar uma criança com febre ao médico?

Se existir febre numa criança com bom estado geral e sem sinais aparentes de localização, deve esperar-se dois a três dias até recorrer ao médico, medicando a criança com antipiréticos (medicamentos para diminuir a temperatura corporal) e com cuidados gerais.

Se a febre for superior a 39°C e não cede terapêutica antipirética, acompanhada de sinais de localização ou febre em criança com alteração do estado geral deve ser consultado o médico.

Quando ocorrem as convulsões febris?

Geralmente as convulsões febris acontecem quando a temperatura sobe muito rapidamente

No entanto, algumas crianças têm predisposição genética para fazer convulsões desencadeadas por febre

Como se deve tratar a febre?

As crianças são particularmente susceptíveis à febre e à desidratação :

- Oferecer líquidos, como água, chá, leite ou sumos naturais.
- Não se deve obrigar a criança a comer se ele não tiver vontade, recomendando-se alimentos leves, sendo de grande importância a ingestão de líquidos.

Inicialmente deve ser retirada a roupa e os agasalhos e posteriormente recorre-se aos fármacos ou meios físicos, como o banho de água tépida.

Antipirético deve ser usado apenas quando existir febre

- respeitado as doses recomendadas para o peso
- intervalo mínimo entre cada administração de medicamento
- medida a temperatura antes de cada toma do fármaco.

A diminuição da febre ocorre após administração do antipirético, podendo a febre reaparecer no intervalo das administrações o que não significa ineficácia da medicação.

O banho com água tépida não devem ser usados isoladamente, mas sim acompanhados da administração prévia de antipiréticos.

Não deve ser usada água fria, que para além do desconforto, pode causar calafrios e tremores aumentando a temperatura.

O álcool não deve ser nunca utilizado para diminuir a temperatura, porque pode ser absorvido pela pele e causar toxicidade sistémica..

Nunca se deve colocar a criança com convulsão febril na banheira.

Anexo III

Formação SBV De 17 de Junho no Centro Social de São Lázaro

PLANO DA SESSÃO

TEMA	Suporte Básico de Vida
DATA	17 de junho de 2010
LOCAL	Centro Social de S. Lázaro - Braga

FORMADOR	Susana Martins; Manuela Carvalho; Susana Carvalho
----------	---

	CONTEÚDOS		METODOS\TECNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação Levantamento de conhecimento Prévio		Expositivo Interrogativo	Computador Video projector	5
DESENVOLVIMENTO	O SIEM Ligar 112 A cadeia de sobrevivencia SBV Posição Lateral de Segurança Desobstrução das Vias aéreas	20'	Demonstrativo (Método dos 4 passos)	Computador Video projector Modelos anatómicos	80
		60'			
CONCLUSÃO	Avaliação dos conhecimentos adquiridos Avaliação dos formadores		Expositivo Interrogativo	Fichas de avaliação	15

Destinatários	Funcionários do Centro Social da Paróquia de São lázaro Pais das Crianças da Creche, Jardim de Infancia e ATL do Centro Social da Paróquia de S. Lazaro
---------------	--

Objectivos:	Descrever o Sistema Integrado de Emergência Médica	
	Efectuar uma chamada para o 112 de forma rápida e eficaz	
	Abordar a vítima em segurança	
	Reconhecer do doente em risco de vida,	
	Saber pedir ajuda diferenciada	
Iniciar de imediato suporte básico de vida (se indicado) até chegar a ajuda solicitada.		

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA

Braga, Junho 2011

Adaptado de: European Resuscitation Council
<https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/250/1/>



Objectivos

- Garantir condições de segurança
- Reconhecer a importância dos pedidos de ajuda
- Descrever as manobras de reanimação e sua sequência

- **Conjugação de:**
 - permeabilização das vias aéreas
 - ventilação
 - compressões torácicas
- **Com o objectivo de:**
 - manter ventilação e circulação
 - adequadas até obter meios para reverter a causa paragem

Cadeia de Sobrevivência



Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Aproximar em Segurança

	Segurança	
	Verificar consciência	
Local	Gritar por ajuda	
Reanimador	Abrir a Via Aérea	
Vítima	Verificar Sinais de Vida	
Circunstantes	Ligar 112	
	30 compressões torácicas	
	2 ventilações	


REGRA:
"O reanimador não se deve expor a si nem a terceiros a riscos maiores do que os da vítima"

Verificar Consciência



Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Verificar Consciência



Abanar Ombros Suave
Perguntar "Está Bem?"

Se responder:

- Descobrir o que está mal.
- Reavaliar regularmente.
- Pedir ajuda.

Se não responde:**Gritar por ajuda**

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Abrir a Via Aérea

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Avaliar Sinais de Vida

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Avaliar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Avaliar Sinais de Vida

- Ver, Ouvir e Sentir (VOS) por respiração NORMAL
- Durante 10 Segundos
- Não confundir arfadas ocasionais com respiração NORMAL

Respiração Agónica

- Ocorre durante pouco tempo após o coração parar em mais de 40% das paragens cardíacas
- Descrita como respiração breve, pesada, barulhenta ou suspiros
- Reconhecer como sinal de Paragem Cardiorespiratória



SE A VITIMA RESPIRA NORMALMENTE

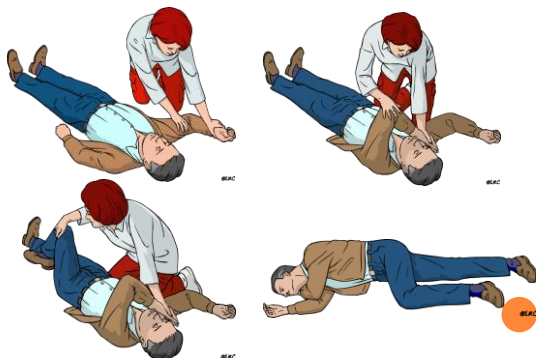
COLOCÁ-LA EM POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



© IAC



POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



Avaliar Sinais de Vida

- Ver, Ouvir e Sentir durante 10 segundos:
- **Sem Sinais de Vida**
- **Respiração Ineficaz**



© IAC





Ligar 112

- O tipo de situação;
- O número de telefone do qual está a ligar;
- A localização exacta e, sempre que possível, com indicação de pontos de referência;

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações



Ligar 112

- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local.

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

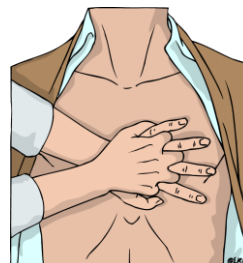
Vítima sem Sinais de Vida

30 Compressões torácicas



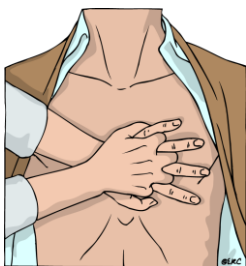
Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Compressões Torácicas



- Colocar a base de uma mão no centro do peito
- Colocar a outra mão em cima
- Entrelaçar os dedos
- Braços esticados

Compressões Torácicas



- Comprimir o peito:
 - Frequência 100 a 120/min
 - Profundidade 5 cm (máx. 6cm)
 - Compressão e descompressão iguais
- Se possível mudar Prestador de SBV a cada 2 minutos

2 Ventilações



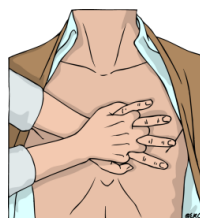
Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

VENTILAÇÕES

- Fechar o nariz
- Inspirar normalmente
- Colocar os lábios sobre a boca
- Soprar até o peito expandir
- Demorar 1 segundo
- Deixar o peito baixar
- Repetir



CONTINUAR SBV



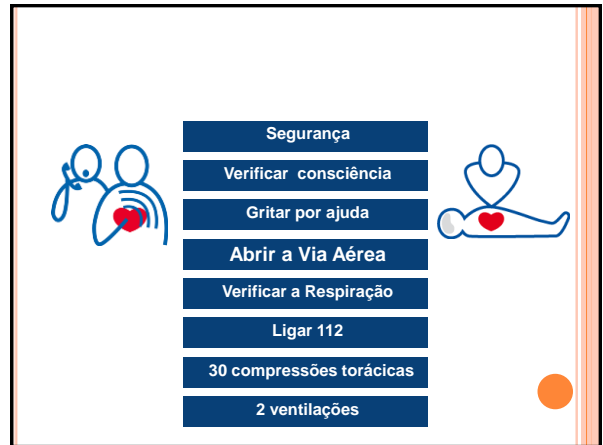
30



2

QUANDO PARAR

- Quando for substituído por ajuda especializada
- Quando Vítima mostrar Sinais de Vida
- Exaustão do reanimador



SBV EM CRIANÇAS

- As técnicas de SBV de adulto podem ser usadas em crianças
- As compressões devem aprofundar o peito em cerca de 1/3



OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Estimular a tosse

Se não resultar ou vítima demasiado cansada:



Pancadas interescapulares



Compressões abdominais







SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Adaptado de: Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council da responsabilidade de Conselho Português de Ressuscitação

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Formação integrada no Estágio de Emergência pré-hospitalar do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

SUSANA MARTINS

Junho de 2011





1 - Introdução

Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser eficazes, permitindo a redução de sequelas e o aumento da sobrevivida. Assim, quando se verifica perda súbita de consciência de um indivíduo adulto, a primeira atitude do socorrista deve ser o acionamento do serviço médico de emergência.

É de fundamental importância o esclarecimento e do treino da população para o atendimento das situações de emergência e da paragem cardíaca, treinando o socorrista a decidir qual o próximo passo a seguir. Acrescenta-se que a população deve estar capacitada para agir em qualquer situação de emergência, prestando atendimento de primeiros socorros. Define-se primeiros socorros como atendimento imediato providenciado à pessoa doente ou ferida e que pode ser realizado pela população em geral.

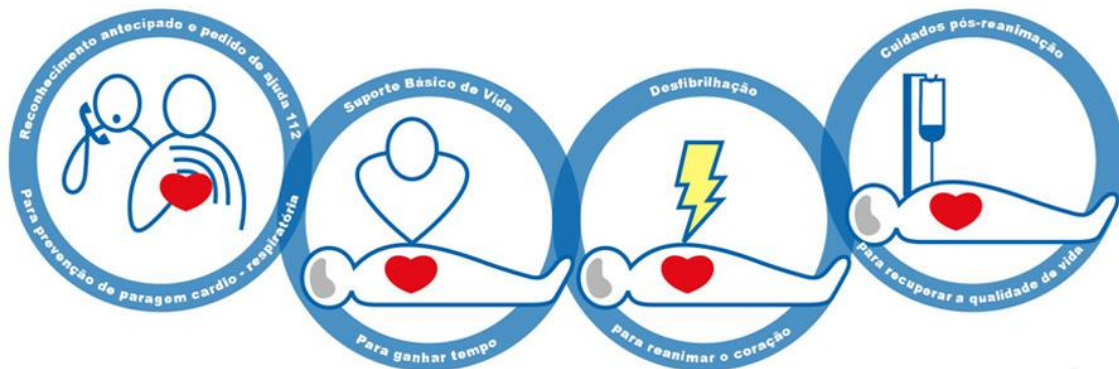
Em situações de emergência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser realizados de forma rápida, objectiva e eficaz, proporcionando aumento da sobrevivida e a redução de sequelas. O suporte básico vida (SBV) inclui etapas de socorro à vítima em situação de emergência que represente risco à vida e, em sua maioria, esse atendimento pode ser iniciado no ambiente pré-hospitalar.

O SBV é definido como sendo a abordagem inicial da vítima, realizada por leigos capacitados ou profissionais da saúde, abrangendo desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificiais. Acrescentam-se a essas manobras de ressuscitação o acesso precoce ao sistema médico de emergência, o atendimento avançado e a desfibrilação precoce.

O SBV consiste em etapas realizadas sequencialmente e incluem, em cada fase, uma avaliação e uma intervenção.

2 - A cadeia de sobrevivência

As ações que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com a sobrevivência constituem a Cadeia de Sobrevivência. O primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco de PCR e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a paragem. Os elos do meio ilustram a integração do SBV e desfibrilhação como componentes fundamentais da reanimação precoce na tentativa de salvar vidas. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivência na PCR. Fazer só compressões torácicas é melhor do que não fazer reanimação nenhuma. O último dos elos da cadeia de sobrevivência, refere-se aos cuidados pós-reanimação eficazes, centra-se na preservação das funções em particular cerebral e cardíaca.





3 - Suporte básico de vida do adulto

O SBV compreende a seguinte sequência de acções.

1. Assegurar que a vítima e os presentes estão em segurança

2. Verificar se a vítima responde:

- Abanar suavemente os ombros e perguntar em voz alta – Sente-se bem?

3a. Se responde:

- Deixar a vítima na posição em que está, desde que não fique em maior risco
- Tentar perceber o que se passa com a vítima e pedir ajuda se necessário
- Reavaliá-la regularmente

3b. Se não responde:

- Gritar por ajuda
- Virar a vítima de costas e abrir a boca com extensão do pescoço e elevação do queixo
- Colocar a mão na testa e inclinar suavemente a cabeça para trás
- Com a ponta dos dedos segurar a ponta do queixo da vítima elevando-a para abrir a via aérea.

4. Com a via aérea permeável ver, ouvir e sentir se a vítima respira

- Ver se há movimentos torácicos
- Ouvir se da boca da vítima vêm sons respiratórios
- Sentir, com a face, se há sopro de ar vindo da vítima;
- Concluir se a respiração é normal, anormal ou ausente

Nos primeiros minutos a seguir à PCR a vítima pode fazer movimentos respiratórios em esforço ou inspirações ocasionais, lentas e ruidosas. Não confundir esta respiração agónica com respiração normal. Ver ouvir e sentir até 10 segundos para avaliar se a vítima tem respiração normal. Se há dúvidas se a respiração é normal ou não, proceder como se não fosse.

5a. Se a respiração é normal:

- Colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS)
- Ir ou mandar buscar ajuda – ligar 112 ou o número de emergência local e pedir uma ambulância
- Continuar a monitorizar se a respiração é normal

5b. Se a respiração não é normal ou está ausente

- Mandar alguém buscar ajuda e procurar e trazer um DAE se existir; ou utilizar o telemóvel para alertar o serviço de ambulâncias – só deixar a vítima se não existir mais nenhuma opção
- Iniciar compressões torácicas da seguinte forma:
 - Ajoelhar ao lado da vítima
 - Colocar a base de uma das mãos no centro do tórax da vítima; (na metade inferior do osso do meio do tórax - esterno)
 - Colocar a base da outra mão sobre a primeira;
 - Entrelaçar os dedos das mãos e assegurar que as compressões não são feitas sobre as costelas das vítimas. Manter os braços esticados. Não fazer nenhuma pressão sobre o abdómen superior nem sobre a extremidade inferior do osso do esterno (apêndice xifóide);
 - Colocar-se na vertical em relação ao tórax da vítima e pressionar o esterno para o deprimir pelo menos 5cm (sem exceder 6cm);
 - Depois de cada compressão, aliviar a pressão sobre o tórax, sem perder o contacto da mão com o esterno da vítima; repetir com uma frequência de 100 min⁻¹ (sem exceder 120min⁻¹)
 - O tempo de compressão e relaxamento devem ser iguais

6a Combinar compressões torácicas com ventilações

- Depois de 30 compressões torácicas abrir de novo a via aérea, inclinar a cabeça e elevar o queixo
 - Colocar a palma da mão na testa da vítima e com o indicador e polegar pinçar e ocluir o nariz
 - Manter o queixo elevado e a boca aberta
 - Fazer uma inspiração normal, selar bem os lábios em torno da boca da vítima
 - Soprar progressivamente para dentro da boca da vítima, durante 1 segundo como numa respiração normal, verificando se o tórax se eleva; o que no seu conjunto constitui uma respiração eficaz
 - Manter a inclinação da cabeça e o queixo elevado, afastar a boca da vítima e verificar o tórax a retrair à medida que o ar sai
 - Fazer outra inspiração normal e voltar a soprar para dentro da boca da vítima para fazer duas ventilações eficazes. As duas ventilações não devem demorar, no total, mais de 5 segundos. Recolocar, sem demora, as mãos na posição correcta sobre o esterno e fazer mais 30 compressões torácicas.
 - Manter compressões torácicas e ventilações eficazes numa relação de 30:2.
 - Só parar, para reavaliar a vítima, se esta revelar sinais de despertar: mexer, abrir os olhos, e respirar normalmente. Se não for este o caso não interromper a reanimação.
- Se a insuflação de ar não fez subir o tórax como numa inspiração normal, antes de voltar a tentar:
- Ver se há algum obstáculo na boca da vítima e removê-lo
 - Reconfirmar a inclinação da cabeça e a tracção do queixo
 - Não fazer mais de duas tentativas de ventilação antes de retomar as compressões torácicas

Se há mais do que um reanimador, devem trocar de posições no SBV cada 2min, para prevenir o cansaço

Assegurar que o tempo de interrupção para a troca de reanimadores é mínimo.



6b. A reanimação feita só com compressões torácicas deve seguir o seguinte modelo:

- O socorrista não treinado ou que não quer fazer ventilação à vítima faz só compressões torácicas;
 - Quando se fazem só compressões, estas devem ser contínuas, com uma frequência de 100min⁻¹ (sem exceder as 120min⁻¹)
7. Manter a reanimação sem interrupções até:
- Chegarem profissionais que tomem conta da ocorrência
 - A vítima mostre sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar normalmente, ou
 - O reanimador ficar exausto

Suporte Básico de Vida do Adulto



*ou número de emergência nacional

4 - Posição lateral de segurança (PLS)

Há vários modelos de posição lateral de segurança, cada um com as suas vantagens. Nenhum é ideal para todas as vítimas. A PLS deve ser estável, aproximar-se do decúbito lateral verdadeiro, posicionar a cabeça da vítima em declive descendente e não provocar pressão sobre o tórax que comprometa a respiração.

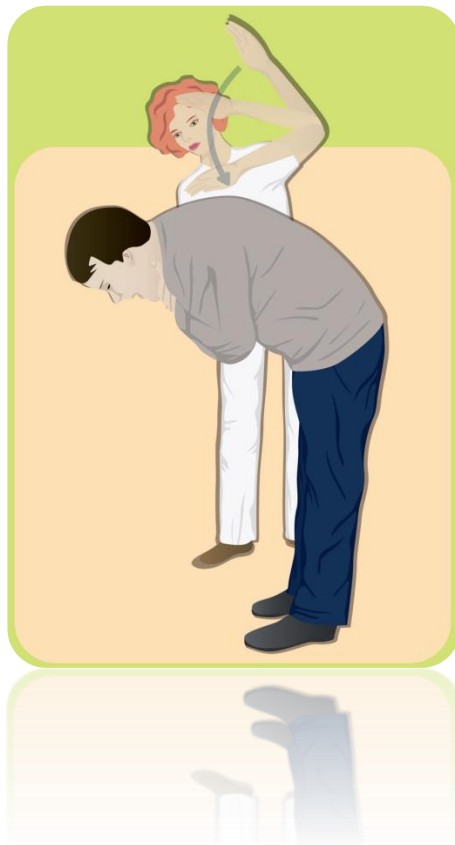


5 - Obstrução da via aérea por corpo estranho

A obstrução da via aérea por corpo estranho é uma causa de morte acidental rara mas potencialmente tratável. Os sinais e sintomas que diferenciam casos ligeiros de graves estão sumariados na Tabela sequência para tratamento da obstrução da via aérea por corpo estranho está na

Assim sendo, na presença de uma pessoa com uma obstrução da via aérea por corpo estranho com sinais de tosse ineficaz (incapaz de falar ou vocalizar, tosse silenciosa, respiração ineficaz cianose ou diminuição da consciência), a abordagem deverá ser:

5 pancadas nas costas:



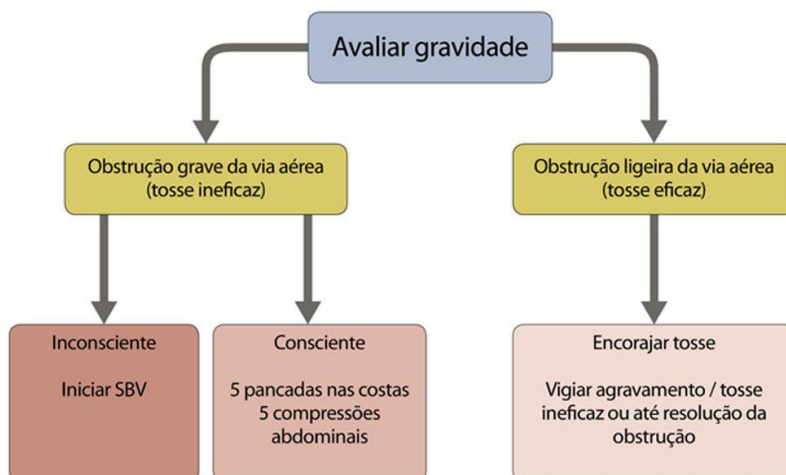
Se não resultar alterna-se para as 5 compressões abdominais:



Se não resultar volta às pancadas nas costas, e assim sucessivamente até conseguir libertar o objecto.

Caso fique inconsciente é necessário fazer Suporte Básico de Vida e chamar ajuda diferenciada

Tratamento da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho no Adulto



Avaliação Da formação

Tema da formação: Suporte Básico de Vida

Data e local:

Formador: _____

Este questionário tem como objectivo obter dados que permitam avaliar o grau de satisfação da formação ministrada, bem como melhorar a sua qualidade.

Pontue os itens seguintes colocando uma cruz em cada linha, de acordo com a seguinte escala:

5: Excelente 4: Bom 3: Razoável 2: Fraco 1: Mau

1. Organização da Módulo:	1	2	3	4	5
1.1. Os objectivos propostos foram atingidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. A duração total da formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desenvolvimento da Acção:	1	2	3	4	5
2.1. Motivação do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Interesse do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. O relacionamento interpessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Domínio da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Os equipamentos técnico - pedagógicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Os recursos didácticos disponibilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avaliação Global da Formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sugestões:

Obrigado pela sua colaboração

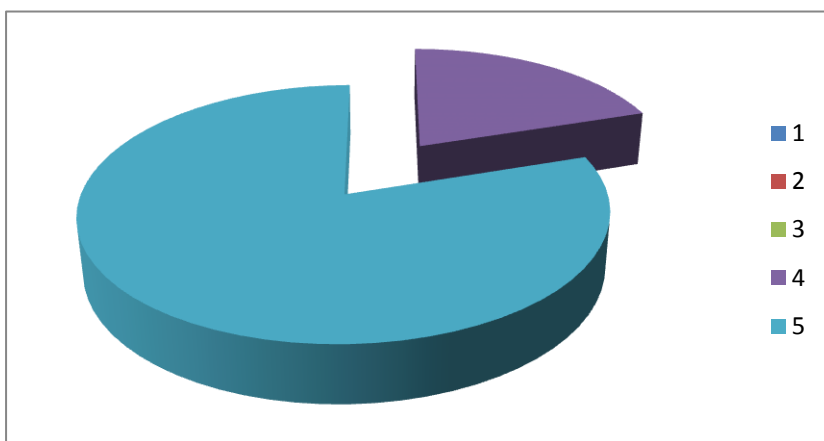
Data: ___ / ___ / ___

O Formador: _____

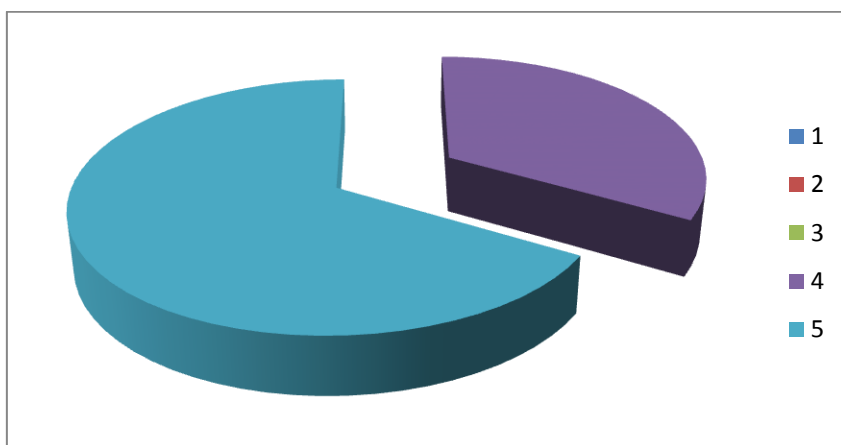
1. Organização do módulo

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?	0	0	0	6	24
1.2 O conteúdo desenvolvido é adequado?	0	0	0	10	20
1.3 A estrutura definida para a formação é adequada?	0	0	0	7	23
1.4 A duração total da formação é adequada?	0	0	3	6	21

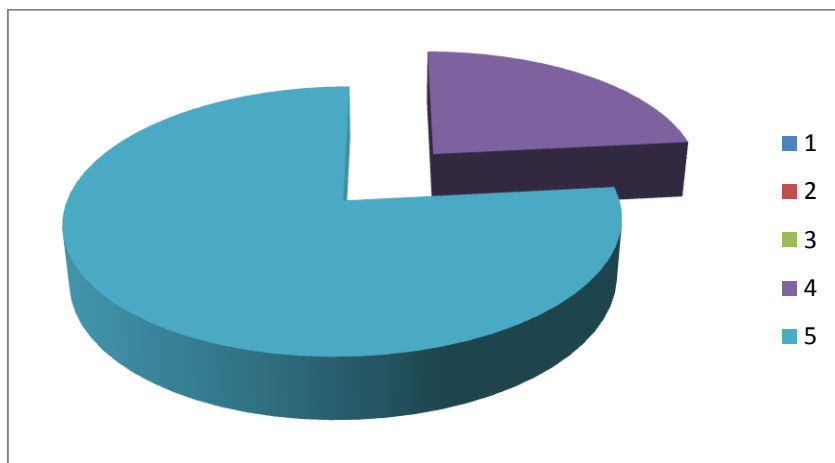
Pergunta 1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?



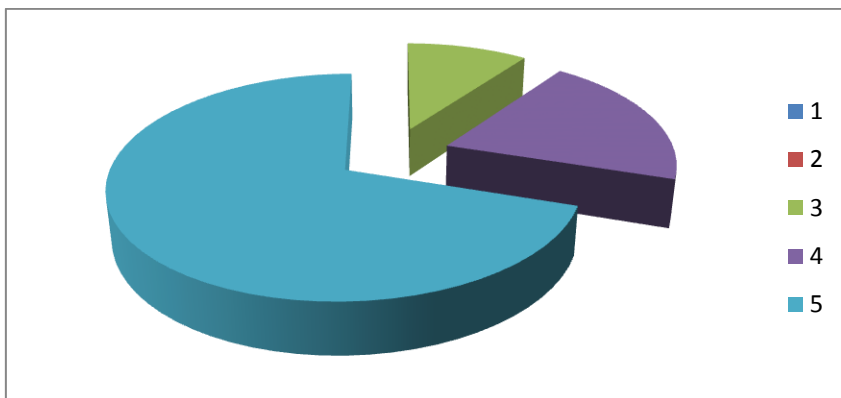
Pergunta 1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?



Pergunta 1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?



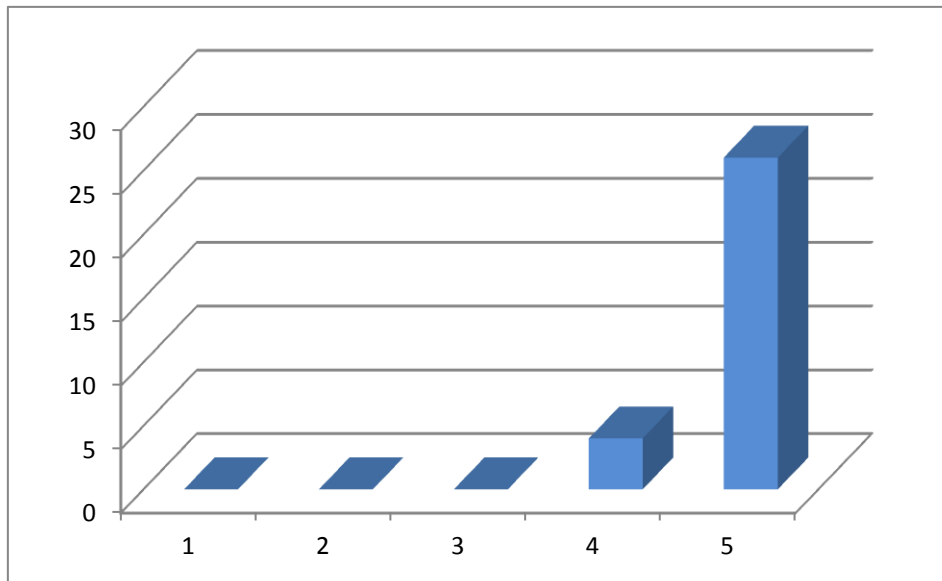
Pergunta 1.4. A duração total da formação é adequada?



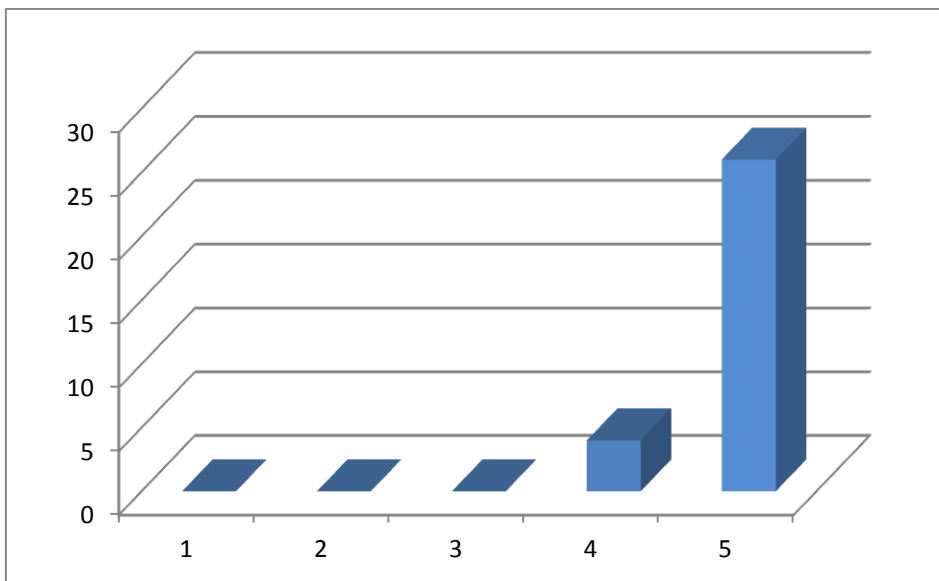
2. Desenvolvimento da formação

DESENVOLVIMENTO DA ACÇÃO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
2.1 Motivação do grupo	0	0	0	4	26
2.2 Interesse do grupo	0	0	0	4	26
2.3 O relacionamento interpessoal	0	0	0	6	24
2.4 Domínio da matéria	0	0	0	5	25
2.5 Os equipamentos técnico-pedagógicos	0	0	0	8	22
2.6 Os recursos didácticos disponibilizados	0	0	0	8	22

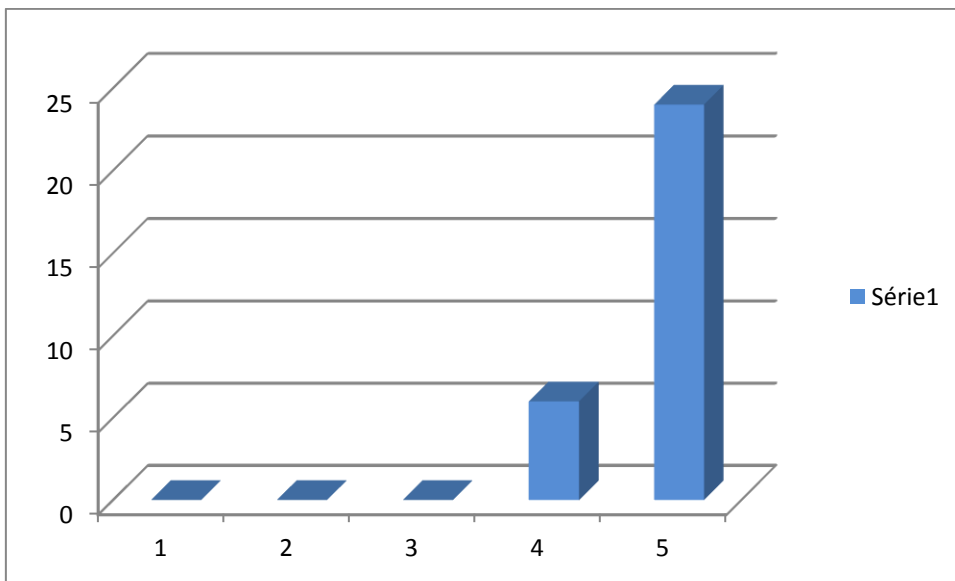
2.1 Motivação do grupo



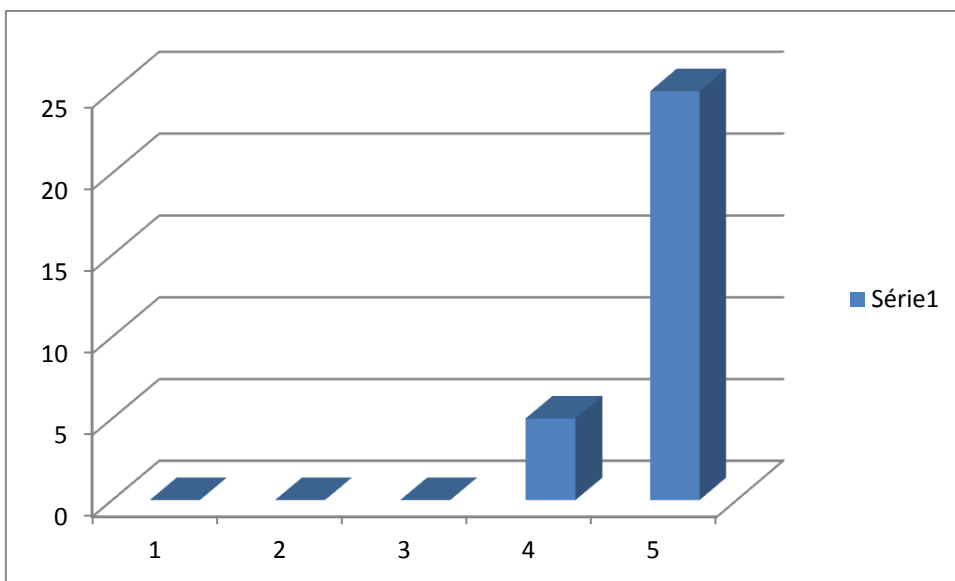
2.2. Interesse do grupo



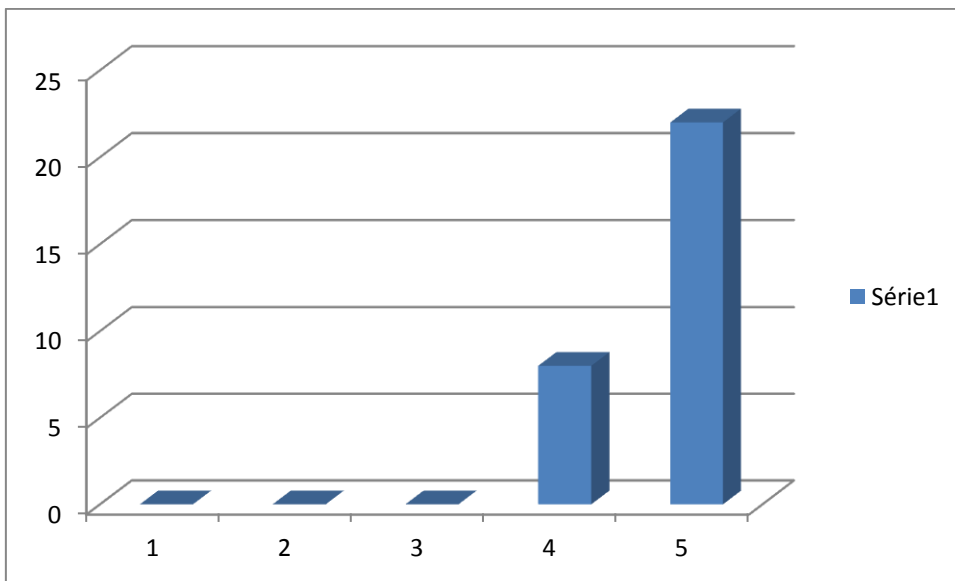
2.3 O relacionamento interpessoal



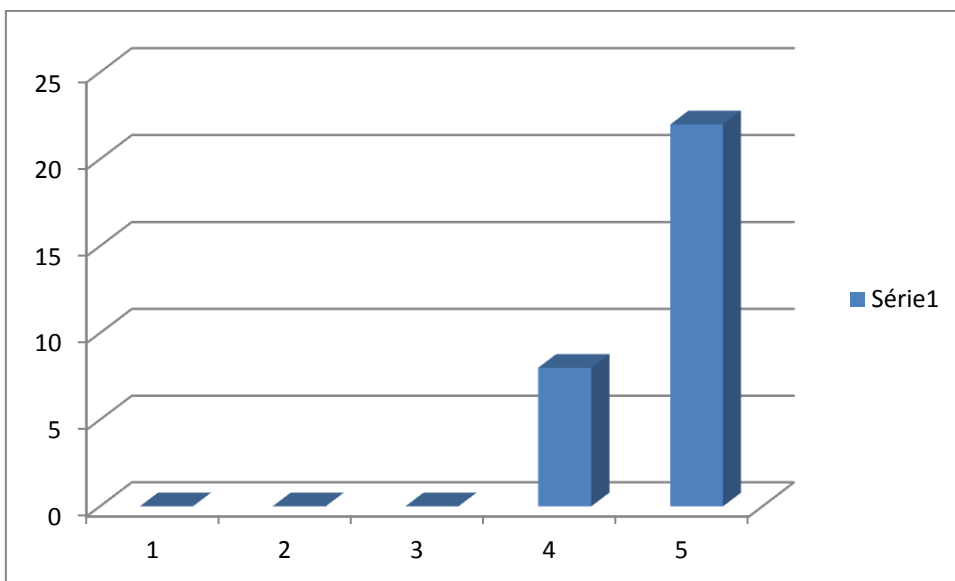
2.4 Domínio da matéria



2.5 Os equipamentos técnico-pedagógicos



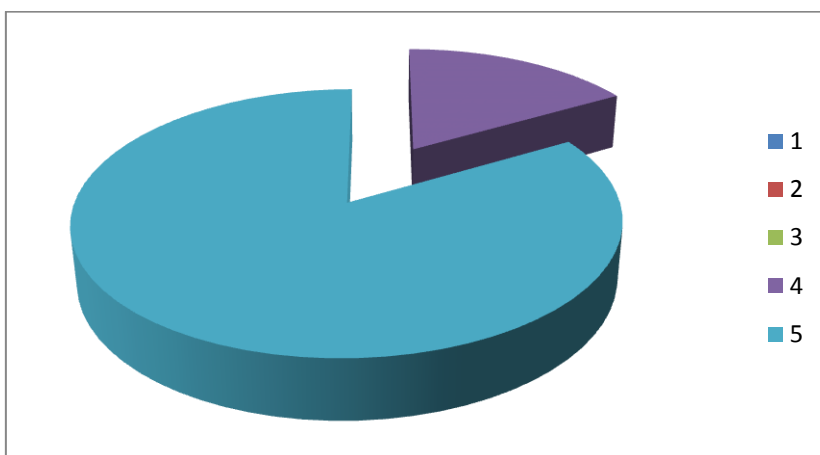
2.6 Os recursos didáticos disponibilizados



3. Avaliação global da formação

AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
3. Avaliação global da formação	0	0	0	5	25

3. Avaliação global da formação



Anexo IV

Formação SBV De 22 de Junho no Intermarché de Amares

SUPORE BÁSICO DE VIDA

Amares, Junho 2011

Adaptado de: European Resuscitation Council
<https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/250/1/>



Objectivos

- Garantir condições de segurança
- Reconhecer a importância dos pedidos de ajuda
- Descrever as manobras de reanimação e sua sequência

- **Conjugação de:**
 - permeabilização das vias aéreas
 - ventilação
 - compressões torácicas
- **Com o objectivo de:**
 - manter ventilação e circulação
 - adequadas até obter meios para
 - reverter a causa paragem

Cadeia de Sobrevivência



Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Aproximar em Segurança

	Segurança	
	Verificar consciência	
Local	Gritar por ajuda	
Reanimador	Abrir a Via Aérea	
Vítima	Verificar Sinais de Vida	
Circunstantes	Ligar 112	
	30 compressões torácicas	
	2 ventilações	


REGRA:
"O reanimador não se deve expor a si nem a terceiros a riscos maiores do que os da vítima"

Verificar Consciência



Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Verificar Consciência



Abanar Ombros Suave
Perguntar "Está Bem?"

Se responder:

- Descobrir o que está mal.
- Reavaliar regularmente.
- Pedir ajuda.

Se não responde:**Gritar por ajuda**

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Abrir a Via Aérea

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Avaliar Sinais de Vida

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Avaliar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Avaliar Sinais de Vida

- o Ver, Ouvir e Sentir (VOS) por respiração NORMAL
- o Durante 10 Segundos
- o Não confundir arfadas ocasionais com respiração NORMAL

Respiração Agónica

- Ocorre durante pouco tempo após o coração parar em mais de 40% das paragens cardíacas
- Descrita como respiração breve, pesada, barulhenta ou suspiros
- Reconhecer como sinal de Paragem Cardiorespiratória



SE A VITIMA RESPIRA NORMALMENTE

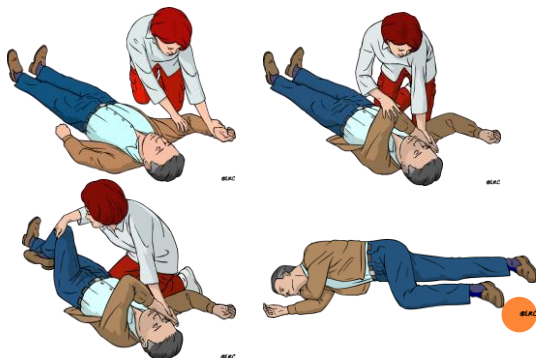
COLOCÁ-LA EM POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



© IAC



POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



Avaliar Sinais de Vida

- Ver, Ouvir e Sentir durante 10 segundos:
- Sem Sinais de Vida
- Respiração Ineficaz



© IAC





Ligar 112

- O tipo de situação;
- O número de telefone do qual está a ligar;
- A localização exacta e, sempre que possível, com indicação de pontos de referência;

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações



Ligar 112

- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local.

Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

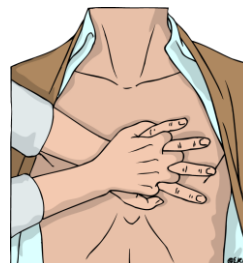
Vítima sem Sinais de Vida

30 Compressões torácicas



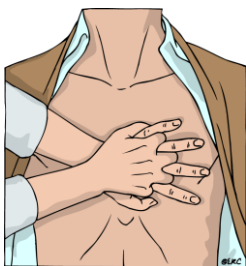
Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

Compressões Torácicas



- Colocar a base de uma mão no centro do peito
- Colocar a outra mão em cima
- Entrelaçar os dedos
- Braços esticados

Compressões Torácicas



- Comprimir o peito:
 - Frequência 100 a 120/min
 - Profundidade 5 cm (máx.6cm)
 - Compressão e descompressão iguais
- Se possível mudar Prestador de SBV a cada 2 minutos

2 Ventilações



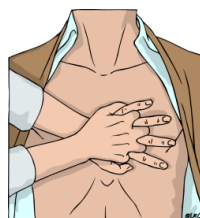
Segurança
Verificar consciência
Gritar por ajuda
Abrir a Via Aérea
Verificar Sinais de Vida
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 ventilações

VENTILAÇÕES

- Fechar o nariz
- Inspirar normalmente
- Colocar os lábios sobre a boca
- Soprar até o peito expandir
- Demorar 1 segundo
- Deixar o peito baixar
- Repetir



CONTINUAR SBV



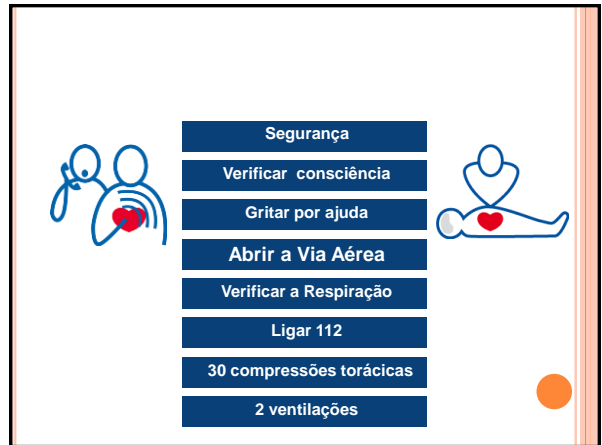
30



2

QUANDO PARAR

- Quando for substituído por ajuda especializada
- Quando Vítima mostrar Sinais de Vida
- Exaustão do reanimador



SBV EM CRIANÇAS

- As técnicas de SBV de adulto podem ser usadas em crianças
- As compressões devem aprofundar o peito em cerca de 1/3



OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Estimular a tosse

Se não resultar ou vítima demasiado cansada:



Pancadas interescapulares



Compressões abdominais





PLANO DA SESSÃO

TEMA	Suporte Básico de Vida
DATA	22 de junho de 2010
LOCAL	

FORMADOR	Susana Martins; Manuela Carvalho; Rui Ribeiro
----------	---

	CONTEÚDOS	METODOS\TECNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação Levantamento de conhecimento Prévio	Expositivo Interrogativo	Computador Video projector	10
DESENVOLVIMENTO	O SIEM Ligar 112 A cadeia de sobrevivencia SBV Posição Lateral de Segurança Desobstrução das Vias aéreas	Demonstrativo (Método dos 4 passos)	Computador Video projector Modelos anatómicos	140
	Prática Individual			30
				110
CONCLUSÃO	Avaliação dos conhecimentos adquiridos Avaliação dos formadores	Expositivo Interrogativo	Fichas de avaliação	30

Destinatários	
---------------	--

Objectivos:	Descrever o Sistema Integrado de Emergência Médica	
	Efectuar uma chamada para o 112 de forma rápida e eficaz	
	Abordar a vítima em segurança	
	Reconhecer do doente em risco de vida,	
	Saber pedir a ajuda diferenciada	
	Ser capaz de fazer a PLS	
	Saber abordar uma vítima com obstrução da via aérea	
	Iniciar de imediato suporte básico de vida (se indicado) até chegar a ajuda solicitada.	

Avaliação Da formação

Tema da formação: Suporte Básico de Vida

Data e local:

Formador: _____

Este questionário tem como objectivo obter dados que permitam avaliar o grau de satisfação da formação ministrada, bem como melhorar a sua qualidade.

Pontue os itens seguintes colocando uma cruz em cada linha, de acordo com a seguinte escala:

5: Excelente 4: Bom 3: Razoável 2: Fraco 1: Mau

1. Organização da Módulo:	1	2	3	4	5
1.1. Os objectivos propostos foram atingidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. A duração total da formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desenvolvimento da Acção:	1	2	3	4	5
2.1. Motivação do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Interesse do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. O relacionamento interpessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Domínio da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Os equipamentos técnico - pedagógicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Os recursos didácticos disponibilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avaliação Global da Formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sugestões:

Obrigado pela sua colaboração

Data: ___ / ___ / ___

O Formador: _____



SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Adaptado de: Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council da responsabilidade de Conselho Português de Ressuscitação

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA

Formação integrada no Estágio de Emergência pré-hospitalar do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

SUSANA MARTINS

Junho de 2011



1 - Introdução

Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser eficazes, permitindo a redução de sequelas e o aumento da sobrevida. Assim, quando se verifica perda súbita de consciência de um indivíduo adulto, a primeira atitude do socorrista deve ser o accionamento do serviço médico de emergência.

É de fundamental importância o esclarecimento e do treino da população para o atendimento das situações de emergência e da paragem cardíaca, treinando o socorrista a decidir qual o próximo passo a seguir. Acrescenta-se que a população deve estar capacitada para agir em qualquer situação de emergência, prestando atendimento de primeiros socorros. Define-se primeiros socorros como atendimento imediato providenciado à pessoa doente ou ferida e que pode ser realizado pela população em geral.

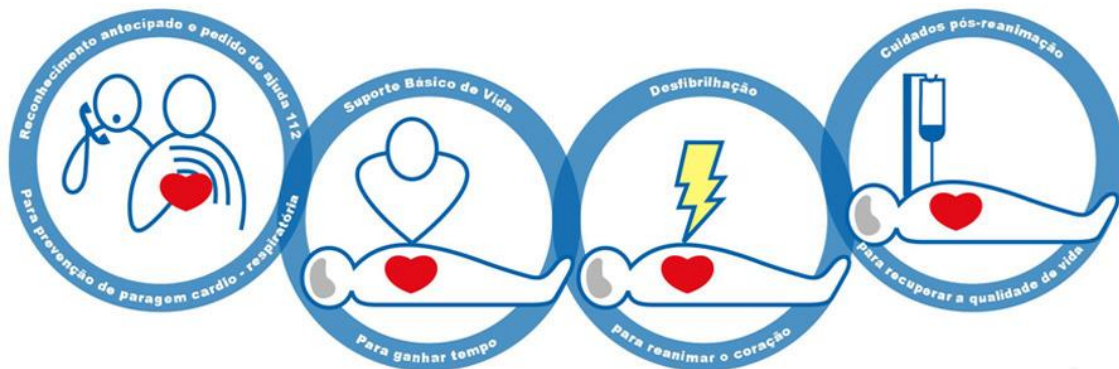
Em situações de emergência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser realizados de forma rápida, objectiva e eficaz, proporcionando aumento da sobrevida e a redução de sequelas. O suporte básico vida (SBV) inclui etapas de socorro à vítima em situação de emergência que represente risco à vida e, em sua maioria, esse atendimento pode ser iniciado no ambiente pré-hospitalar.

O SBV é definido como sendo a abordagem inicial da vítima, realizada por leigos capacitados ou profissionais da saúde, abrangendo desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificiais. Acrescentam-se a essas manobras de ressuscitação o acesso precoce ao sistema médico de emergência, o atendimento avançado e a desfibrilação precoce.

O SBV consiste em etapas realizadas sequencialmente e incluem, em cada fase, uma avaliação e uma intervenção.

2 - A cadeia de sobrevivência

As ações que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com a sobrevivência constituem a Cadeia de Sobrevivência. O primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco de PCR e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a paragem. Os elos do meio ilustram a integração do SBV e desfibrilhação como componentes fundamentais da reanimação precoce na tentativa de salvar vidas. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivência na PCR. Fazer só compressões torácicas é melhor do que não fazer reanimação nenhuma. O último dos elos da cadeia de sobrevivência, refere-se aos cuidados pós-reanimação eficazes, centra-se na preservação das funções em particular cerebral e cardíaca.



3 - Suporte básico de vida do adulto

O SBV compreende a seguinte sequência de acções.

1. Assegurar que a vítima e os presentes estão em segurança

2. Verificar se a vítima responde:

- Abanar suavemente os ombros e perguntar em voz alta – Sente-se bem?

3a. Se responde:

- Deixar a vítima na posição em que está, desde que não fique em maior risco
- Tentar perceber o que se passa com a vítima e pedir ajuda se necessário
- Reavaliá-la regularmente

3b. Se não responde:

- Gritar por ajuda
- Virar a vítima de costas e abrir a boca com extensão do pescoço e elevação do queixo
- Colocar a mão na testa e inclinar suavemente a cabeça para trás
- Com a ponta dos dedos segurar a ponta do queixo da vítima elevando-a para abrir a via aérea.

4. Com a via aérea permeável ver, ouvir e sentir se a vítima respira

- Ver se há movimentos torácicos
- Ouvir se da boca da vítima vêm sons respiratórios
- Sentir, com a face, se há sopro de ar vindo da vítima;
- Concluir se a respiração é normal, anormal ou ausente

Nos primeiros minutos a seguir à PCR a vítima pode fazer movimentos respiratórios em esforço ou inspirações ocasionais, lentas e ruidosas. Não confundir esta respiração agónica com respiração normal. Ver ouvir e sentir até 10 segundos para avaliar se a vítima tem respiração normal. Se há dúvidas se a respiração é normal ou não, proceder como se não fosse.

5a. Se a respiração é normal:

- Colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS)
- Ir ou mandar buscar ajuda – ligar 112 ou o número de emergência local e pedir uma ambulância
- Continuar a monitorizar se a respiração é normal

5b. Se a respiração não é normal ou está ausente

- Mandar alguém buscar ajuda e procurar e trazer um DAE se existir; ou utilizar o telemóvel para alertar o serviço de ambulâncias – só deixar a vítima se não existir mais nenhuma opção
- Iniciar compressões torácicas da seguinte forma:
 - Ajoelhar ao lado da vítima
 - Colocar a base de uma das mãos no centro do tórax da vítima; (na metade inferior do osso do meio do tórax - esterno)
 - Colocar a base da outra mão sobre a primeira;
 - Entrelaçar os dedos das mãos e assegurar que as compressões não são feitas sobre as costelas das vítimas. Manter os braços esticados. Não fazer nenhuma pressão sobre o abdómen superior nem sobre a extremidade inferior do osso do esterno (apêndice xifóide);
 - Colocar-se na vertical em relação ao tórax da vítima e pressionar o esterno para o deprimir pelo menos 5cm (sem exceder 6cm);
 - Depois de cada compressão, aliviar a pressão sobre o tórax, sem perder o contacto da mão com o esterno da vítima; repetir com uma frequência de 100 min⁻¹ (sem exceder 120min⁻¹)
 - O tempo de compressão e relaxamento devem ser iguais

6a Combinar compressões torácicas com ventilações

- Depois de 30 compressões torácicas abrir de novo a via aérea, inclinar a cabeça e elevar o queixo
 - Colocar a palma da mão na testa da vítima e com o indicador e polegar pinçar e ocluir o nariz
 - Manter o queixo elevado e a boca aberta
 - Fazer uma inspiração normal, selar bem os lábios em torno da boca da vítima
 - Soprar progressivamente para dentro da boca da vítima, durante 1 segundo como numa respiração normal, verificando se o tórax se eleva; o que no seu conjunto constitui uma respiração eficaz
 - Manter a inclinação da cabeça e o queixo elevado, afastar a boca da vítima e verificar o tórax a retrair à medida que o ar sai
 - Fazer outra inspiração normal e voltar a soprar para dentro da boca da vítima para fazer duas ventilações eficazes. As duas ventilações não devem demorar, no total, mais de 5 segundos. Recolocar, sem demora, as mãos na posição correcta sobre o esterno e fazer mais 30 compressões torácicas.
 - Manter compressões torácicas e ventilações eficazes numa relação de 30:2.
 - Só parar, para reavaliar a vítima, se esta revelar sinais de despertar: mexer, abrir os olhos, e respirar normalmente. Se não for este o caso não interromper a reanimação.
- Se a insuflação de ar não fez subir o tórax como numa inspiração normal, antes de voltar a tentar:
- Ver se há algum obstáculo na boca da vítima e removê-lo
 - Reconfirmar a inclinação da cabeça e a tracção do queixo
 - Não fazer mais de duas tentativas de ventilação antes de retomar as compressões torácicas

Se há mais do que um reanimador, devem trocar de posições no SBV cada 2min, para prevenir o cansaço

Assegurar que o tempo de interrupção para a troca de reanimadores é mínimo.

6b. A reanimação feita só com compressões torácicas deve seguir o seguinte modelo:

- O socorrista não treinado ou que não quer fazer ventilação à vítima faz só compressões torácicas;
 - Quando se fazem só compressões, estas devem ser contínuas, com uma frequência de 100min⁻¹ (sem exceder as 120min⁻¹)
7. Manter a reanimação sem interrupções até:
- Chegarem profissionais que tomem conta da ocorrência
 - A vítima mostre sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar normalmente, ou
 - O reanimador ficar exausto

Suporte Básico de Vida do Adulto



*ou número de emergência nacional

4 - Posição lateral de segurança (PLS)

Há vários modelos de posição lateral de segurança, cada um com as suas vantagens. Nenhum é ideal para todas as vítimas. A PLS deve ser estável, aproximar-se do decúbito lateral verdadeiro, posicionar a cabeça da vítima em declive descendente e não provocar pressão sobre o tórax que comprometa a respiração.

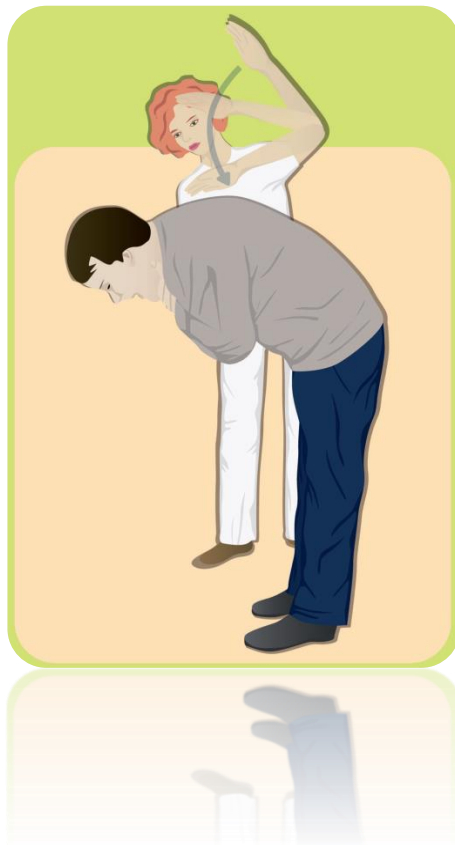


5 - Obstrução da via aérea por corpo estranho

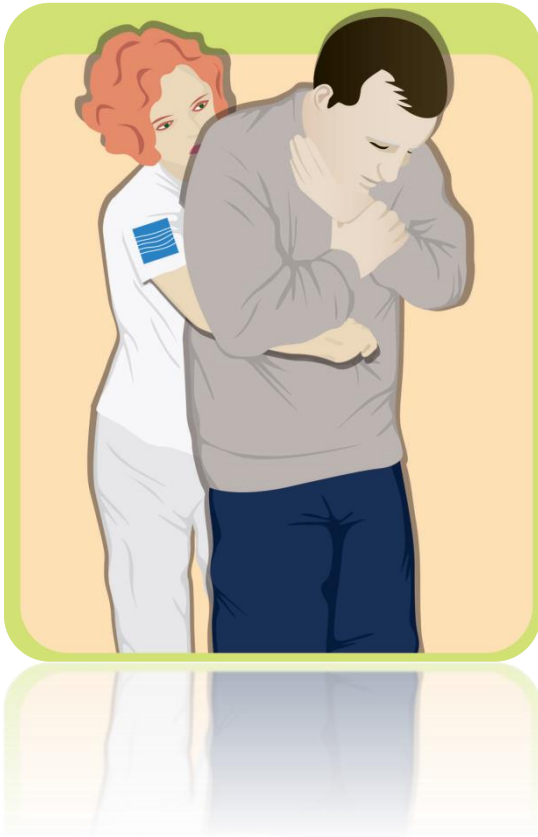
A obstrução da via aérea por corpo estranho é uma causa de morte acidental rara mas potencialmente tratável. Os sinais e sintomas que diferenciam casos ligeiros de graves estão sumariados na Tabela sequência para tratamento da obstrução da via aérea por corpo estranho está na

Assim sendo, na presença de uma pessoa com uma obstrução da via aérea por corpo estranho com sinais de tosse ineficaz (incapaz de falar ou vocalizar, tosse silenciosa, respiração ineficaz cianose ou diminuição da consciência), a abordagem deverá ser:

5 pancadas nas costas:



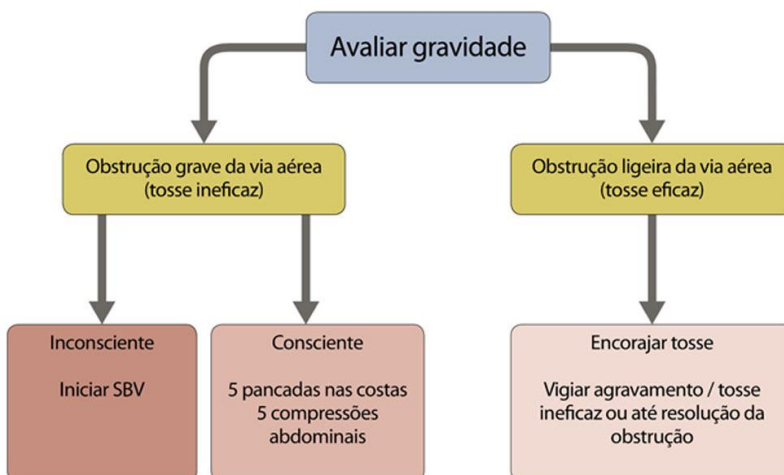
Se não resultar alterna-se para as 5 compressões abdominais:



Se não resultar volta às pancadas nas costas, e assim sucessivamente até conseguir libertar o objecto.

Caso fique inconsciente é necessário fazer Suporte Básico de Vida e chamar ajuda diferenciada

Tratamento da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho no Adulto

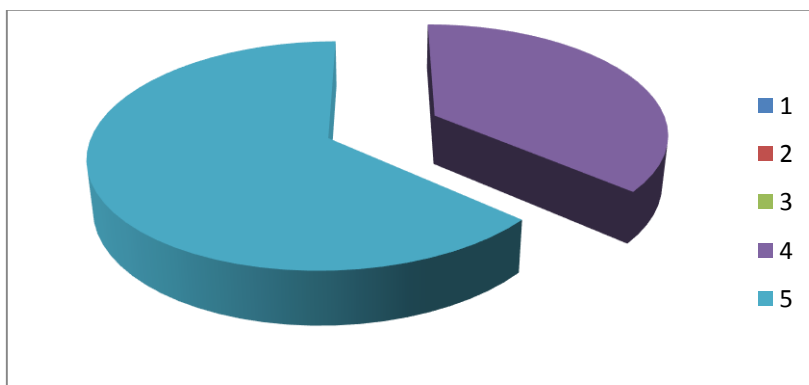


Avaliação da formação SBV de 22 de Junho no Intermarché de Amares

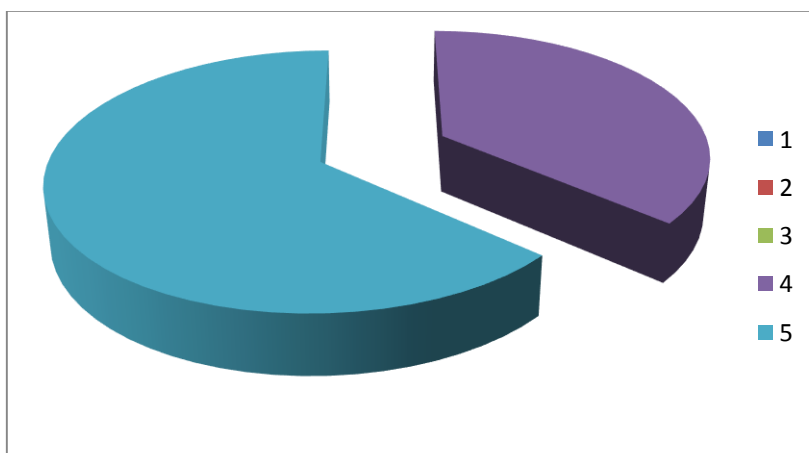
1. Organização do módulo

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?	0	0	0	4	7
1.2 O conteúdo desenvolvido é adequado?	0	0	0	4	7
1.3 O conteúdo desenvolvido é adequado?	0	0	0	7	4
1.4 A duração total da formação é adequada?	0	0	2	7	2

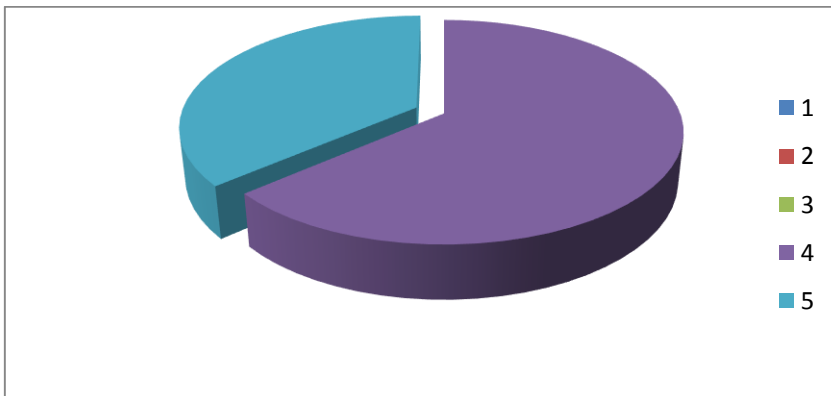
Pergunta 1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?



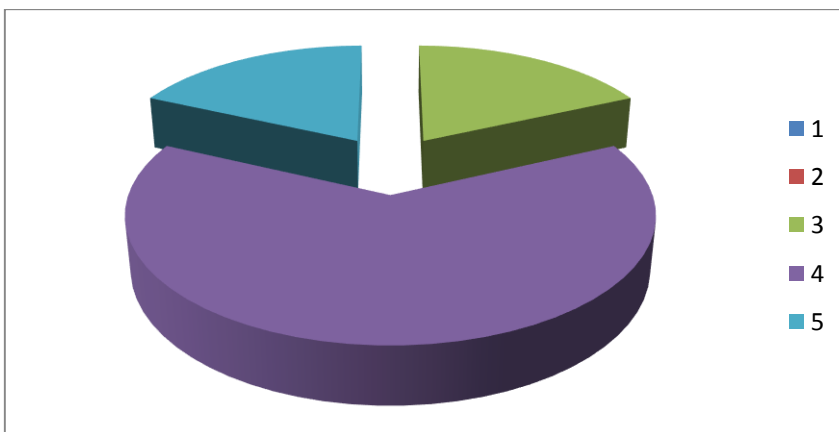
Pergunta 1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?



Pergunta 1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?



Pergunta 1.4. A duração total da formação é adequada?

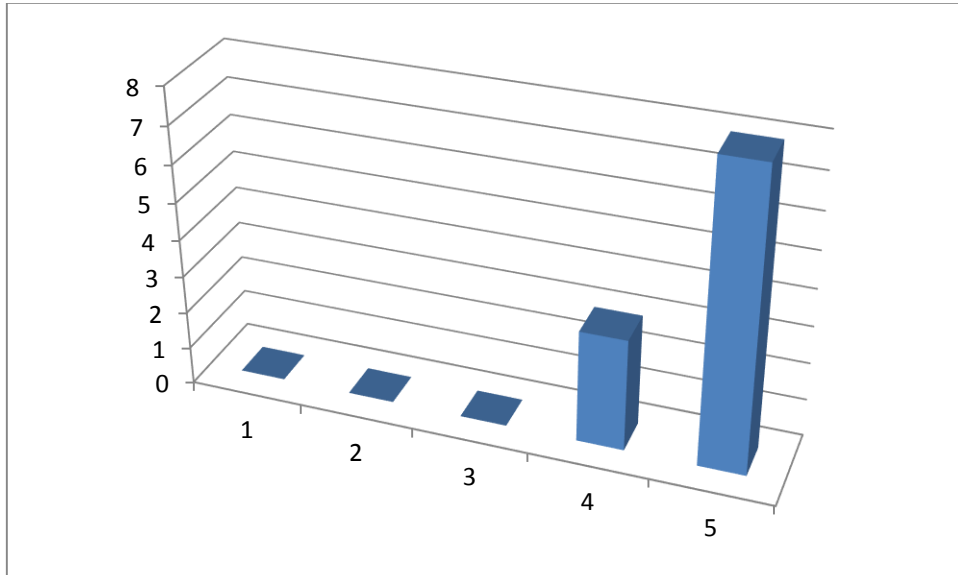


2 . Desenvolvimento da formação

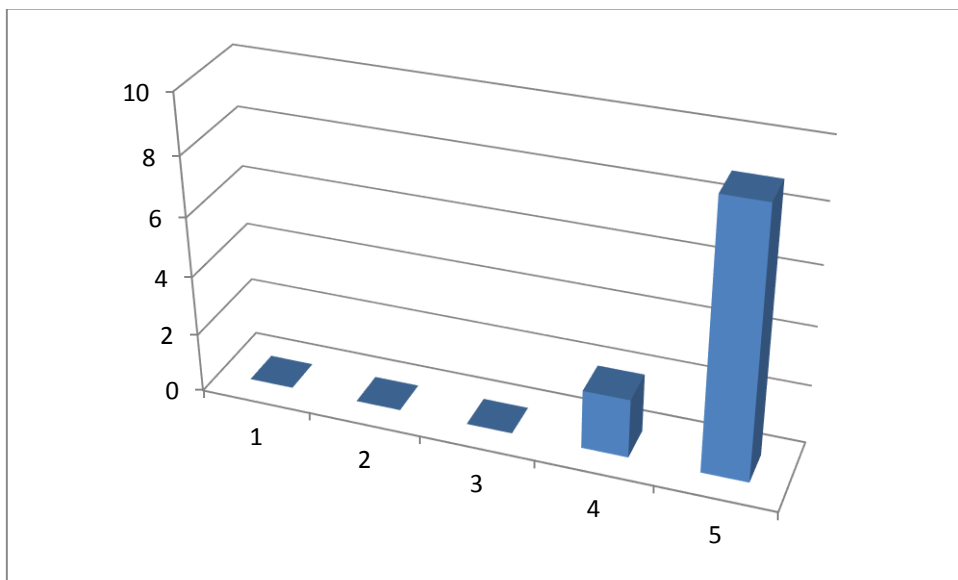
DESENVOLVIMENTO DA ACÇÃO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
2.1 Motivação do grupo	0	0	0	4	7
2.2 Interesse do grupo	0	0	0	2	9
2.3 O relacionamento interpessoal	0	0	0	2	9
2.4 Domínio da matéria	0	0	0	3	8
2.5 Os equipamentos	0	0	0	5	6

técnico-pedagógicos					
2.6 Os recursos didáticos disponibilizados	0	0	0	7	4

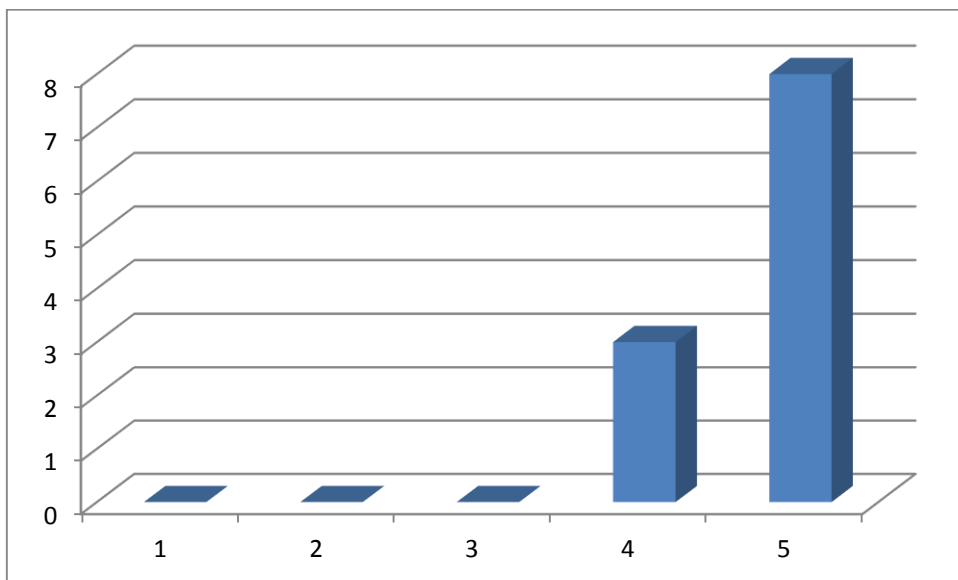
2.1 Motivação do grupo



2.2. Interesse do grupo e 2.3 O relacionamento interpessoal



2.4 Domínio da matéria



FORMAÇÃO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS

22 DE JUNHO DE 2011

LOCAL – AMARES

Nº DE FORMANDOS - 11

DURAÇÃO – 3 HORAS

FORMADORES: MANUELA CARVALHO

SUSANA MARTINS

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Grelha de avaliação

Local:

Data:

Nome do Formando

Grelha de avaliação	Eficaz	Não Eficaz	Não executa
Garante a segurança do doente e do local*	2	0	0
Verifica o estado de consciência	1	0	0
Grita por ajuda	2	0	0
Permeabiliza a via aérea (extensão da cabeça/elevação do queixo)	1	0	0
Verifica se ventila (vê/ouve/sente - durante 10 segundos)	1	0	0
Faz o alerta para o 112*	2	0	0
Inicia de imediato as compressões	1	0	0
Coloca as mãos correctamente	2	0	0
A força das compressões são eficazes (5-6cm)	2	0	0
Compressões a um ritmo de 100 a 120/min	2	0	0
Relação compressões/ventilações é de 30:2	1	0	0
Ventilações eficazes (expansão do tórax)	1	0	0
Não pára até recuperação/exaustão/chegada da equipa especializada	2	0	0

*estes itens são eliminatórios

Nota

Observações

O Formador

TESTE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

LOCAL: _____

NOME: _____

DATA: ____/____/____

Leia atentamente e seleccione apenas a resposta que achar mais correcta

1. SBV é um conjunto de procedimentos que tem por objectivo:

- a) Reconhecer as situações em que há perigo iminente de vida
- b) Saber como e quando pedir ajuda
- c) Saber iniciar manobras que contribuam para a preservação das necessidades vitais
- d) Todas as anteriores

2. Em que circunstância é licito parar as manobras de reanimação:

- a) Quando for possível disponibilizar SBV.
- b) Por exaustão do reanimador.
- c) Chegada da equipa de emergência.
- d) Trinta a cinquenta minutos após o início de manobras
- e) As respostas b e c estão certas

3. A cadeia de sobrevivência corresponde a procedimentos encadeados com a seguinte ordem:

- a) Activação do 112, desfibrilhação, suporte básico de vida
- b) Desfibrilhação, suporte avançado de vida, activação do 112
- c) Reconhecimento da situação de emergência e activação do 112, SBV, desfibrilhação, suporte avançado de vida
- d) SBV, suporte avançado de vida, desfibrilhação

4. Perante uma vítima sem respiração eficaz iniciamos as manobras de reanimação por:

- a) 2 Ventilações
- b) 30 Compressões
- c) 15 Compressões
- d) 10 Ventilações

5. Antes de abordar uma vítima o reanimador deve:

- a) Gritar por ajuda
- b) Avaliar a área e excluir riscos
- c) Abanar e gritar pela vítima
- d) Ligar 112

6. A avaliação da respiração eficaz deve demorar:

- a) 5 Segundos
- b) 10 Segundos
- c) 1 Minuto
- d) 20 Segundos

7. A razão de compressões/ventilações na reanimação cardio-pulmonar no adulto, é de:

- a) 12:4
- b) 5:1
- c) 15:2
- d) 30:2

8. Coloca-se uma vítima em posição lateral de segurança quando:

- a) Não respira
- b) Se encontra inconsciente, mas respira
- c) Há inconsciência após queda
- d) Tem obstrução da via aérea

9. Optimizar a eficácia do processo de reanimação com dois reanimadores implica:

- a) Alternar mudança de reanimador nas compressões torácicas de 10 em 10 minutos.
- b) Alternar mudança de reanimador nas compressões torácicas de 2 em 2 minuto.
- c) Efectuar a mudança de reanimador nas manobras (compressão/ventilação) de forma simultânea, rápida e calma.
- d) Que a vitima se encontre deitada sobre uma superfície mole
- e) As respostas b) e c) estão certas.

10. A frequência de compressões torácicas num adulto deve ser:

- a) 150/minuto
- b) 100/minuto
- c) 70/minuto
- d) 60/minuto

CLASSIFICAÇÃO FINAL DOS FORMANDOS

	Teórico	Prático
	Nota	Nota
Formando 1	16	20
Formando 2	20	18
Formando 3	20	19
Formando 4	20	19
Formando 5	18	18
Formando 6	18	18
Formando 7	16	19
Formando 8	20	20
Formando 9	18	20
Formando 10	14	16
Formando 11	18	20