



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

# ***“Rumo à Excelência no Cuidar”***

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

Paulo Sérgio Duarte Aparício

Viseu, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – VISEU**

# ***“Rumo à Excelência no Cuidar”***

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

Paulo Sérgio Duarte Aparício

Sob orientação de Professora Teresa Borges

Viseu, Junho de 2011

## **AGRADECIMENTOS**

Um Bem-haja a todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta colaboraram para a realização do curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica em especial:

- À Universidade Católica Portuguesa;
- Aos professores e Coordenadores do curso;
- À Orientadora Professora Teresa Borges;
- À Enfermeira Emília, Enfermeira Chefe da Cirurgia 1ª e UMDC;
- Ao Enfermeiro Presas, Enfermeiro chefe do SUG;
- Aos tutores - Enfermeiro Paulo Silva, Enfermeiro Pedro Moutela, Enfermeira Anabela Antunes e Enfermeira Alice;
- A todos os colegas do SUG e UMDC;
- Aos Colegas Formandos do Curso de Pós-Licenciatura;
- Aos nossos familiares, amigos e colegas, pela motivação e apoio neste caminhar;
- Em especial à minha Tia Irene que partiu para uma outra fase existencial e que no seu peregrinar nos deu Amor e Carinho ajudando-me a Ser.

***“ A enfermagem encontra-se em estado de mudança, extremamente activa em definir a sua teoria, a sua prática, investigação, a sua representação social e crítica perante o seu status actual e corrente”.***

**Filipe**

## RESUMO

A dimensão dos recursos e a complexidade das doenças impuseram com "naturalidade" a diferenciação de profissionais que se treinaram para serem capazes de rentabilizar e hierarquizar a utilização de cada um desses saberes.

A formação permite o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo no contexto da sua prática, visando uma melhoria contínua do seu exercício profissional com a finalidade de proporcionar ao doente cuidados de qualidade.

A aquisição de competências, destreza técnica, planificação e tomada de decisão perante situações complexas e imprevisíveis, é uma mais-valia ao exercício profissional de qualidade.

Surge assim a necessidade de frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

Dos três Módulos de estágio do plano curricular do curso de EEMC, realizamos dois, ao Módulo III (Opcional) foi obtida equivalência.

O estágio Módulo II foi concretizado na Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico, no HSTV-EPE, no período de 26 de Abril a 26 de Junho, com uma carga horária de 180 horas.

O estágio Módulo I foi concretizado no Serviço de Urgência, do HSTV-EPE, no período de 3 de Janeiro a 26 de Fevereiro, com uma carga horária de 180 horas.

A aprendizagem feita em contexto teórico/prático ajudou a solidificar muitos conhecimentos. A revisão bibliográfica efectuada em cada estágio, as actividades concretizadas, levou à aquisição de competências técnicas e científicas.

A metodologia utilizada na realização deste relatório, é baseada, nos conhecimentos adquiridos, numa exposição descritiva e uma reflexão baseada em bibliografia consultada.

Em síntese, o gratificante trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, permitiu-nos atingir os objectivos iniciais e adquirir as competências ao exercício profissional como enfermeiro especialista.

## **ABSTRAT**

The scale of resources and complexity of illness imposed with “natural” differentiation of professionals who are trained to be able to maximize and prioritize the use of each of these skills.

The training allows the development of critical and reflective thinking in the context of their practice in order to provide the patient care quality.

The acquisition of skills, technical skills, planning and decision making towards complex and unpredictable situations is an asset to the professional quality.

Thus arises the need to attend the Course of Specialization in Medical-Surgical Institute of Health Sciences run by the Catholic University, Centro Regional das Beiras.

Stage of the three modules of the course curriculum EEMC, we conducted two to, Module III (Optional) was given equivalency.

Stage II module was implemented in the Unit of Surgical Patient Monitoring in HSTV-EPE, from April 26 to June 26, with a workload of 180 hours.

Stage I module was implemented in the emergency department of HSTV-EPE, from January 3 to February 26, with a workload of 180 hours.

The learning done in the context theory/practice helped to solidify at a lot of Knowledge. The literature review carried out at each stage, activities implemented, led to the acquisition of technical and scientific expertise.

The method that was used to complete this report consists of acquired skills and a descriptive exhibition and a reflection according to bibliography.

In summary, rewarding work over the stages, allowed us to achieve the original objectives and acquire the skills to professional practice as a nurse.

## **ABREVIATURAS**

ATLS – Advanced Trauma Life Support (Suporte de Vida Avançado no Trauma)

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de enfermagem

DEP – Departamento de Educação Permanente

DGS – Direcção Geral de Saúde

ECTS – European Credit Transfer System

EEM – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE – Entidade Publica Empresarial

GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

HSTV-EPE – Hospital de São Teotónio – Entidade Pública Empresarial

IACS – Infecção Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA – Pressão Intra-Arterial

PAM – Pressão Arterial Média

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PVC – Pressão Venosa Central

RCP – Ressuscitação Cárdio-Pulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAVA – Suporte de Vida Avançado no Adulto

SAV – Suporte de Vida Avançado

SCA – Síndrome de Compartimento Abdominal

SIV – Suporte Imediato de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SO – Sala de Observações

SU – Serviço Urgência

UDC – Unidade de Decisão Clínica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UMDC – Unidade de Monitorização do Doente Crítico

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

# ÍNDICE

<b>1- INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2- PENSAR ENFERMAGEM NA ACTUALIDADE</b>	<b>13</b>
<b>3- MODULO II - CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS NA UMDIC</b>	<b>17</b>
3.1- OBJECTIVO GERAL – 1	18
3.2- OBJECTIVO GERAL – 2	20
3.3- OBJECTIVO GERAL – 3	21
3.4- OBJECTIVO GERAL – 4	26
<b>4- MODULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	<b>29</b>
4.1- OBJECTIVO GERAL – 1	32
4.2- OBJECTIVO GERAL – 2	33
4.3- OBJECTIVO GERAL – 3	42
<b>5- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>45</b>

## BIBLIOGRAFIA

### ANEXOS

ANEXO I – Oxigenoterapia

ANEXO II – Farmácia Urgência

ANEXO III – Diapositivos do conteúdo programático da Formação Guidelines do Suporte Avançado de Vida no Adulto

ANEXO IV – Cartaz de Divulgação da Formação Guidelines Suporte Avançado de Vida no Adulto

ANEXO V – Cartaz de Divulgação da Conferência “O Idoso no Serviço de Urgência”

ANEXO VI – Declaração de co-organizadores passada pelo DEP da: Formação “Guidelines European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 ”; conferência: “O Idoso no Serviço de Urgência”.

ANEXO VII – Artigo: “A Finitude Humana e Enfermagem”

## 1- INTRODUÇÃO

O presente relatório reporta-se ao Ensino Clínico de Enfermagem Médico Cirúrgica, integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado de natureza profissionalizante na área de Enfermagem Médico Cirúrgica, que visa, segundo o regulamento geral o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso em estado crítico, que prevê a realização de um relatório de estágio.

Consecutivamente para a sua realização foi previsto um ciclo de estudos com a duração de três semestres, que integra uma componente curricular teórica, um estágio e a elaboração do respectivo relatório final, que será objecto de discussão pública.

De acordo com o plano de estudos do curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico cirúrgica foram atribuídos 30 European Credit Transfer System (ECTS) ao período de estágio, ao que correspondem um total de 750h de trabalho, destas 540h são de contacto e as restantes 210h para trabalho individual do aluno.

Na elaboração deste relatório final pretende-se descrever as experiências e conhecimentos mais significativos adquiridos ao longo dos estágios que serviram de instrumento de avaliação e atribuição do grau de Mestre, conforme o preconizado pelo Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, onde define que *“no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional”*.

O estágio realizado no Hospital de São Teotónio de Viseu - EPE ocorreu sob a orientação da Enfermeira Teresa Borges, enquanto professora orientadora da Universidade Católica Portuguesa e de um ou dois enfermeiros tutores por cada local de estágio, com a especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica.

A cada Módulo de Estágio de 10 ECTS correspondem 180h de contacto, que se distribuíram por 7 a 8 semanas.

Dos três Módulos de estágio, que fazem parte do plano curricular do curso realizaram-se apenas dois, pois conforme o previsto no artigo 45º do Decreto-lei 74/2006 foi concedida a creditação ao Módulo III (Opcional), esta creditação teve por base a experiência profissional em Enfermagem Peri-operatória no Bloco Operatório Central do Hospital de São Teotónio de Viseu-EPE.

O primeiro estágio decorreu no período e 26 de Abril a 26 Junho, este refere-se ao Módulo – II, Cuidados Intensivos/Intermédios, que foi concretizado na Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico (UMDC). A medicina Intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais. O desenvolvimento das novas intervenções e tecnologias médicas resultaram num reconhecimento crescente em que a enfermagem é imprescindível nos cuidados ao doente internado nos Cuidados Intensivos/Intermédios.

O segundo estágio Módulo I decorreu no período de 3 de Janeiro a 28 de Fevereiro. O Serviço de Urgência é um serviço que permite obter várias oportunidades de actuação, a complexidade e a dinâmica aqui vivenciada requerem uma actualização constante dos conhecimentos para se dar resposta às múltiplas expectativas dos doentes e respectivas famílias. As situações de urgência e emergência exigem ao profissional de saúde uma avaliação permanente dos conhecimentos científicos actualizados e competências que o distinguem na sua área de actuação.

A realização destes estágios é um compromisso assumido entre docentes, alunos e profissionais, com a intenção de munir os alunos das competências fundamentais para o exercício profissional de futuros especialistas. É um momento de excelência de formação, onde o saber da praxis se desenvolve sustentado pelo saber teórico, permitindo a aquisição das competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes ao exercício de enfermagem, promovendo a busca de uma qualidade de cuidados ao nível do excepcional.

O estágio é sem dúvida uma componente fundamental do curso, que permite aos estudantes colocar em prática os conhecimentos adquiridos de uma forma teórica, por um lado, e conhecer outra realidade profissional e institucional, por outro. Como tal, procurou-se com esta oportunidade crescer no saber profissional. Com o presente Relatório pretende-se transmitir esta experiência positiva no crescimento do saber profissional.

O Saber Profissional de enfermagem para Queirós (2007) é um saber de acção e não apenas de repetição de procedimentos. É a capacidade de adaptar esses procedimentos às diversas situações fazendo uso de um corpo de conhecimentos específicos para agir em conformidade ao invés de realizar uma repetição de gestos.

A crescente busca pela qualidade na prestação de cuidados deverá ser a máxima a pautar no decorrer da vida profissional e assim se encontra o sentido para a escolha do título deste relatório *“Rumo à Excelência no Cuidar”*.

Este estágio curricular tem como objectivo dotar os formandos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica de uma atitude própria, ética e deontologicamente assertiva, perante o doente de médio e alto risco, numa perspectiva holística.

Assim, neste relatório apresentam-se algumas considerações gerais, sob o ponto de vista teórico, sobre a necessidade de competências técnicas e científicas específicas e sua visibilidade, o que concorre para a representação social da profissão.

É pretendida também, uma análise reflexiva e crítica das experiências proporcionadas ao longo dos estágios, observando até que ponto os objectivos inicialmente delineados foram atingidos.

O próximo passo foi determinar o caminho a seguir, pelo que se decidiu analisar as actividades que foram propostas a desenvolver. Na impossibilidade de aborda-las a todas, algo desnecessário num relatório desta natureza, a escolha recaiu na elaboração de uma reflexão diacrónica sobre os objectivos principais de estágio e mais relevantes. A razão para o fazer tem a ver com a própria natureza dos objectivos delineados.

A realização deste relatório tem por finalidade:

- Caracterizar o local de estágio, sua implantação, estrutura e organização;
- Analisar a consecução dos objectivos;
- Descrever o percurso de aprendizagem durante o estágio;
- Servir como instrumento de auto e hetero-avaliação.

Tem ainda como objectivo final expor as competências adquiridas para o Enfermeiro Especialista, definido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro; artigo 4º) como: *“O enfermeiro habilitado com o curso de especialização em enfermagem... a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*.

Nesta contextualização verifica-se que a prática clínica em enfermagem é valorizada pela realização de estágios, permitindo ao aluno/profissional adquirir competências e aumentar as suas capacidades.

Para Silva e Silva (2010) a competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho.

Este relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos. O primeiro é relativo à Introdução, o segundo capítulo faz-se uma reflexão sobre Pensar Enfermagem na Actualidade, no terceiro e quatro capítulos descreve-se as actividades desenvolvidas e competências adquiridas para a concretização dos objectivos propostos para os dois estágios e no quinto capítulo algumas considerações finais, com uma breve reflexão das actividades desenvolvidas que pretendem orientar globalmente para as competências desenvolvidas.

A metodologia utilizada foi descritiva e crítica, baseando-se na observação directa do funcionamento e organização dos serviços por onde se passou, entrevistas informais e pesquisa bibliográfica.

Terminado o percurso teórico e prático e após a aquisição do título de Enfermeiro Especialista, pretendemos com a apresentação deste relatório obter o grau de Mestre.



## 2 - PENSAR ENFERMAGEM NA ACTUALIDADE

A Identidade profissional em enfermagem tem sofrido alterações significativas ao longo dos anos, de tal modo que ainda hoje se encontra em estado de mudança, extremamente activa em definir a sua teoria, a sua prática, a sua representação social e critica perante o seu *status* actual e corrente (Filipe, 2003).

Para Watson (2004), o paradigma dos sistemas de saúde em geral e da enfermagem em particular, estão em mudança. Para este autor existem três paradigmas que influenciaram a evolução da disciplina. A Era I, que corresponde ao paradigma I da enfermagem, aparece associada ao mecanicismo, ao materialismo e ao determinismo, onde o foco da profissão se centra no corpo. Os enfermeiros focam-se nas tarefas funcionais e no “fazer”. Esta abordagem dominou a primeira metade do século XX.

A Era II originou uma evolução de medicina para a mente ou, mais concretamente para o cérebro. A partir de meados do século XX a formação em Enfermagem começa a ter em conta uma atitude mais centrada no doente e nas suas necessidades psicossomáticas.

As práticas das profissões de saúde da era moderna ocidental, suportadas por um avanço tecnológico, tornaram-se numa guerra contra a doença, do corpo, da mente e do espírito humano.

Como significado de eficiência e qualidade, a tecnologia assume o papel de legitimadora, tanto ao nível individual no desempenho de funções como também ao nível institucional, desvirtuando por vezes as directrizes, as prioridades do sector e ensino dos profissionais de saúde, criando falsas expectativas na sociedade, na resolução dos problemas de saúde.

Para Carapinheiro (2006) apesar dos discursos oficiais se centrarem na saúde e na sua promoção, o investimento político e económico nos anos 80 é feito nos cuidados de saúde secundários, nas instituições hospitalares ao nível das Unidades de Cuidados Intensivos, que crescem exponencialmente nesta altura.

Esta abordagem excessivamente racional e tecnicista, levou segundo Watson (2004) à necessidade da sua desconstrução, de forma sucessiva, do paradigma da ciência moderna, estando a emergir um novo paradigma III, associado a uma visão pós moderna, onde os princípios fundamentais assentam na ontologia, na ética e na consciência. A recuperação de sabedorias milenares das culturas orientais remete-nos para a consciência de um universo em que tudo se encontra conectado e em que múltiplas possibilidades se encontram à espera de poderem ser encaminhadas para a nossa realidade visível.

Tal como noutras profissões, a evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos vários de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas e tecnológicas.

Do mesmo modo, reforça-se a tendência motivacional para procurar níveis cada vez mais elevados de qualidade, o que concorre significativamente para a satisfação do profissional e do utente alvo/parceiro dos cuidados.

Na última década, é publicado o *“Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE”* e nasce a Ordem dos Enfermeiros que, do ponto de vista das estratégias de afirmação da enfermagem como profissão, constitui o reconhecimento estatal do poder do grupo profissional e de confirmação da sua autonomia (Carapinheiro, 2006).

O Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)) diz que: *“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”* (Artigo 4º, Capítulo II).

É esperado que o profissional de enfermagem, ao qual é reconhecido um conjunto de competências, esteja apto a prestar cuidados globais aos diferentes níveis de intervenção. Estas intervenções em contexto de uma equipa multidisciplinar poderão ser autónomas ou interdependentes.

Ainda, segundo o Decreto-Lei nº 161/96, as intervenções: *“Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com contributos na investigação em enfermagem”*.

A existência de diferentes Modelos Teóricos de Enfermagem justifica-se pela necessidade que os enfermeiros têm de um suporte que lhes permita organizar as suas práticas. Porém: *“A organização da prática dos cuidados nem sempre assenta, mesmo nos nossos dias, num determinado modelo, quer este seja mais voltado para o tratar ou para o cuidar”* (Silveira, 2004).

É imprescindível que cada enfermeiro seja capaz de assumir as suas intervenções agindo com autonomia, responsabilidade e empenho dentro do seu campo de competências. Esta autonomia funciona como um elemento favorecedor do desenvolvimento profissional na medida em que possibilita *“(…) uma maior satisfação no trabalho, e quanto melhor me sentir, melhor cuido”* (Meneses, 2004).

Em oposição, a dependência hierárquica é vista como um entrave à sua evolução. Este facto é referido por Carapinheiro (1993) dizendo que: *“Face ao domínio crescente do sistema técnico, impulsionado pelos processos de racionalização do acto médico, esta posição de dependência agrava-se, na medida do desfasamento crescente das competências contidas nos actos de enfermagem para o controlo de processos técnicos, que entretanto se têm vindo a constituir como competência legítima de novas categorias profissionais”*.

Independentemente do contexto de acção e das experiências, o enfermeiro põe em prática o que resulta da articulação de um vasto leque de competências relativas a diferentes dimensões e que devem ser valorizadas pelos próprios e pelos que os rodeiam.

Não pretensão propor soluções para as questões levantadas, mas sim, suscitar a discussão entre os profissionais, visto que a proposição de soluções envolve grandes mudanças não só

organizacionais, mas também filosóficas, tanto no que se refere à Enfermagem quanto às Instituições de Saúde, bem como um profundo empenho dos profissionais, ou outros, que pretendam propor as mesmas.

O Enfermeiro com a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiriu competências e deverá estar capacitado para intervir face ao doente crítico. Porém, importa não descurar a importância das dimensões ético-deontológica e relacional neste âmbito de intervenção onde assumem um papel importante.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE (Decreto-lei n.º 161/96) pode ler-se: *“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”*

Porque se lida com pessoas, a presença da componente ética deve estar implícita em todos os processos, o que pressupõe a apreciação crítica sobre o exercício profissional, o questionamento permanente das práticas, mobilizando princípios e valores, trocando ideias e experiências.

*“A ética é transversal a toda a enfermagem, os enfermeiros têm sentido necessidade de desenvolver um pensamento ético fundamentado, elaborado mentalmente em períodos mais curtos de tempo, com maior responsabilidade, requerendo um espírito mais crítico e reflexivo da prática do cuidar”* (Madureira, 2007).

A ideia é reforçada por Fabião, Magno, Jesus e Miranda (2005), argumentando que face às rápidas mudanças, é cada vez mais urgente, (...) *“a necessidade de reflexão sobre as funções e competências profissionais, sobre as suas implicações pessoais, sociais, morais e éticas e ainda, sobre a natureza dos processos e tipos de conhecimento que as subentendem e que pressupõe o seu desenvolvimento”*.

Ao falar-se de competências e construção e/ou aquisição de competências, é também importante abordar o processo de formação.

*“A enfermagem é uma profissão complexa e pressupõe uma formação que permite ao profissional desenvolver um conjunto de competências científicas e técnicas sendo essencial reconhecer a importância das dimensões existenciais, relacionais e afectivas”* (Fabião, 2005).

A formação não é garante por si só de melhoria do desempenho e concretização profissionais. Outros componentes são necessários, em que se destaca a experiência profissional e a atitude reflexiva sobre a prática.

Para Madureira (2007), a aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral. Mas se faz referência à qualidade dos cuidados prestados, interessa lembrar que a essência da profissão de Enfermagem *“ (...) encontra a sua razão de ser na pessoa que cuida e não nas tarefas e rotinas”* (Silveira, 2004).

As competências profissionais de enfermagem não se restringem a extensões técnicas e científicas, vão muito mais além do que poderá ser possível prever incluindo diferentes áreas e dimensões, das quais as de natureza legal e ético-deontológica, implicando assim a articulação de competências com evidência a nível técnico, científico e relacional.

A componente *visibilidade* ocupa um lugar importante no que concerne ao desenvolvimento da profissão. Nunes (2003) refere que por vezes “... *precisamos receber o reconhecimento social que merecemos, para assim fortalecermos a nossa acção e prosseguirmos a nossa caminhada exigente e sem dúvida com muitas direcções possíveis, rumo à excelência no cuidar*”.

### 3- MODULO II – CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS NA UMDC

O Modulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios, como previsto foi realizado na Unidade de Monitorização do Doente Crítico (UMDC), unidade esta que se enquadra nas Unidades de Cuidados Intermédios, no período de 26 de Abril a 26 de Junho de 2010, no total de 180 horas. A UMDC é uma unidade funcional fechada, destinada à vigilância e tratamento de doente do foro cirúrgico em situação clínica semi-critica, resultante de patologias potencialmente reversíveis. Encontra-se no 5º piso, estando inserida no Serviço de Cirurgia 1-A (Homens). Os doentes internados nesta Unidade provêm do serviço onde esta está inserida mas também do serviço de internamento da Cirurgia 1-B (Mulheres) (a equipa médica é comum aos dois serviços).

A admissão de doentes nesta Unidade assenta essencialmente na necessidade de uma vigilância constante e apertada, quer seja no pós-operatório imediato ou em doentes com patologias associadas, com instabilidade hemodinâmica.

A Unidade é relativamente recente, foi inaugurada em Maio de 2007, possui equipamento moderno e funcional.

Na sua estrutura é composta por uma sala aberta com 7 camas (unidades) em U, tendo um balcão central que permite uma vigilância directa constante.

Cada uma destas unidades está equipada com:

- Cama articulada eléctrica, que permite vários posicionamento: trendlenburg, sentado, lateralização, pro-clive etc.,
- Um monitor cardíaco para a monitorização dos parâmetros vitais, permitindo monitorização não evasiva como invasiva,
- Bombas infusoras e seringas perfusoras,
- Rampas de vácuo, oxigénio e ar respirável,
- Várias tomadas eléctricas, ligadas a uma UPS da unidade e ao gerador central,
- Contentor para cortantes e perfurantes,
- Contentor de resíduos do Grupo III,
- Existem várias gavetas de arrumo de material, quer de uso corrente, quer de stock.

Uma unidade contempla ainda um ventilador e respectiva mesa de apoio.

Todas as unidades têm a monitorização centralizada no balcão central, em ecrã que permite a opção de visualização de vários parâmetros de monitorização.

Existe ainda um conjunto de equipamentos de apoio comuns a todas as unidades e à UMDC que são inerentes ao bom funcionamento da mesma, que não transcrevo por se tornar exaustivo e cansativo.

As Unidades de Cuidados Intermédios são *“locais dotados de um conjunto integrado de meios humanos, físicos, e técnicos especializados, para os doentes que embora não estando em estado crítico, necessitam de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia”* (Philips, 2003).

Nestas unidades, o enfermeiro especialista deve desenvolver na equipa um papel diferenciado, baseando a sua praxis clínica especializada em conhecimentos teórico-práticos em conformidade com a evidência científica. Este modo operando do enfermeiro especialista permite gerir recursos, atendendo às situações e ao contexto, procurando a optimização da qualidade dos cuidados.

O saber de uma organização centra-se em três factores: *“tecnologias, competências e Know-how. Destes factores destacam-se as competências, consideradas como o saber que reside nas pessoas (recursos humanos) de uma organização”* (Neves, 2003).

### **3.1- OBJECTIVO GERAL – 1.**

#### **Objectivo geral**

Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica.

#### **Objectivo específico:**

- Realizar a Gestão dos cuidados na área da Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica.

No Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro (Carreira de enfermagem), e no Decreto-Lei 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros), está determinado o perfil do profissional de enfermagem. No Decreto-Lei 437/91, relativamente à gestão estão expressas várias alíneas:

- Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- Participar nas comissões de escolha de material para prestação de cuidados na unidade;
- Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade;
- Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;
- Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem

Para Teixeira (2005), gestão é o processo que permite resultados quer sejam bens ou serviços, com esforço conjunto das diversas pessoas que constituem a organização. De acordo com o autor, o processo pressupõe o planeamento, organização, direcção e controlo de todas as actividades realizadas em prol dos objectivos.

Garcia (2008) refere: *“São normalmente, os enfermeiros ligados à gestão das unidades de cuidados, que gerem os equipamentos e recursos materiais. Esta função está inerente à sua maior percepção do suporte organizacional, num modelo de gestão de unidades de saúde (Enfermarias), contribuindo assim para uma Melhoria Contínua da Qualidade”*.

Tendo por base a optimização, o enfermeiro com funções de gestão não deve sacrificar a Qualidade dos Cuidados prestados, deve para isso utilizar algumas ferramentas de Gestão, nomeadamente: Normas, Processos, Indicadores e Resultados.

Para que tal ocorra, é preciso que o enfermeiro gestor faça parte do serviço, que viva a sua dinâmica, as suas intercorrências, as suas conquistas, ou seja, um enfermeiro de gestão a tempo inteiro.

A aquisição de tais competências, na sua globalidade, não seria possível num estágio de 180 horas efectuado nesta Unidade. Como não existe nos Cursos de Pós-Licenciatura um estágio específico de gestão, consideramos importante incluir nos dois ensinamentos clínicos este objectivo, mais ainda quando este é realizado na instituição onde exercemos actividade profissional. Assim percepcionaremos mais enfaticamente as políticas de gestão aí praticadas que consideramos uma mais-valia pessoal e profissional.

Ao longo do estágio pudemos observar de perto as formas de gerir uma unidade clínica. Na UMDC, dedicamos alguns turnos essencialmente à gestão de recursos humanos e materiais do serviço. Tivemos oportunidade de acompanhar a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe quer a Enfermeira Especialista que a substitui nas ausências e em quem ela delega algumas funções nomeadamente as suas actividades de pedidos de farmácia, devolução de alguns medicamentos utilizados no serviço ou pedidos de consumo clínico e hoteleiro.

Nesta Unidade, a gestão dos recursos humanos era efectuada tendo em consideração o número de horas de cuidados necessários e o conhecimento que os enfermeiros já poderiam ter desses doentes, optimizando desta forma os cuidados e os recursos.

A gestão dos recursos materiais e farmácia fora para nós menos complexo por já estarmos familiarizados com este tipo de gestão no Bloco Operatório onde trabalhamos. Apenas sentimos algumas dificuldades na identificação de materiais mais específicos. A Gestão assenta numa filosofia de manutenção de stocks mínimos, tendo sempre em conta um nível de segurança necessário a qualquer imprevisibilidade e em prol do bom funcionamento da UMDC. A gestão destes recursos efectua-se na aplicação informática, Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF<sup>®</sup>), permitindo-nos, entre outros itens, saber o consumo médio de determinado artigo tendo por base um intervalo por nós definido. Com esta ferramenta a gestão de stocks torna-se mais eficiente e menos morosa.

Embora já exista a unidose, os pedidos de soluções para fluido terapia, soluções de desinfecção, entre outros, ainda são pedidos em suporte papel.

A colaboração na elaboração dos horários (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) do mês de Junho permitiu-nos tomar consciência da dificuldade e complexidade da sua elaboração, nunca esquecendo os princípios para uma boa gestão de recursos e tendo sempre em consideração as especificidades da equipa, no seu todo, e de cada elemento que a constitui. O facto de ser um mês onde alguns enfermeiros gozariam férias, obrigou a uma maior atenção na sua elaboração e na distribuição dos recursos existentes face às necessidades diárias.

Os turnos dedicados ao cumprimento deste objectivo delineado gestão foram muito positivos e plenos de uma aprendizagem prática que pudemos incorporar nos nossos conhecimentos teóricos de Gestão e Administração de Serviços de Saúde.

### **3.2- OBJECTIVO GERAL- 2.**

#### **Objectivo Geral**

Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades

#### **Objectivo específico**

Promover o desenvolvimento pessoal profissional dos outros enfermeiros.

A formação de base desde sempre garantiu o exercício da actividade de enfermagem com alguma segurança e competência. Mas esta, não é suficiente nos dias de hoje, não é suficiente para responder aos desafios que se apresentam no dia-a-dia dos enfermeiros e da constante evolução que hoje se verifica a nível científico e tecnológico.

A procura da formação contínua na Enfermagem tem assumido já há vários anos um papel primordial. *“Perante a necessidade sentida de formação, os profissionais de Enfermagem evidenciam uma valiosa adesão valiosa a esta nos diferentes contextos”* (Pereira, 1994).

De encontro, com o plano de formação em serviço, achou-se pertinente abordar o tema Oxigenoterapia e a necessidade de Humidificação, o qual foi apresentado através de uma acção de formação dirigida aos enfermeiros deste serviço a qual está remetida em Anexo I.

A Oxigenoterapia é definida por Perry e Potter (1997) como: *“A administração de Oxigénio ao cliente através da via respiratória com o objectivo de prevenir ou melhorar a hipóxia tecidual”*. Este é um procedimento comum na UMDC. Apesar disso, os métodos de administração por alto ou baixo fluxo e a necessidade de humidificação são aspectos que geravam algumas controvérsias existindo diferentes perspectivas. Desta forma, a acção de formação apresentada no dia 24/06/2010 teve um saldo positivo, pois no final da apresentação os alunos e os profissionais foram bastante interventivos, ficando esclarecido e assente, a ideia de que, segundo evidências científicas, ponderando vantagens e desvantagens, em Oxigenoterapia a baixos débitos até 5 litros não é necessária Humidificação. Partilharam-se saberes, e impressões sobre esta matéria. Neste serviço já se vinha fazendo a Oxigenoterapia sem humidificação até aos 5 litros, no entanto, ainda não tinha sido efectuada uma formação sobre o tema em questão.

Ao iniciarmos o estágio na UMDC os alunos do 4ºano do 15º curso de Enfermagem já haviam iniciado o seu estágio nesta unidade. Verificamos ao chegar que os doentes eram distribuídos

por eles, ficando com um papel um pouco desenquadrado pois estávamos a iniciar um estágio e pretendíamos também ter a cargos alguns doentes.

Os alunos demonstraram uma dualidade de comportamentos relativos à presença de um profissional em estágio de especialização, com metas e objectivos a atingir diferentes do deles. No entanto, fizemos questão que passasse a ser prática acompanhar os alunos na prestação de cuidados aos doentes, observando, mas também fazendo e ajudando a fazer, impondo sempre a ideia que não havia necessariamente conflito de interesses e que podia haver sim, uma parceria de saberes.

Destas funções, adveio uma maior assertividade das nossas acções enquanto aluno, nunca esquecendo que somos profissionais de saúde. As questões e dúvidas surgidas, por estes obrigaram-nos a uma postura dialéctica e didáctica, tendo sido acompanhada complementada por suporte científico e revisão bibliográfica, também a experiência adquirida ao longo da actividade profissional, foi de veras uma mais-valia.

Julgamos ter superado estas barreiras que se apresentavam, sentindo uma abertura da equipe, Ao colaborarmos na sua aprendizagem, ganhamos progressivamente autonomia para a gestão das intervenções planeadas relativamente aos doentes internados na Unidade, sentindo que crescermos na vida profissional.

### **3.3- OBJECTIVO GERAL-3**

Ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

#### **Objectivo Específico:**

- Demonstrar capacidades de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Quando iniciado este ensino clínico pareceu-nos que seria difícil a integração numa unidade diferenciada, como é a UMDC, com as múltiplas patologias que requerem uma prestação de cuidados, para os aos quais faltava a prática; o certo é que a integração foi rápida e as dúvidas, desvaneceram-se perante a disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar.

Como a UMDC, é uma unidade diferenciada é essencial uma integração adequada para se puderem prestar cuidados com competência técnica, científica e de qualidade, com base nas competências interpessoais (prática profissional, ética e legal); competências instrumentais

(prestação e gestão de cuidados); competências sistémicas (desenvolvimento pessoal e profissional).

A UMDC é uma unidade específica, porque os doentes de uma forma geral apresentam grande instabilidade nos parâmetros vitais o que exige continua observação e actuação, de encontro com aos problemas observados.

O paciente crítico cirurgicamente intervencionado, está por vezes imunodeprimido e, algumas vezes encontra-se infectado com microrganismos de estirpes multirresistentes exigindo precauções adicionais para evitar infecções cruzadas ou contaminação ambiental, tomando-se. A nutrição parentérica, é uma prática perante a qual que não tínhamos experiência, esta é administrada aos pacientes que não podem ser alimentandos por via entérica, sendo administrada com recurso a um cateter venoso central. As soluções parentéricas são combinados de glicose, aminoácidos, lipidos, electrólitos, vitaminas e oligoelementos, que por uma questão de estabilidade farmacológica vêm separadas, havendo a necessidade de as preparar num recipiente único.

Procedemos à preparação e também vigilância da preparação por parte dos alunos, de bolsas de nutrição parentérica total, tendo em atenção à prática asséptica da preparação, utilizando a técnica cirúrgica.

Ao longo do estágio assumimos os cuidados a prestar aos doentes distribuídos aos profissionais, e com a sua supervisão elaborava-se e objectiva-se o planeamento das acções de enfermagem. No decorrer do estágio, a agilidade, a autonomia foi crescendo, tendo-nos permitido seleccionar os doentes que iriam ficar a nosso cargo, tendo por base a complexidade de cuidados a prestar.

Para um melhor planeamento dos cuidados tivemos necessidade de efectuar pesquisas e revisões bibliográficas, abordando as patologias dos doentes que se nos apresentavam.

Na prestação de cuidados existem muitas actividades que estão protocoladas, de acordo com as *guidelines*, que não é necessário constarem no plano, tais como: Seringas de perfusão, rampas, linhas e sistemas de perfusão de soros são substituídos na sua totalidade no turno da tarde a cada 4 dias; os uriméteres são substituídos semanalmente, etc.

Assegurando a continuidade dos cuidados, após a observação, avaliação e prestação dos mesmos na sua totalidade aos doentes, efectuava-se os registos de enfermagem tendo presente o uso de uma linguagem científica assertiva aos diferentes contextos de forma cronológica, clara, precisa e objectiva. Os registos foram efectuados na plataforma informática. A informatização quer da prescrição, quer dos procedimentos e notas de enfermagem foram outro desafio. O GLINTT-HS<sup>®</sup>, sendo um programa vocacionado para a prescrição electrónica, está a sofrer várias alterações para que os Diagnósticos, Intervenções e Acções de Enfermagem (baseados na CIPE) sejam parte integrante do mesmo.

Numa primeira abordagem era muito confuso, mas com a familiarização tornou-se aliciante, e também prático nomeadamente na visualização da medicação que determinado doente faz ao longo dos turnos (24 horas). A nosso ver nos registos de enfermagem são de difícil levantamento os Diagnósticos e Intervenções, perdendo-se demasiado tempo na sua pesquisa.

A enfermagem fundamenta a sua prática num agir tendo em vista o melhor bem para a pessoa, respeitando os direitos humanos nas relações interpessoais que estabelece.

Para Watson (2002), identificar a prática de cuidados/cuidar em enfermagem é essencial, referindo que: *“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano para humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”*.

A enfermagem hoje, depara-se no seu dia-a-dia com o dilema cuidar/tratar, saber ser/saber fazer. Como profissionais é-nos mais fácil pôr em prática o saber fazer do que o saber ser. O saber fazer apenas implica o conhecimento de técnicas, com mais ou menos perícia. O saber ser, para além do que já foi referido requer envolvimento.

A falta de recursos humanos, muitos doentes e poucos profissionais é um facto; embora por vezes nos sirva de desculpa pois é mais fácil tratar do que cuidar.

Para Collière (1999), *“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” ...*

Para Queirós (2002), ao considerarmos que o cuidar implica uma responsabilidade ética especial estamos a realçar o intrínseco valor da pessoa e a reforçar a necessidade de uma consciencialização acrescida da integração do pensamento ético na prática profissional quotidiana e na análise das questões inerentes aos chamados dilemas éticos especiais.

Nos dias de hoje é comum ouvirmos que se deve cuidar em vez de só tratar. O cuidar constitui a prática por excelência da actuação dos enfermeiros permitindo afirmar a sua identidade como profissão com saberes próprios.

Segundo Hesbeen (2000), *“a profissão de enfermagem é prática enraizada na acção (...) a concentração na tarefa em que se passa de quarto para quarto e de paciente para paciente centra-se na sucessão de tarefas a realizar é o que há de mais desastroso para a construção da identidade da enfermagem, porque, esvazia de conteúdo e de sentido os cuidados de enfermagem”*.

Watson (2002) reafirma o cuidar enquanto valor, dizendo que *“a identificação e reconhecimento do valor do cuidar vem em primeiro lugar e pressupõe o verdadeiro cuidar (...) envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade”*.

Tirando elações, a enfermagem fundamenta a prática em torno de um bem-fazer, de um bem-estar e do ser. Quer isto dizer que a nível científico, e a nível ético a profissão centra-se na procura de uma melhor forma de desenvolver a prática de sua actividade.

Nesta reflexão está presente que a qualidade dos cuidados prestados, qualquer que seja o contexto, será sempre fortemente marcada pela atitude dos profissionais que cuidam.

Como também é sabido, o avanço tecnológico ao serviço da saúde é cada vez maior, este facto exige aos profissionais saber adaptar-se às novas tecnologias, o que incorre a uma

contínua necessidade de aquisição de conhecimentos, e os profissionais de enfermagem são uns dos principais clientes e utilizadores destas tecnologias; colocando-se a estes um grande desafio: como integrar a tecnologia no cuidar, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização.

Um exemplo da aplicabilidade destas tecnologias é na monitorização hemodinâmica (invasiva ou não-invasiva) que é utilizada para diagnósticos, terapêutica e mesmo para prognóstico, a partir da interpretação dos dados obtidos, onde uma grande quantidade de máquinas altamente sofisticadas é adaptada para fazerem leituras exactas do estado hemodinâmico do doente. A finalidade é reconhecer e avaliar, em tempo útil, possíveis complicações e intervir de forma adequada, prevenindo maiores complicações.

A avaliação de parâmetros como a temperatura, pulso, pressão arterial, frequência respiratória, saturação de oxigénio, glicemia, pressão venosa central, pressão intra-abdominal, entre outros; indicam-nos o quadro de saúde do doente, a sua eficiência em termos circulatório, respiratório e neurológico.

Uma leitura assertiva e interpretação desta informação possibilitam, à equipa de enfermagem, comunicá-los em tempo útil e de forma correcta - intervindo se necessário.

A monitorização hemodinâmica não-invasiva, menos complexa tecnicamente e menos dispendiosa, assegura ao doente uma vigilância eficaz com menos riscos de infecção e complicações associadas às técnicas invasivas. É utilizada como procedimento de primeira linha em doentes que não apresentem instabilidade hemodinâmica grave.

No contexto da UMDIC em que os doentes se apresentavam hemodinamicamente instáveis, pois muitos deles tinham sido submetidos a intervenções cirúrgicas agressivas, com perdas substanciais de fluidos, fazia-se necessária uma avaliação contínua e fidedigna do seu estado de saúde, era preciso o uso da monitorização invasiva: Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intra Arterial (PA), Pressão Intra Abdominal (PIA) complementando a monitorização não-invasiva.

As vias de monitorização, acima descritas, são técnicas para as quais é preciso aquisição de saber e experiência, o que me levou a efectuar uma pesquisa bibliográfica apurada.

A interligação entre a teoria e a prática, foi uma oportunidade que se apresentou a uma maior aprendizagem, pela possibilidade da observação directa e execução dos cuidados inerentes a um vasto leque de procedimentos.

A monitorização da PVC, está indicada sempre que um doente tenha uma alteração no volume dos líquidos. Pode ser usada para orientar a reposição de líquidos na hipovolémia e para avaliar o impacto na diurese após a administração de um diurético num caso de sobrecarga hídrica, contudo, não deve ser utilizada como indicador único ou isolado, da condição clínica do doente.

Uma descida deste valor é comum num doente hipovolémico e sugere que o volume telediastólico do ventrículo é insuficiente para produzir um volume de ejeção adequado. Surge então taquicardia e o aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, tendo por objectivo manter o débito cardíaco normal.

Uma PVC aumentada ocorre geralmente em doentes com sobrecarga hídrica em que o coração para bombear o volume em excesso tem necessidade de aumentar a contractilidade, surgindo assim o aumento do trabalho cardíaco e o consumo de oxigénio pelo miocárdio.

A PVC constitui um excelente sinal precoce em doentes com hemorragias, com vasodilatação, sujeitos a terapêutica diurética ou na fase de reaquecimento após cirurgia cardíaca.

A PA é a monitorização da pressão intra-arterial. São avaliados três parâmetros da pressão arterial: pressão sistólica, pressão diastólica e pressão arterial média (PAM).

Está indicada em doentes que apresentem um compromisso do débito cardíaco, da perfusão dos tecidos ou do volume de líquidos, destinando-se à avaliação contínua da perfusão arterial dos principais sistemas do organismo.

A PAM é considerada a pressão média criada pela pressão arterial durante todo o ciclo cardíaco.

Esta avaliação consegue-se com o implante de um cateter, habitualmente numa artéria periférica, sendo a radial, a mais usada.

A PIA, é a pressão na cavidade abdominal, que varia de acordo com a respiração e pode ser elevada fisiologicamente. Deve ser avaliada no final da expiração, com o doente em decúbito dorsal.

Durante esta avaliação, não deve haver contracção da musculatura da parede abdominal. O ponto “zero” de referência para as medidas deve ser a linha axilar média.

De todos os métodos existentes, o mais frequentemente utilizado na prática clínica diária é a medida indirecta e intermitente da PIA através da pressão intra-vesical, por ser o menos evasivo.

A PIA elevada está associada ao desenvolvimento do Síndrome de Compartimento Abdominal (SCA). Este síndrome leva a uma circulação sanguínea deficiente, alterando a função e ameaçando a vitalidade dos tecidos

Queremos referir que para a aquisição de saberes, foi importante o contacto com estas técnicas, principalmente a PIA, desconhecida da nossa prática profissional diária. O seu uso trouxe-nos a necessidade de saber como se avalia, como se operacionaliza todo o sistema, quais os valores de referência, quais os cuidados de enfermagem a ter, bem como interpretar os valores obtidos. Para além dos esclarecimentos dos profissionais presentes, tivemos a necessidade de efectuar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, para melhor compreensão da temática.

Observamos também que os próprios profissionais da UMDC tinham alguma dificuldade, quer na montagem do sistema, quer na interpretação dos valores apresentados e as implicações no estado hemodinâmico do doente, o que se deve ao facto de ser uma técnica usada de forma esporádica na unidade. Apesar do pouco à vontade na prática demonstrado pelos profissionais, existe no manual do serviço a explicação de todos os passos de montagem do sistema e sua interpretação

O desafio prestar cuidados a estes doentes, obrigou a uma reflexão diária. Houve dificuldades que foram ultrapassadas com ajuda da equipa de enfermagem e médica.

A abordagem de doentes hemodinamicamente instáveis exige uma avaliação multidisciplinar, rigorosa e eficiente, para que os cuidados prestados ao paciente sejam os mais adequados ao seu estado.

A maioria dos doentes internados na unidade, têm grande variedade de medicação endovenosa prescrita, quer por cateteres periféricos, quer através de cateter central, havendo muitas vezes necessidade de fazer, num mesmo lúmen, a perfusão de mais do que um medicamento. Este facto obriga à utilização de rampas e para tal é importante saber-se a especificidade de cada medicamento e a interacção/incompatibilidade possível com outro, pelo que há necessidade de estar familiarizado e desperto para este aspecto. Muito contribuiu a tabela de incompatibilidades afixada na unidade.

Durante o percurso feito na UMDC, não surgiu a oportunidade de estar em contacto com doentes que precisassem de ventilação mecânica, por esta razão este objectivo ficou por concretizar.

### **3.3- OBJECTIVO GERAL- 4.**

#### **Objectivo Geral:**

Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

#### **Objectivo Específico:**

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de EEMC;

Com este capítulo buscou-se a reflexão sobre o aprofundar de conhecimentos, e técnicas de comunicação, no relacionamento cliente/família, visando o respeito pela cultura e credos do outro que se apresenta; A comunicação com o cliente, família e equipa multidisciplinar são um pilar fundamental para o sucesso dos cuidados de enfermagem.

A comunicação é um sistema de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de pôr em comum sentimentos e emoções entre os indivíduos e a comunicação transmite-se consciente ou inconscientemente, pelo comportamento verbal e não verbal e, de modo menos global, pela maneira de agir dos implicados no processo. Através do seu intermédio, mutuamente apreendemos e compreendemos os intuitos, as concepções, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, de acordo com cada caso, a criamos laços significantes com a mesma (Phaneuf, 2005).

Os profissionais de enfermagem, para serem assertivos no diálogo comunicacional com os doentes e seus familiares, necessitam do conhecimento das técnicas de comunicação, mas também, precisam de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda e da perspicácia de uma observação cuidada.

A enfermagem contemporânea requer que os profissionais detenham o maior número de conhecimentos e capacidades nas diferentes áreas do Saber, para melhor Cuidar do Paciente. Dando-se especial ênfase à Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, vendo o Paciente como um todo, que precisa de ser cuidado e não uma parte do todo, ou seja, vê-se o paciente numa perspectiva holística.

Morrison citado por Querido (2004) chama atenção para o seguinte facto: *“Se os enfermeiros e os outros trabalhadores da saúde desejam praticar cuidados holísticos e individualizados, hão-de estar preparados para arranjar tempo e escutar atentamente os doentes e o que eles dizem”*.

A comunicação deve ser o primeiro passo no estabelecer de uma relação terapêutica, interpessoal, individualizada e humanizada, pois é na relação com os outros que os enfermeiros podem identificar e potencializar as suas capacidades.

Tendo em conta a dialéctica anterior e também a realidade sociocultural existente e suas variações, procurou-se sempre adaptar a linguagem e a postura em função ao utente/família/cuidador informal, procurando estabelecer sempre uma relação enfática e empática.

Assim, melhorar a comunicação não é só um imperativo ético da enfermagem mas, uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, o que lança desafios significativos para todos.

O abuso de uma linguagem demasiado técnica, associado à baixa literacia da maioria dos utentes e de seus familiares, faz com que muitas vezes a comunicação para o receptor, seja um *“monólogo”* ineficaz e incompreensível.

Sempre foi demanda pessoal a preocupação em observar de forma cuidada reflexiva e crítica, o estado psico-afectivo dos intervenientes, indo de encontro à harmonia comunicacional, procurando-se a identificação e resolução dos problemas, que se apresentavam.

É fundamental Cuidar, mas é preciso saber estar, para que a comunicação se abra à eficiência, garantindo assim a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, permitindo efectuar a Relação de ajuda.

Para saber se estamos a cuidar, não temos só de observar o que fazemos e sentimos ou quais são as intenções, mas temos de observar se o outro está a crescer. Se não houve crescimento não se sabe se o que fazemos é cuidar. *“Só se pode perceber no outro o que se perceber em nós”* (Watson, 2002).

Para conseguir a relação de ajuda, o primeiro contacto é um o momento privilegiado de maior importância e que fica marcado nos doentes, é importante reflectir-se que que a comunicação não é só verbal, mas também são os nossos gestos, expressões faciais, o tom de voz, a postura, etc...

Para além do primeiro contacto, existem alguns princípios e valores que devem prevalecer sempre na relação enfermeiro/doente como seja o respeito pelo outro, reconhecendo que cada doente possui uma personalidade própria e única, devendo comunicar as informações de forma clara, de encontro com a especificidade individual de cada um; passando também por saber respeitar o doente, dando-lhe oportunidade e tempo para expressar as suas emoções, e esclarecer as suas dúvidas e preocupações.

Devem ser evitadas atitudes como frieza, falta de sensibilidade, de afecto, desinteresse distânciamento, substituindo-as pela compreensão, relação de ajuda, ou seja mostrar-se e manter-se interessado escutando o doente com todos os nossos sentidos.

Por tudo isto que foi desenvolvido no estagio realizado na UMDC, este foi um percurso onde o ensino clínico foi um momento de excelência de formação, onde o saber prático se desenvolveu sustentado pelo saber teórico. Permitindo a aquisição de conhecimentos e competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício de enfermagem de excelência

#### 4- MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio Módulo I realizou-se no Serviço de Urgência Geral do Hospital São Teotónio de Viseu - EPE, no período de 3 de Janeiro a 28 de Fevereiro de 2011, num total de 180 horas.

Sendo a Instituição em causa considerada um Hospital Central, o Serviço de Urgência está referenciado, na nova rede de referência hospitalar de urgência/emergência, como polivalente.

Este Serviço está localizado no 2º piso, numa ala situada na parte de trás da Instituição.

Neste contexto comporta desde as valências médicas básicas até às mais diferenciadas, como Neurocirurgia, Neurologia, Nefrologia.

A sua área de influência abrange todo o Distrito de Viseu, com um total de 395.000 habitantes distribuídos por uma área com 5.007 Km<sup>2</sup>.

De um total de 70 enfermeiros temos então a considerar um enfermeiro-chefe, 3 enfermeiros especialistas com funções de enfermeiros coordenadores.

Em termos estruturais, o Serviço de Urgência, tem sido objecto de requalificações pontuais com o objectivo de melhor responder às exigências que se lhe apresentam. Actualmente está estruturada da seguinte forma:

- A Sala de reanimação tem entrada, independente do exterior e possui 4 unidades funcionais. Dão entradas nesta sala doentes críticos transportada pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ou doentes que, na sequência da avaliação pelo enfermeiro da triagem, apresentam um grau de Urgência que justifique.

- O Gabinete de Triagem, possui dois postos de triagem. E funciona com a metodologia de triagem de Manchester. E está implementada desde 2003, recorrendo a um programa específico, ALERT-EDIS<sup>®</sup>.

- A Sala de Pequena Cirurgia, é destinada à execução de tratamentos de diversa natureza, suturas e pequenas cirurgias. Engloba 2 unidades funcionais, cada uma delas com todo o material de apoio necessário para o seu funcionamento de forma individual.

- A Sala Aberta, tem capacidade para o atendimento simultâneo de 4 clientes. Neste espaço realizam-se todos os procedimentos de Enfermagem aos doentes triados com cor amarela, laranja e que necessitem de estar numa maca.

- A Sala dos Verdes, destina-se à execução de colheita de sangue e administração de medicação injectável ou oral a doentes triados com a cor amarela, verde ou azul e que se desloquem a pé ou de cadeira de rodas.

- Sala de Gessos, executam-se procedimentos do foro Ortopédico.

- A Unidade de Decisão Clínica (UDC), tem a lotação de 6 macas, onde os utentes aguardam por uma decisão clínica de alta ou de internamento. Cada unidade funcional está equipada com monitorização cardíaca, bombas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo

- A Sala de Observação (S.O.), tem a lotação de 8 camas e 1 cama de isolamento, que se destina aos utentes que requerem um curto internamento, de 24 horas para melhor vigilância da situação clínica.

Além destas áreas funcionais, existem vários gabinetes médicos, salas para arrumação dos diversos materiais, salas de espera para cada nível de prioridade da triagem de Manchester, corredores comuns e dois elevadores de acesso interno ao Bloco Operatório.

A DGS (Direcção Geral de Saúde) em 2001 define Urgências como: *“todas as situações de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de funções vitais”*; e Emergências como: *“todas as situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções”*.

O Serviço de urgência é *“todo o serviço de saúde equipado para avaliar e tratar situações de doença de início recente e de gravidade tal que o cidadão comum (...) entenda necessitar de ser observado por um médico em consulta urgente não programada”* (Costa, 2008).

Conforme é citado no Despacho Normativo nº11/2002, de 6 de Março, do Ministério da Saúde, os SU são serviços *“ (...) multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência”*.

Este capítulo do relatório, é uma reflexão sobre o estágio realizado no Serviço de Urgência, onde se procura expor as dificuldades e confrontos com que um aluno/profissional de enfermagem se depara ao longo do estágio de Especialização, sob uma perspectiva ética, moral, social, e deontológica, tendo por base os pressupostos que norteiam a profissão de enfermagem.

Como refere Queirós (2007), *“o Saber Profissional é um saber de acção e não apenas de repetição de procedimentos. É a capacidade de adaptar esses procedimentos às diversas situações fazendo uso de um corpo de conhecimentos específicos para agir em conformidade ao invés de realizar uma repetição de gestos”*.

A aquisição de competências, destreza técnica, planificação e tomada de decisões perante situações complexas e imprevisíveis, em contexto de Urgência, nomeadamente na abordagem ao doente crítico.

Estes comportamentos levam-nos a uma maior autonomia, a uma maior qualidade no cuidar e a uma maior visibilidade social, essencial para o desenvolvimento da profissão.

A propósito Nunes (2003) diz: *“outras vezes precisamos receber o reconhecimento social que merecemos, para assim fortalecermos a nossa acção e prosseguirmos a nossa caminhada exigente e sem dúvida com muitas direcções possíveis, rumo à excelência no cuidar”*.

O avanço da medicina aumentou a capacidade para salvar vidas em risco e aumentou a sobrevida de doentes portadores de doença grave, em muitos casos dependentes de tratamentos agressivos e/ou substitutivos de funções vitais.

O enfermeiro do serviço de urgência é constantemente confrontado com situações novas e diversificadas e com tecnologias complexas, sendo necessário intervir com eficácia e eficiência em situações de médio e alto risco. Perante isto, o enfermeiro de urgência deve possuir

capacidades que assentem na autonomia, responsabilidade, competência, segurança, eficácia, e deve também possuir conhecimentos teórico-práticos profundos e actuais. É necessário que mantenha uma postura de vigilância e, concomitantemente crítica para a individualidade global do doente.

Estabelecer uma relação de ajuda com o doente e família, é imprescindível para lhes permitir enfrentar a crise que a doença representa, não deixando o doente entregue à solidão, o que implica ser capaz de criar um clima de confiança, escuta, compreensão e reformulação de tudo o que o doente verbaliza ou transmite. Cabe pois ao enfermeiro dar o seu tempo, a sua competência, o seu saber, interesse, capacidade de escuta e compreensão, ou seja dar uma parte de si mesmo (Rocha & Dias, 1996).

Para Sheehy (2001), a enfermagem de urgência é pluridisciplinar e implica o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem. Este autor refere ainda que a enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentam alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções específicas.

Neste espaço, a maior autonomia da enfermagem é evidente. Porém, a sua intervenção muitas vezes é associada à rapidez, tecnicismo e domínio científico, e descarta-se que as competências do enfermeiro na sua origem são semelhante à de outros enfermeiros cuja preparação tem a finalidade de garantir cuidados de enfermagem globais.

Se por um lado, se verifica existir um maior grau de autonomia, por outro interessa reforçar que, segundo Sousa (2006): *“ é necessário que os enfermeiros dêem mais visibilidade aos raciocínios analítico-interpretativos inerentes ao processo de cuidados presentes em cada situação específica. Se assim o fizerem estaremos a contribuir para a melhoria da percepção da imagem/estatuto da enfermagem”*.

Hoje a prestação de cuidados de enfermagem nos serviços de urgência e emergência exigem eficiência e rapidez. Assim espera-se não só um domínio nas habilidades técnicas dos enfermeiros, procurando um ganho significativo na qualidade dos cuidados prestados e humanização do atendimento, levando a uma busca de conhecimentos científicos bem mais profundos, promovendo um cuidar com qualidade.

#### 4.1- OBJECTIVO GERAL – 1.

Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica.

##### **Objectivo específico:**

- Realizar a Gestão dos cuidados na área da Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica.

O exercício da enfermagem centra-se na relação inter-pessoal entre o enfermeiro e o doente que procura os serviços de urgência, daí que uma preparação adequada dos profissionais de saúde constitui um importante instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência (Fernandes, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) defende e especifica que a Gestão dos Cuidados integra as competências do Enfermeiro Especialista, *“gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa da enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”* para além de *“adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”*.

No Serviço de Urgência a distribuição dos recursos humanos é efectuada por alocação a áreas do serviço.

Torna-se difícil gerir a distribuição dos recursos humanos devido à sua escassez e à imprevisibilidade do volume de trabalho em cada uma das áreas.

Face ao exposto a redistribuição dos recursos humanos tendo por base a afluência de doentes à urgência. Esta redistribuição era feita pelo enfermeiro responsável de turno, que tem a seu cargo a função de gerir e zelar pelo normal funcionamento do serviço, nesse turno.

Quanto à gestão dos recursos materiais, bem mais complexa que no serviço anterior, pela existência de stocks em vários locais da urgência. O consumo clínico e hoteleiro era o menos problemático, por assentar no programa informático GHAF®.

Os pedidos de farmácia são efectuados tendo por base conhecimento de quem está efectuar os pedidos do gasto médio relativos ao consumo de determinado artigo e não por reposição instantânea e constituição de um stock de segurança.

Esta metodologia levava a que, por vezes, um determinado medicamento existisse em stock máximo durante algum tempo, enquanto outros, exigiam um rápido pedido suplementar aquando da ruptura de stock.

Todos os enfermeiros reconheciam as dificuldades, principalmente nos pedidos de farmácia, em que o lema era *“nunca faltar..., antes sobrar”*.

Uma das dificuldades encontradas na efectuação dos pedidos farmacêuticos, decorria pelo facto dos impressos destes se encontrarem desactualizados, procurou-se saber se perante a situação apresentada existia alguma acção concreta na procura da solução do problema, a enfermeira responsável pelos pedidos farmacêuticos respondeu afirmativamente. A gestão destes recursos irá ser efectuada em breve na aplicação informática, Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF<sup>®</sup>), o que lhes permitirá, entre outros itens, saber o consumo médio de determinado artigo. Com esta ferramenta a gestão de stocks tornar-se-á mais eficiente e menos morosa.

No decorrer do estágio, colaborou-se com a enfermeira especialista, responsável da gestão de recursos matérias principalmente na gestão e organização de stocks e pedidos de farmácia.

Nesta área, procurou-se desenvolver competências a uma adequação optimizada dos recursos às necessidades de cuidados.

Relativamente aos recursos humanos colaborou-se, com o responsável de turno, na organização, distribuição e substituição da equipa de enfermagem nas horas das refeições bem como na prestação de cuidados.

Durante a realização do estágio participou-se na organização de horários dos enfermeiros no que concerne à divisão para almoço e jantar, na redistribuição dos enfermeiros consoante as necessidades nas diferentes salas, colaborou-se também com a enfermeira de coordenação. Para além disso, diariamente no turno da manhã participamos na reposição dos stocks das salas e por vezes no turno da tarde, quando necessário, bem como na distribuição e armazenamento dos stocks e da medicação.

#### **4.2- OBJECTIVO GERAL- 2.**

Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades

##### **Objectivo específico**

a) - Promover o desenvolvimento pessoal profissional dos outros enfermeiros.

Como forma de atingir este objectivo, solicitou-se uma reunião informal com um dos enfermeiros tutores para auscultação das necessidades formativas. Identificada a pertinência da reflexão sobre as Condições de Armazenamento da Medicação no Serviço de Urgência (conjuntamente com uma colega da especialidade a estagiar na Urgência) encetamos um projecto para a sua concretização. A elaboração deste trabalho teve como orientação o procedimento - N<sup>o</sup>03/ Serviços Farmacêuticos /05 e N<sup>o</sup>04/ Serviços Farmacêuticos /05 do hospital São Teotónio Viseu.

Realizou-se um levantamento dos medicamentos em stock no serviço de urgência, nas diferentes salas de trabalho: sala de emergência, sala de pequena cirurgia, sala de cuidados de enfermagem, na unidade de decisão clínica (UDC), na sala aberta e no SO. O referido trabalho encontra-se em Anexo II.

Com o objectivo de “*Promover o Desenvolvimento Pessoal e Profissional dos outros Enfermeiros*”, foram-nos lançados outros reptos.

Um dos objectivos a alcançar no estágio foi a elaboração de formação em serviço que é fundamental para o desenvolver de competências e consecutivamente para um enriquecimento teórico prático. O artigo 88.º do código Deontológico de Enfermagem vai de encontro a esta mesma linha de pensamento em que diz na alínea c): “*Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas E como nesta linha de actuação deve emergir a criatividade, o pensamento crítico e rigor*”.

Só nesta linha de actuação o enfermeiro poderá dar prossecução a uma prática de cuidados de qualidade e aperfeiçoar o seu saber como profissional.

Nesta perspectiva, para Gomes (1999), a formação em serviço permite ao formando uma reflexão sobre o observado e o vivido, o que leva à construção activa do conhecimento na acção, pode ser vista como alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional contribuindo para a actualização dos conhecimentos e técnicas.

Das competências atribuídas ao Enfermeiro Especialista, segundo o Decreto-Lei 437/98 de 8 de Novembro, no artigo 7º é de colaborar sempre que possível em projectos de formação ao pessoal de enfermagem bem como de outro pessoal da unidade de cuidados. Por isso, o enfermeiro deve colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço, contribuir ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem visando enriquecer a qualidade da prestação de cuidados.

Desta reflexão ressaltou-nos como grupo de alunos do 3º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – UCP a estagiar no Serviço de Urgência, a necessidade no âmbito da Formação em Serviço, de propor e dinamizar o tema Novas Guidelines de Suporte Avançado de Vida no Adulto, baseada nos projectos definidos para o decurso do Estágio no Serviço de Urgência, abrangendo a teoria e a prática clínica diária, indo de encontro com o exercício profissional de enfermagem e o plano de Formação em serviço traçado pelo chefe e enfermeiro responsável pela formação.

Os objectivos desta formação foram:

- Proporcionar formação adequada sobre as orientações de procedimentos em Suporte Avançado de Vida no Adulto.
- Proporcionar intercâmbio de conhecimentos.
- Manter padrões de qualidade elevada nos cuidados prestados.
- Contribuir para o desenvolvimento profissional, individual e colectivo.
- Uniformizar procedimentos.

- Promover boas relações de trabalho entre todos os elementos e todas as organizações envolvidas.

Foi convidado um Prelector o Dr Igor Milet, este foi-nos sugerido pelo Enfermeiro Chefe que conhece o seu trabalho e dedicação, pois é perito em Emergência Médica. O Dr. Igor abordou os seguintes conteúdos programáticos:

- Suporte Básico de Vida
- Desfibrilhação Automática Externa
- Suporte Avançado de Vida
- Síndrome Coronários Agudos.

Em Anexo III, IV encontra-se a propósito desta formação: os diapositivos com a apresentação do conteúdo programático; cartaz de divulgação da formação sobre as novas Guidelines de Suporte Avançado de Vida no Adulto

Identificou-se conjuntamente com os tutores a necessidade de abordar outro tema pertinente e mediático, foi imediata a intenção em realizar uma Conferência no âmbito Hospitalar, para Enfermeiros e outros grupos profissionais interessados, com a temática - " *O Idoso no Serviço de Urgência*". A conferência teve uma duração de 4 horas, durante o período da tarde de dia 1 de Março, no auditório do DEP no Hospital de São Teotónio em Viseu, abordando-se a Solidão, a Violência e o Cuidador Informal.

Em Anexo V encontra-se o cartaz de divulgação da Conferência "*O Idoso no Serviço de Urgência*".

Encontra-se também em Anexo VI a Declaração passada pelo DEP da co-organização dos eventos: Formação em Serviço "*Guidelines European Resuscitation Council 2010*"; Conferência "*O Idoso no Serviço de Urgência*".

Procurando aprofundar os conhecimentos dentro desta temática "*O Idoso*" sentiu-se a necessidade de aprofundar a temática, construindo um artigo sobre a Finitude Humana e Enfermagem. O artigo apresenta uma reflexão sobre o cuidar em enfermagem ao doente e a seus familiares diante da morte. Enfoca o cuidar integral e humanizado e procura a sensibilização da equipa de enfermagem e demais profissionais de saúde acerca da necessidade de um atendimento adequado ao ser humano, compreendido como um ente biopsicossocial, cultural e espiritual ou seja um ser Holístico. Pretende-se, que este Artigo seja posteriormente publicado, numa revista científica, da temática de Enfermagem. O qual se encontra em Anexo VII.

**Objectivo Específico:**

b) - Demonstrar capacidades de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

### **Sala de reanimação**

A passagem por todas as valências existentes, foram de extrema importância para que se tivesse obtido uma percepção global do que é trabalhar no serviço de Urgência.

Independentemente de nos encontrarmos distribuídos nas diferentes áreas da Urgência, quando existiam situações revelantes na sala de Emergência, quando chegava um doente à sala de reanimação e era accionado o alarme, fizemos sempre questão de rapidamente nos deslocarmos à referida sala, para colaborar nos cuidados ao doente que necessite de cuidados emergentes e altamente diferenciados.

Observou-se e participou-se de forma activa na sua estabilização e sempre que possível deu-se apoio à família. A participação activa na recepção do doente passa por recolher o máximo de informação, para depois poder actuar de forma concisa e eficaz.

A abordagem inicial ao doente grave exige intervenções imediatas com a intenção de assegurar e/ou recuperar as funções vitais mesmo que se não tenha a certeza do diagnóstico ou a causa da deterioração.

Estas intervenções devem ser baseadas em algoritmos, pretendendo-se assim uma uniformização, linha de raciocínio, que conduzem a decisões e procedimentos que se querem rápidos, e objectivos. Em emergência os algoritmos mais usuais são os do Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV), Suporte Avançado de Vida (SAV), Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A aplicação de algoritmos de decisão pretendem definir um determinado número de alternativas e opções a observar perante os dados presentes, para tomar a melhor decisão. Consegue-se assim que o profissional tome a decisão mais rápida, com menor risco e com mais probabilidade de sucesso.

Teve-se oportunidade de prestar cuidados a utentes com patologias diversas, como politraumatizados vítimas de acidente de viação, doentes com hipotermia, insuficiência respiratória, edema agudo do pulmão, acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio. Nos cuidados aos politraumatizados adquiriu-se competências na aplicação de técnicas correctas de imobilização. A participação activa na recepção do doente urgente/emergente, procurando colher o máximo de informação possível para poder actuar de forma eficaz e eficiente, foi outra preocupação nossa, tendo em vista uma prestação de cuidados de enfermagem orientada pela determinação de prioridades de actuação e planificação de intervenções concretas, tendo em conta os recursos disponíveis.

Esta abordagem teve por base os algoritmos criados para o efeito e que consistem em dois níveis de avaliação:

- Avaliação primária do doente de médio e alto risco, tendo em conta a abordagem:

- **A** – Via aérea com imobilização cervical
- **B** – Ventilação
- **C** – Circulação com controlo da hemorragia,
- **D** – Disfunção neurológica
- **E** – Exposição e controle térmico

- Avaliação secundária (tendo sempre presente a avaliação primária) do doente de médio e alto risco, tendo em conta a abordagem:

- **F** – F/F/F – avaliação de todos os sinais vitais, cinco intervenções (monitorizar o ritmo cardíaco, oximetria de pulso, inserir cateter urinário, inserir sonda nasogástrica, promover análise laboratoriais), facilitar a presença da família;
- **G** – Medidas de conforto;
- **H** – História/ informação pré-hospitalar (MIVT – mecanismo da lesão, suspeita de lesões, sinais vitais no local da ocorrência, tratamento iniciado e resposta do doente);
- **I** – Inspeccionar superfícies posteriores.

O contexto em que se desenrolam as actividades numa sala e emergência e a pressão psicológica exercida sobre todos que nela trabalham, perante situações de risco de morte e/ou intervenções emergentes, leva a que seja indutora de stress, sendo importante, como refere Loff (2003): *“treinar os profissionais de enfermagem, na sua formação inicial, para as situações mais difíceis da prática de cuidados de enfermagem, pois, através de um treino progressivo de situações capazes de produzirem stress, poderão criar-se níveis de resistência ao stress, actuando como «vacina»”*.

Cabe também à Instituição o papel de proporcionar as melhores condições de trabalho para a redução de stress situacional, promovendo e proporcionando as condições para uma organização interna em que a emergência não seja responsabilidade de todos, e consequentemente de ninguém.

Durante o percurso feito no serviço de urgência não se presenciou a nenhuma situação de paragem cárdio-respiratória (PCR) e consequente reanimação cárdio-pulmonar. Contudo, presenciou-se no serviço de neurocirurgia aquando da chamada de um Emergência Interna, a uma paragem respiratória.

Um maior e mais frequente contacto com situações deste tipo seria benéfico para aprendizagem pretendida, embora todos os procedimentos de actuação estejam protocolados, sendo iguais a nível europeu. Reconhece-se que apenas o treino prático muito frequente embasado no conhecimento teórico bem fundamentado permite o desenvolvimento de competências e a formação de peritos.

No nosso percurso profissional e actualmente, de forma muito esporádica, a actuação em situações de PCR é feita, tendo por base os algoritmos já mencionados.

A humanização dos cuidados aos doentes que a este serviço afluem pode e deve ser valorizado e que muito prestigia os profissionais que nele se inserem, e contribui para maior qualidade dos cuidados prestados.

Enquanto membros de uma família, os doentes têm necessidade, para além dos cuidados directos, de alguém que tranquilize a sua família. Desta forma reduz-se a ansiedade dos doentes e dos acompanhantes. Foi com agrado que se pode proporcionar a entrada de acompanhantes.

O planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados, mobilizando conhecimentos e equipamentos disponíveis de forma adequada, foi facilitada com

a ajuda e muita paciência dos elementos da equipa, no esclarecer e ensinar de procedimentos com equipamentos e materiais com os quais não estávamos familiarizados.

Foram alguns os contactos e experiências com pacientes em estado crítico, auferidas ao longo das 180 horas de estágio, que nos deram a capacidade de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a estes doentes no âmbito hospitalar e acompanhamento dos seus familiares.

Sempre nos foi permitida a participação activa na execução e prestação de cuidados. Este é um lugar com características próprias que permite consolidar e aprofundar técnicas, procedimentos já conhecidos e ministrados na teoria na universidade, mas que pela falta de prática até à data não estavam tão presentes, mas desta forma a floraram e se consolidaram.

O Enfermeiro ao trabalhar num serviço de Urgência tem necessidade de dominar um vasto campo de conhecimentos clínicos, técnicas psicomotoras, conhecimentos científicos, criatividade e flexibilidade. Associada a estas características é essencial uma elevada destreza manual, devida à diversidade de patologias e sintomas. Em diversas situações a abordagem tem que ser promovida e finalizada numa questão de minutos, o que dificulta a actuação dos profissionais, requerendo todas as faculdades acima descritas (Sheehy, 2001).

Para Costa (2008), o serviço de urgência constitui o primeiro contacto, em muitos casos, o único com uma equipa multidisciplinar que presta assistência imediata. A elevada afluência ao serviço deve-se em parte à necessidade de bem-estar do ser humano, ao aumento do nível de conhecimentos da população, e ao facto de não existir marcação prévia, à falta de acesso a médicos privados e de atendimento a nível de cuidados de saúde primários, aos baixos custos e ao horário de funcionamento.

*“Quando a pessoa se encontra em situação de doença ou incapacidade os seus direitos tomam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social e espiritual a que está sujeita, assumindo o respeito pela dignidade humana vital importância na relação com o utente. Assim sendo, devem ser garantidos os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, sejam eles de natureza preventiva, curativa, de reabilitação ou terminais”* (Augusto & Carvalho, 2002).

A relação entre enfermeiro/doente não se pode orientar numa só direcção, mas, pelo contrário, pressupõe uma relação nos dois sentidos em que cada um dá e recebe, complementando-se, para garantir a qualidade dos cuidados. Isto só acontece numa relação de ajuda, instrumento básico em enfermagem e imprescindível para o enfermeiro cuidar.

Para Adam (1994), a relação de ajuda é intrínseca aos cuidados. A autora explicita que os cuidados de enfermagem deviam ser sempre prestados no quadro de uma relação de ajuda.

A ajuda ao doente exige que o enfermeiro domine para além do saber e saber fazer, o saber ser. Esta aprendizagem e forma de estar, é uma condição necessária à prática de enfermagem, é sem dúvida uma exigência que se põe ao enfermeiro especialista.

Enquanto defensor do cuidado à família e porque a família é também um elemento doente no processo de doença, procurou-se sempre que, quando presentes, estivessem junto do seu familiar, procurando mantê-los informados do que se estava a passar, através de informações da nossa competência assim como das fornecidas pelo médico.

O Código Deontológico dos enfermeiros prevê a obrigatoriedade dos profissionais de darem informação correcta aos clientes, sobre o seu estado de saúde e sobre os procedimentos a efectuar, para que ele a possa compreender, pressupondo assim, a formação de uma vontade esclarecida e liberdade para decidir.

Em situações de urgência, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, refere que: *“Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.”*

Os aspectos ético-sociais no cuidar em enfermagem assumem um papel importante, quando abordamos um doente nestas circunstâncias.

A moral diz respeito aos deveres profissionais, incluídos no Código Deontológico. A ética em saúde caracteriza-se essencialmente pela qualidade de cuidados prestados no dia-a-dia.

Deve ser preocupação do profissional de saúde ter presente os pressupostos anteriores na execução das suas actividades. Este princípio esteve sempre presente, embora reconhecemos que por vezes é difícil conciliar o saber fazer com o saber ser/saber estar, num serviço de urgência, em que se quer rapidez, eficácia e eficiência.

Para finalizar e referindo Queirós citado em Pires (2007): *“Ao considerarmos que o cuidar implica uma responsabilidade ética especial estamos a realçar o intrínseco valor da pessoa e a reforçar a necessidade de uma consciencialização acrescida da integração do pensamento ético na prática profissional quotidiana e na análise das questões inerentes aos chamados dilemas éticos especiais.”*

### **Triagem**

Procurar desenvolver competências na aplicação da triagem de Manchester; e conhecer a mobilização do doente, no serviço de Urgência, de acordo com a triagem efectuada são dois pontos, com características diferentes, interligam-se, porque o enfermeiro alocado à triagem otimizará o seu trabalho e a organização do mesmo.

A Triagem de Manchester é uma realidade com a qual se teve pouco contacto, por esta razão é uma das áreas que gostaríamos de saber mais. A utilização da plataforma informática ALERT-EDIS<sup>®</sup>, para a execução da referida triagem é outra área em que não estamos familiarizados.

A estratégia adoptada assentou, no início, numa pesquisa bibliográfica e consulta dos manuais e protocolos criados para o efeito, tendo por objectivo compreender a filosofia e estratificação da informação recolhida, no momento da triagem. Posteriormente e sempre com um dos enfermeiros tutores presentes, efectuou-se a triagem de utentes, tendo por base o Modelo de Manchester usando a plataforma informática, já mencionada.

Revelou-se um pouco difícil e complexa, pela falta de experiência e pela consciência do quanto era importante uma correcta interpretação das informações que o utente fornecia.

Os profissionais de enfermagem, no seu dia-a-dia de trabalho, utilizam metodologias de recolha de informação sendo a Triagem de Manchester um exemplo desses instrumentos, que apesar do seu benefício potencial, constituem uma ingerência na vida e sentimentos pessoais.

Daí a necessidade de assegurar a confidencialidade da informação, tanto dos dados descritos pelo próprio como por terceiros.

Teixeira (2006) refere, ainda, que a triagem realizada por enfermeiros contribui para aumentar a humanização do acolhimento do utente e família, permitindo estabelecer uma boa relação entre enfermeiro-utente podendo, deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência do utente e família; contribui para dignificar a imagem de enfermagem; permite uma observação imediata do utente com risco de vida e permite realizar uma retriagem, se necessário.

Exige-se dos profissionais grande leque de conhecimentos teórico-práticos que lhe permitem desenvolver uma eficaz avaliação ao utente; têm de ter capacidade de organização, de tomar decisões rápidas e de realizar uma correcta colheita de dados através da entrevista e observação; tem de ter destreza, dinamismo, agilidade mental, capacidade de liderança, que lhe permita detectar sinais subtis quanto à acuidade do utente.

Ao longo dos anos tem-se verificado uma sobrelotação dos serviços de urgência, não sendo apenas os utentes urgentes/emergentes que a ele recorrem. Esta realidade provoca um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos utentes que efectivamente necessitam de cuidados de urgência, uma vez que, existe, por um lado, deslocação de recursos e, por outro, é um obstáculo à humanização. Para os serviços de urgência implica uma maior dificuldade em dar respostas apropriadas às necessidades da população e uma redução da eficácia dos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde.

Por estas mesmas causas é que se torna necessário a implementação de um sistema de triagem eficiente, que assegure uma metodologia de trabalho coerente, e que respeite a boa prática nas situações urgentes e emergentes, e que seja fiável, uniforme e objectiva ao longo do tempo. E principalmente, que o atendimento dos utentes seja por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.

Um sistema de triagem traduz-se, basicamente, por uma observação e avaliação do utente, com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento, de modo a reduzir o tempo de espera no serviço e assegurar que os utilizadores recebam o tratamento adequado ao seu estado de saúde. Pretende-se que seja eficaz e facilite a afectação dos recursos adequados, levando a uma maior satisfação das necessidades dos utentes, dado que, este sistema irá colocar o utente no local certo, no momento certo, para receber o nível de cuidados adequados (Sheehy, 2001). Este autor salienta ainda a existência de factores que contribuem para o aumento da eficácia do sistema de triagem, bem como da satisfação dos utentes, sendo eles, um espaço adequado, sistema de comunicação, material, acesso à área de tratamento e um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar.

Para a realização de um processo de triagem exemplar é necessário que os profissionais que a executem, tenham em mente quais os objectivos que regem este sistema. O seu objectivo principal relaciona-se com a “... *identificação rápida de doentes que se apresentam com estados de natureza urgente e em risco de vida*” (Sheehy, 2001).

Após a triagem concluída é necessário encaminhar o utente para o local certo, havendo a necessidade de conhecer bem os circuitos, consoante a prioridade de atendimento.

Existem locais próprios para cada tipo de prioridade, sendo comumente conhecidas por sala dos verdes e azuis, e sala dos amarelos. De salientar que os utentes com prioridade de cor verde a necessitar de cadeira de rodas eram alocados na sala dos amarelos. Os utentes com prioridade de cor amarela e a necessitar de maca eram encaminhados para a área urgente.

Inicialmente foi confuso perceber a dinâmica e as adaptações efectuadas pelo serviço, para colmatar a escassez de espaço e arquitectura do serviço de urgência. As dificuldades iniciais deram lugar à compreensão do porquê das adaptações possíveis, perante a estrutura física existente.

### **Sala Aberta**

Esta será uma das áreas mais preocupantes no atendimento e prestação de cuidados. É nesta sala, “*hall de corredor*”, que os doentes ficam á espera de serem observados pelas especialidades médicas, aguardam exames ou realização de colheitas de sangue e outros procedimentos de enfermagem. Trata-se de um espaço problemático cheio de macas e cadeiras, onde de um lado da sala ficam os homens e do outro as mulheres, não existindo qualquer divisória, e sem esta também não existe privacidade.

A vigilância por parte dos profissionais de saúde, dos doentes que se encontram nesta sala, é reduzida, os enfermeiros encontram-se no gabinete de atendimento da sala aberta, os médicos nos seus gabinetes e os assistentes operacionais, andam corredor acima e abaixo no seu trabalho, ao olhar para os doentes, por vezes, transparecia a noção de estarem abandonados.

A estrutura física desta sala é inapropriada e o facto de não haver recursos humanos atribuídos somente a esta sala, leva-nos a dúvidas em relação à qualidade dos cuidados prestados.

A dificuldade estrutural do espaço é óbvia, o que levanta a questão de uma necessária revisão na reestruturação do espaço físico, enquanto isso não acontece, a distribuição de um enfermeiro por turno nesta sala seria talvez uma solução para melhorar os cuidados de saúde prestados aos utentes.

### **Sala de Pequena Cirurgia**

Nesta sala com 2 unidades funcionais, colaborou-se na realização de suturas e pequenas cirurgias e na elaboração de pensos de diversa natureza, colocação de sondas vesicais, entre outros cuidados de enfermagem.

As competências adquiridas nesta área foram técnicas, em colaboração com a equipa médica, não descurando nunca a possibilidade de se estabelecer uma comunicação activa com o doente e família.

### **Unidade de Decisão Clínica (UDC)**

Na Unidade de Decisão Clínica do Serviço de Urgência deste Hospital, apenas está escalado um Enfermeiro, por turno, alocado às seis boxes de atendimento a doentes com instabilidade orgânica que aguardam por uma decisão clínica, é insuficiente para estabelecer a competência de relação ajuda. Assim, em certos turnos, torna-se difícil para um enfermeiro só, a

monitorização dos doentes em estado crítico, a administração de terapêutica de urgência e emergência e estabelecer uma relação de ajuda com o doente e a família.

#### **4.3- OBJECTIVO GERAL- 3.**

Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

##### **Objectivo Específico:**

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de EEMC;

Procurou-se identificar problemas relacionados com o funcionamento do Serviço de Urgência e reflectir sobre os mesmos.

A necessidade contínua de uma actualização e desenvolvimento dos conhecimentos, por parte dos profissionais, é deveras sentida a nível dos serviços de urgência, pelas suas características inerentes: a prestação de cuidados a doentes, compreensão um leque largamente abrangente de patologias, por vezes com um elevado índice de gravidade no risco de vida, a utilização de equipamentos com tecnologia diversa, meios terapêuticos (farmacológicos e outros) altamente agressivos e diversificados. Ao enfermeiro é-lhe exigida uma capacidade de adaptação e resposta imediata e adequada às necessidades de âmbito técnico, científico e humano, de todos aqueles que num dado momento da sua vida necessitam desses serviços e que têm o direito de serem considerados na abrangência que os constitui, de modo a ultrapassarem da melhor forma possível a crise de vida em que se encontram.

Os enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem do serviço de urgência possuem uma cultura de formação em serviço, havendo formação estruturada e planificada, com elaboração de protocolos sobre determinadas técnicas e procedimentos, fruto da preocupação, investigação e formação da equipa.

A totalidade dos enfermeiros possui competências para o SAV. O número de enfermeiros que já frequentou pós graduações em urgência e emergência, ou outros estudos que ao habilitam a prestar cuidados de forma mais adequada, deixa transparecer a preocupação com a formação e actualização de conhecimentos.

Os problemas ou situações problemáticas que se identificaram no serviço de urgência, estão intimamente relacionadas com as deficiências na sua estrutura arquitectónica, não querendo

com isso ilibar de qualquer responsabilidade os profissionais que nela trabalham e em particular os enfermeiros.

As deficiências são várias e de várias ordens:

- Os postos de triagem localizados à entrada do SU, num espaço pequeno para comportar duas “células” de triagem. Este espaço não permite efectuar uma observação directa sobre os utentes que se encontram nas respectivas salas (amarelos e verdes/azuis).

A proximidade dos mesmos não permite que haja lugar a uma confidencialidade e privacidade dos utentes. A separá-los existe uma cortina, sendo prática comum ignorá-la, havendo como argumento por parte da equipa que a mesma permite a privacidade, no entanto a confidencialidade continua a não se verificar.

Segundo Teixeira (2006), o local onde se efectua a triagem deve obedecer a determinados requisitos, tais como: “ (...) *facilmente acessível à entrada do SU, possibilitar a visão de todas as pessoas que aguardam pela triagem, ser um local que ofereça a privacidade desejada para os cuidados realizados no sector de triagem*”.

- A inexistência de uma estrutura organizada (recursos humanos e espaço físico) com a finalidade de conceder informações, de forma regular e estratificada, aos familiares dos utentes que se encontram no SU, por parte dos profissionais de enfermagem.

O acolhimento do utente numa unidade de saúde é dotado de grande importância, especialmente num serviço como o SU, que exige grandes ajustamentos, tanto a nível mental como a nível emocional por parte do utente. Ele é lançado num ambiente desconhecido, para o qual não possui um “quadro de referência”, conduzindo-o a estabelecer uma luta interior, que lhe irá permitir obter sentimentos de estabilidade e auto-controlo. No pólo oposto, encontra-se a família que se sente relegada e angustiada pela falta de informações sobre o prognóstico do familiar que se encontra doente. A desconfiança, a incerteza e o pouco tempo que é concedido para explicações, quer ao utente quer aos familiares, promove sentimentos de ansiedade, que se não forem devidamente controlados, evoluem para formas de “stress”, difíceis de combater (Neto, 2003).

É neste contexto, que o enfermeiro possui um papel importante no acolhimento e no contacto com os familiares, facultando informações e/ou esclarecimento de dúvidas, executando esse cuidado de enfermagem de uma forma concebível, empática e personalizada, constituindo um dos passos fundamentais para a humanização dos cuidados prestados.

- A sala de emergência, por norma, não tem médico em permanência, assistindo-se por vezes, ao empurrar do assumir de responsabilidade de determinado doente, causando conflitos, em que os utentes naturalmente ficam a perder.

Os erros associados à prática lesam quer o doente quer os profissionais envolvidos e como diz no artigo 88 do Código Deontológico de Enfermagem inserido no estatuto da OE republicado como anexo pela lei nº111/2009 a 16 de Setembro é dever “*Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude*”. Com base neste pressuposto procurou-se esclarecer dúvidas com vista à prestação de cuidados seguros.

As salas de emergência hospitalar podem ser consideradas como uma das áreas do hospital de maior complexidade na assistência, com maior fluxo de actividades de profissionais e necessidades dos utentes. Nestes locais são exigidos, uma assistência imediata, eficiente e de amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e emprego de recursos tecnológicos (Almeida, 2007).

A criação de equipas multidisciplinares com experiência na área e devidamente treinadas deveria ser uma prioridade, para que em situações de emergência não houvesse os “atropelos” e o duplicar de funções, havendo desperdício de recursos e perdas na optimização da assistência ao utente.

Relativamente a muitos procedimentos e aspectos directamente relacionados com a Comissão de Controlo de Infecção, e no que pode estar mais directamente relacionado com as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), verificamos que na sala aberta havia sempre uma sobrelotação de utentes em maca e cadeira de rodas, onde por vezes, se tornava muito difícil circular, devido à sobrelotação, o que pode elevar o risco de infecção cruzada.

Relativamente à política de controlo IACS, julgamos ter adoptado precauções necessárias à prevenção das mesmas, dentro das limitações impostas pelo serviço. Contactamos várias vezes com doentes infectados, e procuramos sempre esclarecer qual o tipo de cuidados necessários à contenção dos agentes microbiológicos. Assim tivemos oportunidade de efectuar educação para a saúde aos familiares dos doentes e de discutir, de forma crítica e assertiva, todas estas questões com os profissionais.

Por fim queremos realçar o empenho de toda a equipa, para que o nível de qualidade dos cuidados prestados não seja afectado pelos constrangimentos estruturais ou de recursos humanos. Por vezes torna-se difícil, sendo necessário.

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo, permite transcrever considerações importantes respeitantes ao percurso, enquanto aluno, e de alguns aspectos considerados menos conseguidos e do mesmo modo, sobre outros que merecem ser realçados pela positiva.

O ensino clínico é um momento de excelência de formação, o saber prático desenvolve-se sustentado no saber teórico. Permite a aquisição de conhecimentos e competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício de enfermagem de excelência.

Procurou-se ajustar este percurso na busca de sentido a cada atitude e a cada actividade apresentada e planeada, numa perspectiva de construção de um corpo de conhecimentos e experiências, na área dos cuidados ao doente de médio e alto risco e sua família.

A elaboração dum relatório revelou-se difícil e complexa pois, para além da descrição das actividades desenvolvidas, sentiu-se a necessidade de uma reflexão aprofundada, sobre as mesmas, fundamentada na pesquisa bibliográfica.

O percurso efectuado pelos dois serviços: Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico e Serviço de Urgência, embora distintos, proporcionaram a aquisição de conhecimentos e competências, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, que de outra forma não seria possível.

Essas competências “ (...) advêm das qualificações, da formação (base, contínua, ...), das práticas em contextos de trabalho e da reflexão das práticas/teoria.” (Filipe, 2003)

A UMDC foi desafiante e interessante, em que partes das intervenções se revelaram procedimentos com os quais não se tinha prática e alguns que nunca se teve contacto, como profissional. Desde dos diferentes tipos de doentes, passando pela organização dos cuidados e a todas as práticas inerentes, em que se teve oportunidade de conhecer e realizar.

Os objectivos foram atingidos no seu percurso ao longo dos estágios em plenitude, contribuindo para isso o empenho o apoio de toda uma equipa de enfermagem, em que foi proporcionado um ambiente calmo acolhedor da Unidade em que permitiu o desenrolar as actividades delineadas com qualidade.

Nestas Unidades: “Os avanços tecnológicos na área da saúde obrigaram-nos a ser tecnicistas e a prestar cuidados de elevada qualidade. No entanto a sociedade de hoje, influenciada fortemente pela média, é cada vez mais exigente e a nosso ver torna-se imperioso não só desenvolvermos competências técnicas, mas aperfeiçoarmos as nossas capacidades relacionais” (Nunes, 2003).

O Serviço de Urgência sendo um local onde a rotatividade de profissionais e de utentes é grande, revela-se uma área de maior complexidade na assistência, na prestação de cuidados.

Hoje a complexidade dos cuidados de enfermagem, prestados nos serviços de urgência e emergência exige dos profissionais eficiência e rapidez na assistência com qualidade e humanização no atendimento.

Ao longo deste estágio verificou-se a suma importância em que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica pode ter numa unidade de urgência, se com competência exercer o seu papel, em que proporcione cuidados de qualidade àqueles que deles dependem.

A aquisição de competências em enfermagem de acordo com Madureira (2007): “ (...) *envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral*”.

A concretização deste estágio contribuiu na mobilização e aprofundamento de conhecimentos, teórico-práticos na área de cuidados ao doente de médio e alto risco e sua família.

Tendo em conta que uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista, segundo o Decreto de Lei 437/91 de 8 de Novembro, é de colaborar, sempre que possível, em projectos de formação, no presente, adquirirmos e desenvolvermos competências nessa mesma área, mas também levamos a efeito, a realização de uma conferência aberta, onde expusemos os conteúdos da nossa acção de forma didáctica e pedagógica.

Verifica-se que a procura do SU do Hospital São Teotónio de Viseu EPE., pelos doentes, ultrapassa amplamente a sua capacidade de resposta tanto em quantidade como em qualidade. De igual modo, a permanência de doentes nos mais diversos sectores, por diversos dias, em áreas como o SO., a UDC; a não existência de uma equipa médica fixa na urgência; a falta de recursos humanos e de espaço são lacunas que não permitem uma maior qualidade e rapidez no atendimento aos doentes e maior humanização dos mesmos, e de apoio aos familiares destes. Todavia, é de referenciar o enorme esforço feito pela equipa de enfermagem na persecução de uma cada vez maior qualidade dos cuidados

Consideramos que conseguimos atingir os objectivos propostos no projecto de estágio com algum sucesso, embora exista a perfeita noção da limitação temporal, que acarretou dificuldades. Olhando para trás conseguem-se encontrar enormes diferenças na praxis, cresceu-se, embora exista ainda um longo percurso até ao nível de perito. Por melhor que seja a formação escolar esta representa apenas uma pequena parcela da formação de qualquer especialista.

Terminada a elaboração deste relatório, os estágios descritos compreenderam momentos importantes de aprendizagem, perante as quais se procurou e delineou uma atitude pró-activa e reflexiva. Permitiram um enriquecimento e desenvolvimento pessoal e profissional na área de cuidados ao doente de médio e alto risco e suas famílias. O acompanhamento e o apoio que a Equipa de Enfermagem, de ambos os serviços, foi uma mais-valia vital na concretização do alcançar de uma etapa profissional.

## BIBLIOGRAFIA

Adam, E. 1994 – Ser Enfermeira. Trad. Francisco José Correia. Lisboa, Instituto Piaget.

Almeida, P.& Pires, D. 2007 – O trabalho em emergência: entre o prazer e sofrimento. Revista Electrónica de Enfermagem, 9. Consultado 26 de Fevereiro de 2011, de <http://www.Fen.ufg.br/revista/v9/v9n3a05.htm>.

Augusto, B. & Carvalho, R. 2002 – Cuidados Continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. Coimbra: Formasau.

Alarcão, I e Tavares, J. 2003 – Supervisão da Prática Pedagógica - Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Livraria Almedina, 2ªed., Coimbra.

Benner, P. 2001 – De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.

Carapineiro, G.1993 – Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento.

Carapineiro, G. 2006 – Sociologia da saúde. Estudos e perspectivas. Coimbra: Pé de Pagina Editores.

Caria, T. ; Pereira, F.; Filipe, J.; Loureiro, A. & Silva, M. 2005 – Saber profissional. Coimbra: Almedina.

Collière, M. 1999 - Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses/Lidel.

Costa, J. T. ; et al. 2008 – Serviço de urgência e serviço de atendimento permanente. Consultado em 12 de Fevereiro 2011, disponível em <http://nortemedico.pt>

Decreto do Presidente da Republica N°1/2001, de 20 de Fevereiro (Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina).

Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março – Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Capitulo VII - Mobilidade. Artigo 45º- Creditação.

Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro – Aprova regime legal da carreira de enfermagem.

Decreto-Lei 161/96, D.R. I série nº 205 de 4 de Setembro – Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Deodato, S. 2004 – A excelência do exercício – Perspectiva ética e deontológica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, nº 15, Dezembro.

Despacho Normativo nº11/2002 de 6 de Março – Cria o Serviço de Urgência Hospitalar. Consultado em 16 de Janeiro 2011, disponível em [www.arsalgarve.min-saude.pt](http://www.arsalgarve.min-saude.pt)

Diário da República, 1ª série – nº134 – 14 de Julho, Lei 33/2009 14 de Julho. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de saúde.

Dicionário de Língua portuguesa. Porto Editora, 26 de Junho 2010, de <http://www.infopedia.pt/diciope.jsp?Entrada=portf%F3lio&dicio=0&op=DefExpoente>

Domingues, L. 2003 – A gestão dos recursos humanos e o desenvolvimento social das empresas: a renegociação colectiva como um dos elementos viabilizadores. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Fabião, A.; Magno, C.; Jesus, M. & Miranda, P. 2005 – Formação: Contributo para a Qualidade. *Servir*, 5, vol. 53, p. 235-247.

Fernandes, I. 2010 – Protocolos no Serviço de Urgência. In: *Nursing*. Lisboa, nº 259, Ano 22, p. 31-34.

Filipe, N. 2003 – Autonomia da profissão: Três décadas de crescimento. *Nursing*, 183, p.13-15.

Phipps, W. ; Sands, J. & Marek, J. 2003 – Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica (6ª ed.). Lisboa: Lusociência, 2003.

Garcia, M. 2008 – A eficiência na gestão dos cuidados, o papel do enfermeiro. *Gestão & Economia da Saúde*.  
<http://www.hospitaldofuturo.org/group/gestaoeconomiasaude/forum/topics/1967198:Topic:1142>

Gomes, I. 1999 – Os enfermeiros e a formação em serviço. In: *Servir* – Lisboa. – Vol.47, Nº4 (Julho/Agosto), p.178-181.

Hesbeen, W. 2000 – Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. 2002 – Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures. Lusociência.

International Council of Nurses (2006) – Code of ethics for nurses.

<http://www.icn.ch/icncode.pdf>.

Juran, J.; traduzido por: Montingelli, N. 2004 – A Qualidade desde o Projecto: Os novos passos para o Planeamento da Qualidade em Produtos e Serviços. São Paulo: Pioneire Thomson Learning.

Loff, A. 2003 – Avaliação de níveis de stresse em enfermagem. Revista Sinais Vitais, Janeiro, 23, p. 13-15.

Madureira, I.; Cavaco, M.; Gomes, N.; Lisboa, P. & Rosa, S. 2007 – Competências do enfermeiro de cuidados gerais – Análise do sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de acordo com o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner. Revista Sinais Vitais, 71, p. 27-30.

Meneses, M. 2004 – Autonomia do enfermeiro: realidade ou utopia? Pensar Enfermagem, 2, vol. 8, p.38-41.

Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde, Despacho Normativo Nº 11/2002, de 6 de Março.

Neto, A.; Ribeiro, L.; Magalhães, L. .; Torres, M. & Mendes, M. 2003 – Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro do serviço de urgência. *Servir*, 5, vol. 51, p. 214-228.

Neves, A. 2003 – O papel da administração pública na política de apoio à inovação. Lisboa: Dom Quixote.

Nunes, I. 2003 – Ser enfermeiro nos dias de hoje – um desafio exigente. *Nursing*, 178, p. 42.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros – Código deontológico do enfermeiro. Republicado como anexo pela Lei nº111/2009 a 16 de Setembro de 2009, consultado a 4 de Fevereiro de 2011, disponível em, <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/.../CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros – Suplemento da Revista nº26 (Julho 2007), ISSN 1646-2629

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual/ Enunciados descritivos. Divulgar, Conselho de Enfermagem, Dezembro 2001.

Pereira, H. 1994 – Formação formal versus formação informal. In: Divulgação, Porto, nº 32, p. 2.

Phaneuf, M. 2005 – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Philips, W.; Sandw, J. & Marek, J. 2003 – Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica (6ª ed.). Lisboa: Lusociência.

Pires, A. 2007 – Ética e cuidar em enfermagem. Sinais Vitais, 72, p. 47-49.

Potter, P.; Perry, A. 1997 – Grande tratado em Enfermagem Prática (2ª ed.) São Paulo: Tempo, p. 788.

Queirós, A. 2007 – As competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver. ForumEnfermagem. <http://www.forumenfermagem.org>.

Querido, A. 2004 – Quando um silêncio vale mais que mil palavra - Escuta em cuidados paliativos. Nursing, Lisboa – ISSN 0871-6196, Ano 15, nº185, Fevereiro, p.24-28.

Regulamento do Serviço de Urgência, Abril 2001, disponível no serviço de Urgência do HSTV.

Rocha, M. & Dias, A. 1996 – Enfermagem de Urgência: uma perspectiva de intervenção. Informar, 7, p. 8-10.

Série de Tratados Europeus/164 – Convenção para Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Entrada em vigor na Ordem Internacional a 1 de Dezembro 2001. Consultado a 29 de Janeiro de 2011, disponível em : [www.gddc.pt/direitos-humanos/.../convbiologiaNOVO.html](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/.../convbiologiaNOVO.html)

Sheehy's, S. 2001 – Enfermagem de Urgência Da teoria à Prática – Loures: Lusociência 877p., 4º ed., ISBN: 972-8383-16-9.

Swearingen, P. & Keen, J. 2003 – Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes (4ª ed). Loures: Lusociência.

Silveira, R. 2004 – Enfermeira ou tarefaira? Nursing, 184, p.24-26.

Silva, D.; Silva, E. 2010 – Ensino Clínico na Formação em Enfermagem consultado a 30 de Junho, disponível em <http://www.ipv.pt/millennium30/8.pdf>.

Sousa, C.; SANTOS, F.; COSTA, M. & RODRIGUES, M. 2006 – Enfermagem: Contextos e percepções. Nursing, 209, p. 7-9.

Teixeira, J. 2006 – Manual de urgências e Emergências. Lousã. Lidel.

Watson, J. 2004 – Enfermagem pós-moderna e futura: Um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusodidacta.

Watson, J. 2002 – Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

**ANEXOS**

# ANEXO I

# Oxigenoterapia

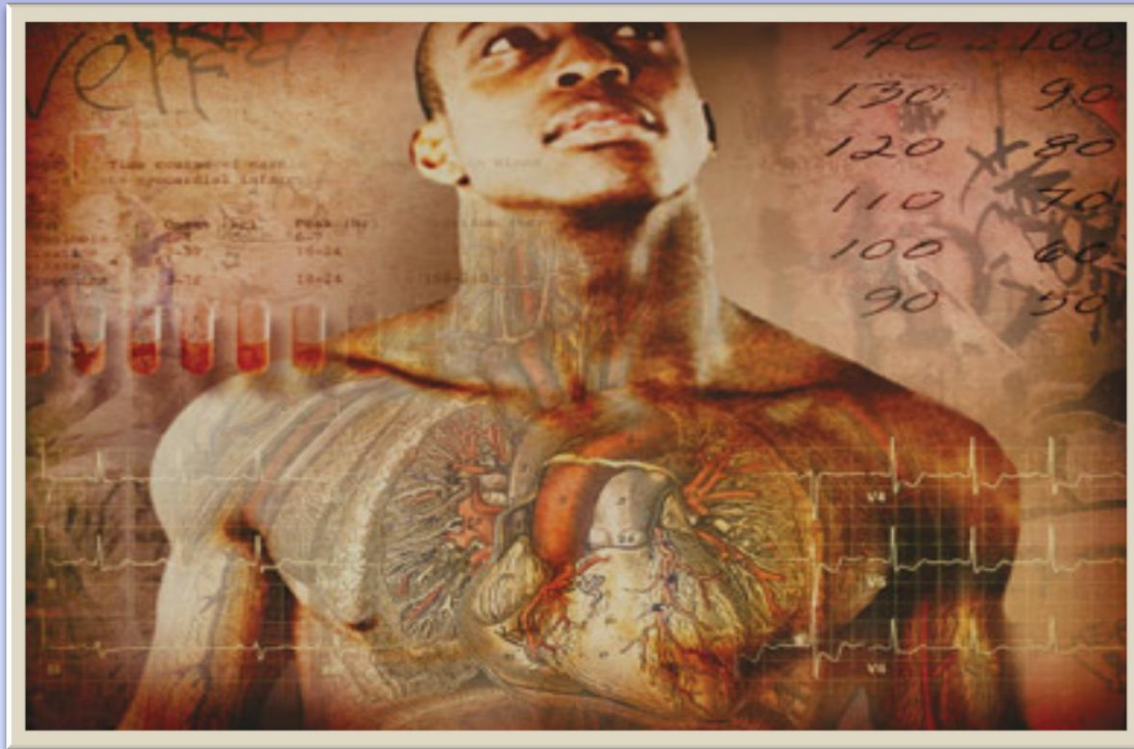


# Definição

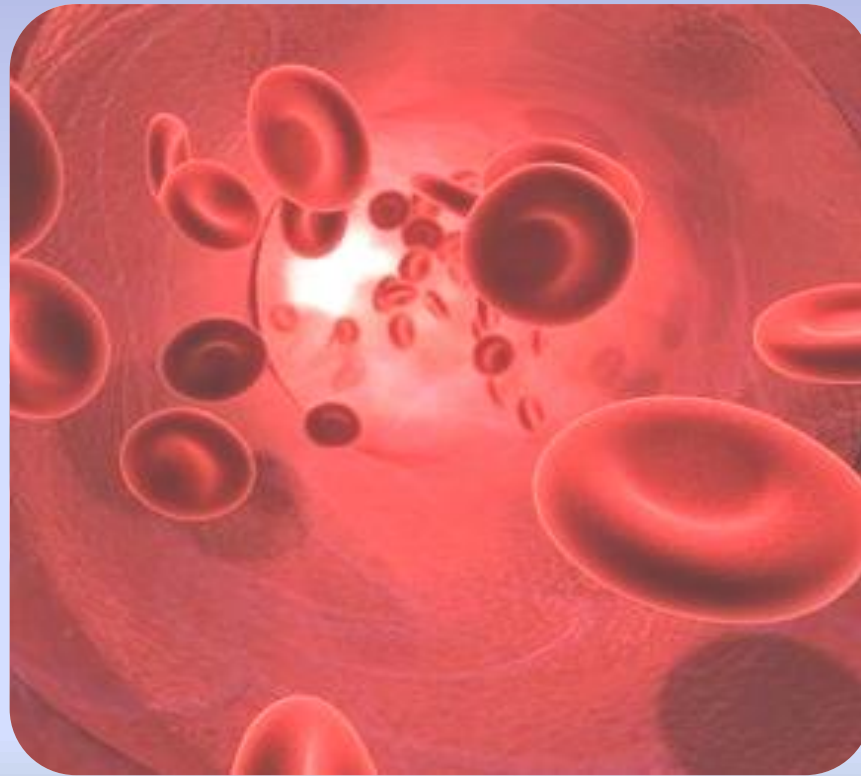
- A Oxigenoterapia consiste na administração de oxigénio suplementar com o intuito de elevar ou manter a saturação de oxigénio acima de 90%, corrigindo os danos da hipoxemia. Deve ser administrada com base em alguns parâmetros utilizados para avaliar o grau de oxigenação sanguínea.
- Ao elevar-se a fracção inspirada de oxigénio, constata-se um aumento da pressão arterial de oxigénio e, conseqüentemente, a *diminuição do trabalho respiratório* necessário para manter a tensão de oxigénio alveolar, bem como do *trabalho do miocárdio* responsável pela manutenção da oferta de oxigénio aos tecidos.



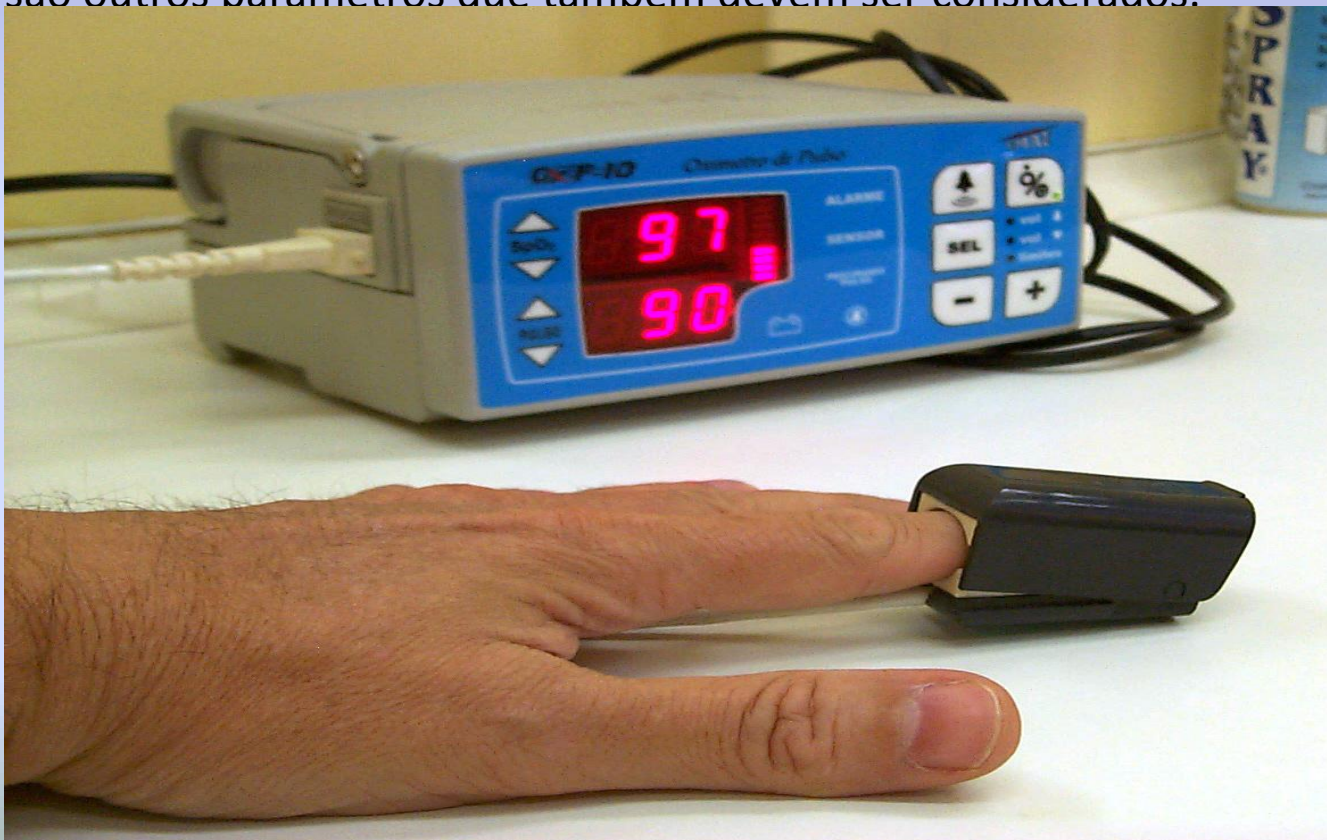
- **Indicação:** A Oxigenoterapia está indicada sempre que exista uma deficiência no aporte de oxigênio aos tecidos.



- A **pressão arterial de oxigénio (PaO<sub>2</sub>)**, normalmente **entre 90 e 100mmHg**, refere-se à **quantidade de oxigénio dissolvida no plasma** e valores abaixo da normalidade indicam trocas gasosas ineficientes.



- Outro índice importante é a **saturação da oxihemoglobina arterial (SatO<sub>2</sub>)** que é proporcional à quantidade de oxigénio transportado pela hemoglobina. Seu valor normal é **igual ou maior que 95%** e pode ser monitorizada pela **oximetria de pulso** ou de forma invasiva por meio de colheita e **análise de sangue arterial (Gasimetria)**.
- A saturação venosa de oxigénio (SvO<sub>2</sub>), a pressão de oxigénio venoso misto (PvO<sub>2</sub>), o conteúdo do oxigénio arterial (CaO<sub>2</sub>) e a libertação sistémica de oxigénio (PO<sub>2</sub>) são outros parâmetros que também devem ser considerados.



# Objectivo 1

- *O objectivo primário da Oxigenoterapia é aumentar a quantidade de oxigénio carregado pelo sangue aos tecidos.*
- Através do aumento da concentração de oxigénio no ar alveolar, cria-se uma diferença entre a pressão parcial desse gás dentro dos alvéolos e o oxigénio dissolvido no plasma, facilitando a passagem de oxigénio para o capilar, sua dissolução no plasma e associação com a hemoglobina, reduzindo os efeitos da hipoxemia.



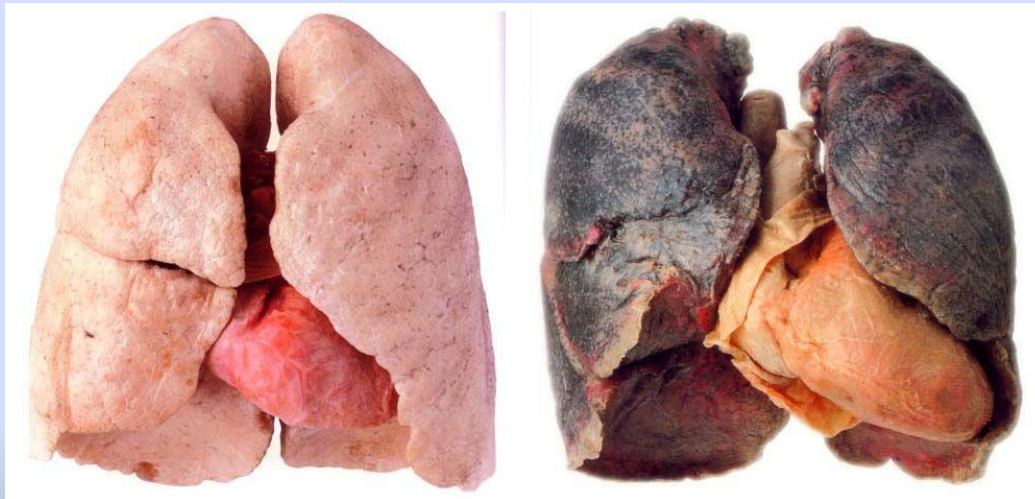
# Hipoxemia

- *Hipoxemia* é a deficiência anormal de concentração de oxigênio no sangue arterial (baixa PaO<sub>2</sub>).
- É diferente de *hipoxia*, que é a baixa disponibilidade de oxigênio para determinado órgão, o que pode acontecer mesmo na presença de quantidade normal no sangue arterial, como no enfarte agudo do miocárdio ou num acidente vascular cerebral.



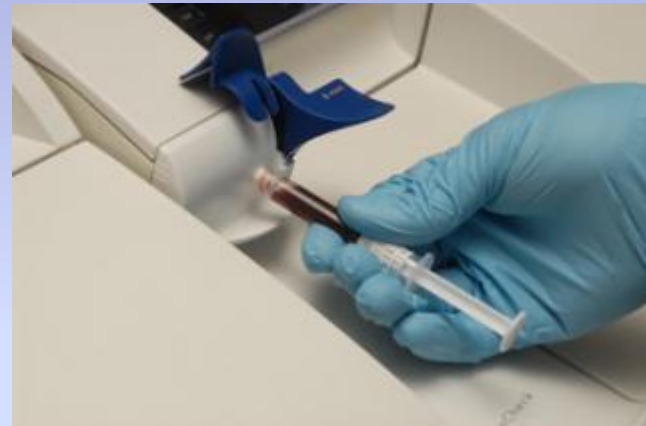
# Sinais de hipoxia:

- Respiratórios: taquipneia, respiração laboriosa (retracção intercostal, batimentos da asa de nariz), cianose progressiva;
- Cardíacos: taquicardia precoce, bradicardia (mais avançada), hipotensão e paragem cardíaca;
- Neurológicos: inquietação, confusão, prostração, convulsão e coma.



A necessidade de oxigénio é avaliada:

- ✓ Análise gasométrica arterial;
- ✓ Oximetria de pulso;
- ✓ Evolução clínica do doente.



## *Métodos de administração de oxigénio*

- ★ Sistemas de administração de **baixo fluxo**
- ★ Sistemas de administração de **alto fluxo**



# Sistemas de alto e baixo fluxo

- **Sistemas abertos:** sem reinalação do gás expirado.
  - Podem ser de baixo ou alto fluxo.
  - Para que se possa usar um desses sistemas, é necessário que haja uma válvula redutora da pressão (permitindo reduzir a diferença da pressão entre a rede de oxigénio e a pressão atmosférica) acoplada a um fluxómetro.
  - Os *fluxómetros* são compensados ou não, em relação à válvula de saída, e a sua leitura é feita em litros por minuto.



- **1) O sistema de baixo fluxo:** fornece oxigênio com fluxo menor que a demanda do paciente, com concentrações que variam entre **24 a 40%**, com fluxo de **1 a 6L/min** ( $FiO_2$  é baixa e variável devido à diluição aérea). Há necessidade de que o paciente tenha um ritmo respiratório regular, com volume corrente maior que 5ml/kg e uma frequência respiratória menor que 25 incursões por minuto.



- Cateter nasal :
  - Concentração O<sub>2</sub> de 25 a 45%;
  - Fluxo sugerido de 0,5 até 5L/min;
  - Sem reinalação;
  - Vantagens: fácil colocação, permite que o paciente converse e se alimente;
  - Problemas: fluxo inexacto, irritação cutânea, vazamentos.
  - Contra-indicada em indivíduos que tenham respiração predominantemente oral.
  - A humidificação só é necessária para fluxos maiores do que 4 a 5 l/min.
  - A FiO<sub>2</sub> teórica e estimada para vários fluxos:

<u>L/min</u>	<u>FiO<sub>2</sub></u>
1	24%
2	28%
3	32%
4	36%
5	40%
6	44%

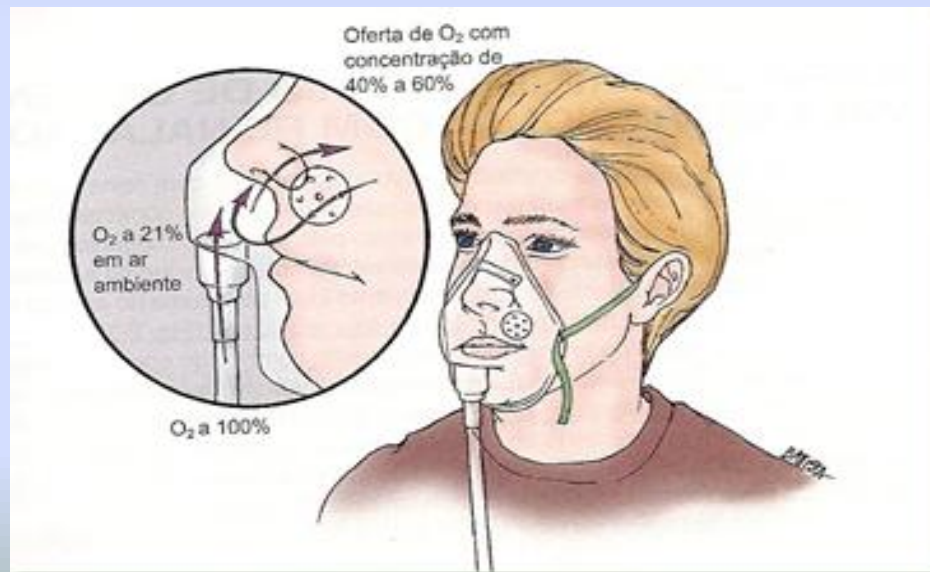
# Canula Nasal

- **VELOCIDADE DE FLUXO SUGERIDA (1 a 6l/min)**
- **PARÂMETROS DE PERCENTAGEM DE O<sub>2</sub> (23-42)**
- **VANTAGENS-** Barato
- **DESVANTAGENS-** Irritação da mucosa nasal; o cateter deve ser trocado com frequência para alternar as narina



- Máscara facial simples:

- Devem ser feitas com material transparente, para que se possa detectar facilmente uma regurgitação. É ainda importante que seja maleável, para boa adaptação à face, evitando-se perda de ar.
- Oferta  $FiO_2$  de 35 a 50%;
- Fluxo sugerido de 5 a 12L/min;
- Fluxo inferior a 5L/min = reinalação de  $CO_2$  contido no reservatório da máscara.
- Deve ser retirada para alimentação, menor conforto, claustrofobia.



- Máscara de não reinalação- com reservatório de oxigénio
  - O<sub>2</sub> armazenado no reservatório e é libertado durante as inspirações do paciente;
  - Oferece FiO<sub>2</sub> maiores com fluxos menores;
  - Válvula bidireccional com reinalação: (poupa fluxo)
    - Concentração de O<sub>2</sub> : 35 – 60 %
    - Fluxo sugerido O<sub>2</sub>: 06 a 10 L
    - Permite reinalação de CO<sub>2</sub> na bolsa reservatório
    - Bolsa tem de estar cheia em 2/3



- Válvula unidireccional sem reinalação (escolha pa. pac. grave)
  - Concentração de O<sub>2</sub>: 80 a 95 %
  - Fluxo sugerido O<sub>2</sub>: 10 a 15 L.
  - Indicada no pac. grave IRA
  - Bolsa reservatório sempre inflada
  - 6 L – 60 % FiO<sub>2</sub>
  - 7 L - 70 % FiO<sub>2</sub>      10 L – 100% FiO<sub>2</sub>
  - 8 L – 80 % FiO<sub>2</sub>
  - 9 L - 90% FiO<sub>2</sub>



- **2) O sistema de alto fluxo:** O sistema de alto fluxo é aquele em que o fluxo total de gás que fornece ao equipamento é suficiente para proporcionar a totalidade do gás inspirado, o paciente somente respira o gás fornecido pelo sistema.
- Os sistemas de alto fluxo estão indicados para doentes que exigem uma quantidade constante e exacta de O<sub>2</sub>



- **Sistemas de alto flujo:**  
Máscara de Venturi;  
Máscara Aerossol;  
Cateter Transtraqueal

- Máscara de Venturi

- Tem por base o princípio de Bernoulli, para succionar o ar do meio ambiente e misturá-lo com o fluxo de oxigénio. Esse mecanismo oferece altos fluxos de gás com uma fracção inspirada de O<sub>2</sub> fixa.
- Indicação maior quando é necessário controlar de forma fina a FiO<sub>2</sub> – *DPOC*.
- Oferece FiO<sub>2</sub> de 24, 28, 31, 35, 40 e 50% de acordo com a válvula.
- Fluxo de O<sub>2</sub>: 4 a 8L/min.
- Desvantagem: não pode ser usada para prescrição domiciliar devido ao alto fluxo utilizado (no mínimo 3 l/min).



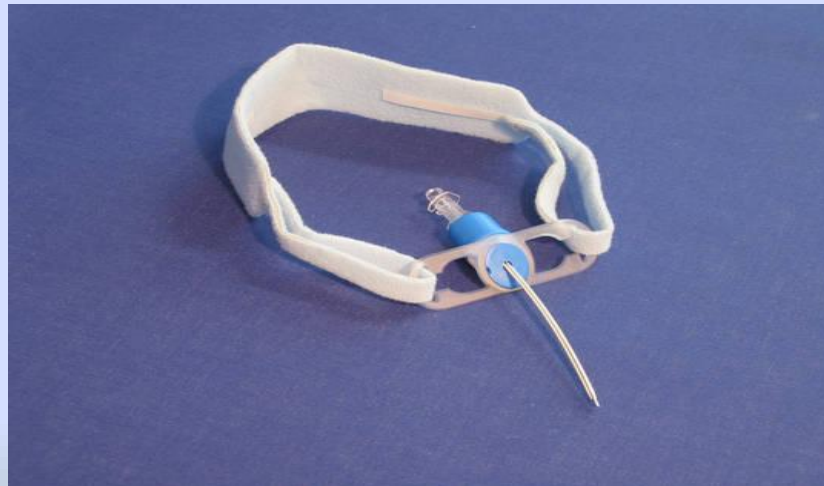
## Mascara de aerossol

- **VELOCIDADE DE FLUXO SUGERIDA (8 a 10 l/m)**
- **PARÂMETROS DE PERCENTAGEM ( 30-100%) DE O<sub>2</sub>**
- **VANTAGENS-** Fornece a concentração de O<sub>2</sub> exacta e constante; Boa humidificação
- **DESVANTAGENS-**Ruidosa; Desconfortável para alguns doentes



# Cateter transtraqueal

- **VELOCIDADE DE FLUXO SUGERIDA (0.5 a 2 l/m)**
- **PARÂMETROS DE PERCENTAGEM (30-100%) DE O<sub>2</sub>**
- **VANTAGENS-** Fornece a concentração de O<sub>2</sub> exacta; todo o Oxigénio é libertado directamente para os pulmões
- **DESVANTAGENS-** Exige cuidados específicos
- **NOTA-** Exige sempre Humidificação



## Riscos da Oxigenoterapia

- O risco da Oxigenoterapia depende da duração e da dose de oxigénio utilizados. Caracteriza-se por **envenenamento de enzimas** celulares, **formação insuficiente de surfactante** pelos pneumócitos tipo II e **danos funcionais no mecanismo mucociliar**.
- Se utilizarmos oxigénio a **100%**, observaremos **toxicidade após 48 horas**, sendo os sinais mais precoces de intoxicação por oxigénio o **desconforto retroesternal, parestesias das extremidades, náuseas, vômitos e astenia**.

## Portadores de DPOC

- A defesa de pacientes portadores de DPOC ante a retenção de CO<sub>2</sub> está diminuída, pois perdem a capacidade de aumentar a ventilação na proporção que seria necessária para restabelecer os níveis de PaCO<sub>2</sub>.
- Pacientes com maior grau de obstrução são os que têm tendência a menores PaO<sub>2</sub> e maiores valores a PaCO<sub>2</sub>, e estes factores passam a se somar no sentido de **a hipoxemia passar a ser o factor principal no estímulo à ventilação** através do quimiorreceptor periférico.



- Se estes pacientes receberem fracção inspirada de oxigénio que faça com que os níveis de **PaO2 superem 55 a 60 mmHg**, é bastante provável que se retire o estímulo único que eles apresentavam para manter a ventilação. Assim, podem passar a **hipoventilar** e **reter CO2** progressivamente, podendo chegar à **narcole** e **coma** com **apnéia**. Por isso, são fundamentais a observação clínica constante e a participação activa do fisioterapeuta com esse tipo de pacientes.
- Deve-se ter sempre o cuidado de administrar a Oxigenoterapia a baixos fluxos, em média **2 a 3L/minuto**, mantendo a **SatO2** em torno de **90 a 93%** e a **PaO2** entre **60 e 70mmHg**.

## Humidificadores

- O oxigénio fornecido sob forma gasosa é seco, sendo necessário a adição de vapor de água antes que o  $O_2$  alcance as vias aéreas. Os humidificadores promovem uma humidade relativa de 60% a 100%.
- Quando o *fluxo usado, for menor que 4 a 5 l/min não há necessidade de humidificação* . Fluxos acima de 5 l sem humidificação levam à secura das mucosas nasais, e da orofaringe, e provocam cefaleias, desconforto torácico e aumento da produção de muco.



- **A humidificação do oxigénio é uma prática comum. Quer a nível hospitalar, quer a nível domiciliário, esta prática tem sido justificada pelo conforto do doente que recebe este tratamento.**
- **No entanto, vários estudos concluíram que a humidificação do oxigénio quando administrado por canula nasal não traz qualquer benefício para o doente.**

- Em 1988, um artigo da Revista Chest referiu um estudo efectuado em 55 Hospitais Americanos subjectivas de doentes a receber Oxigénioterapia por canula nasal a um débito de 5 litros/minuto. Os resultados deste estudo, sugerem que essas **queixas não eram aliviadas pelo facto do oxigénio ser humidificado.**



- Em 1996, um artigo publicado por um médico holandês Mike Kampelmacher na revista Patient Care concluiu que a humidificação só é necessária se o débito de administração do oxigênio for superior a 4 litros/minuto.



- A Associação Holandesa de Pneumologistas defende, nas suas normas e indicações para o tratamento de Oxigénioterapia de longa duração, que a humidificação não está indicada em débitos inferiores a 5 litros/minuto.

- Em 1997, o Jornal Canadano da especialidade publicou um estudo estatístico sobre os efeitos da humidificação comparativamente com os efeitos da não-humidificação sobre as queixas dos doentes, e concluiu que a humidificação do oxigénio não era determinante no alívio dessas queixas.



- Em 1998, no Simpósio Internacional sobre Oxigenoterapia de Longa Duração chamou-se a atenção para o facto da humidificação do oxigénio não reduzir as queixas nasais e não se justificar com débitos de oxigénio até 4 litros/minuto.



- Em 2000, a Sociedade Alemã de pneumologistas, a Sociedade Austríaca de Doenças Pulmonares e da Tuberculose e a Sociedade Suíça de Pneumologia, publicaram as suas Recomendações para o tratamento de oxigenoterapia de longa duração. Este texto afirma que a humifidificação só deverá ser utilizada em doentes a fazer débitos elevados de oxigénio e que apresentem queixas de secura da mucosa nasal.



- Recentemente, a Sociedade Torácica Americana, publicou os seus “Critérios para o diagnóstico e tratamento de doentes com doenças pulmonares crónicas” onde defende que não existe nenhuma prova de que a humificação seja necessária, quando o tratamento com oxigénio se faz com um débito inferior a 5 litros/minuto. Esta organização, demonstrou que o baixo débito de vapor de água produzido pelo humidificador, perfaz apenas uma pequena contribuição no total de volume/minuto inspirado pelo doente.



- Explica, também, que o fluxo de oxigénio quando passa pelo humidificador encontra-se à temperatura ambiente e, quando este fluxo entra em contacto com a temperatura corporal, a humidade relativa diminui. Estas conclusões não se aplicam aos doentes que fazem Oxigenoterapia por traqueostomia ou por tubo endotraqueal. Para estes doentes, a humidificação do oxigénio mesmo a débitos baixos, é essencial.



Myamoto Kenji em 2004

- Num estudo demonstrou matematicamente que:
  - O deficit de humidade causado pela não humedificação de oxigénio administrado pelo cateter nasal até 0.5- 4 l/m, ou através de uma mascara de venturi a 24-31%, é muito pequena comparada com o oxigénio com humedificador;
  - O deficit de humedificação é facilmente compensado, aumentando a humidade relativa do ar no quarto somente 4% no caso de inalação de O<sub>2</sub> a 2l por canula nasal.



# Conclusão

Quase todos os estudos revelam que , a abolição da humidificação do O<sub>2</sub> a fluxos reduzidos traz benefícios monetários às instituições hospitalares, não aumenta as queixas de irritabilidade e secura da mucosa nasal dos doentes e previne o risco de desenvolver infecções do trato respiratório associado ao sistema de Oxigenoterapia.

- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- **AARC Clinical Practice Guideline** - Oxygen therapy for adults in the acute care facility. (2002 Revision and Update). Respiratory Care, Junho 2002, 47(6),p.717-20.  
(<http://www.hubmed.org/display.cgi?issn=00201324&uids=12078655>).
- **GOMES, MC, Serra T**- Oxigenoterapia domiciliária de longa duração, H.P.V. ,1996; nº3, p. 109-113.
- **GUYTON, et al** – Tratado de Fisiologia médica. Madrid, Elsevier , 11 edição, 2007, p. 502-532.
- **MIYAMOTO, K** - Is it necessary to humidify inhaled low-flow oxygen or low- concentration oxygen?. NihonKokyukiGakkaiZasshi, Fevereiro, 2004  
(<http://www.hubmed.org/display.cgi?issn=13433490&uids=15007913>)
- **PIANUCCI, A** - Saber Cuidar: Procedimentos Básicos em Enfermagem. São Paulo, Senac, 7º edição, 2002, p.193-200.
- **SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA** - Normas clínicas para intervenção na DPOC, Revista Portuguesa Pneumologia, 1997, nº 3, p. 335-42.
- **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**- [Oxigenoterapia domiciliar prolongada \(ODP\)](#). *J. Pneumologia* [online]. 2000, vol.26, n.6, pp. 341-350. ISSN 0102-3586. doi: 10.1590/S0102-35862000000600011.

<http://www.forumenfermagem.org/forum/index.php?topic=1314.0>

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

<http://www.thoracic.org/sections/copd/for-patients/why-do-i-need-oxygen-therapy.html>

<http://www.thoracic.org/clinical/copd-guidelines/for-patients/why-do-i-need-oxygen-therapy.php>

[http://www.shopmedrx.com/eh\\_images/HUD00340.jpg](http://www.shopmedrx.com/eh_images/HUD00340.jpg)

[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592007000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592007000400012&script=sci_arttext)

# ANEXO II



**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

MARIA ISABEL MARTO PINA MARINHO  
PAULO SÉRGIO DUARTE APARICIO

**CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DA  
MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA**

Serviço de Urgência HST, Viseu, 23 Fevereiro de 2011



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

MARIA ISABEL MARTO PINA MARINHO  
PAULO SÉRGIO DUARTE APARICIO

# **CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DA MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Trabalho realizado no serviço de urgência do hospital são Teotónio, no âmbito do estágio do Modulo I, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, realizado no período entre 03/01/2011 e 26/02/2011

Serviço de Urgência HST, Viseu, 23 Fevereiro de 2011

## ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	3
2 – DESCRIÇÃO DO REQUISITOS.....	5
3 - INCONFORMIDADES OBSERVADAS NO ARMAZENAMENTO DA MEDICAÇÃO NOS STOCKS .....	9
4 – CONCLUSÃO.....	13

## BIBLIOGRAFIA



## 1 - INTRODUÇÃO

O trabalho que se segue foi elaborado no preâmbulo do estágio de Urgência Geral do Módulo I do Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização Médico - Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade, está hoje assumida fortemente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Criar sistemas de qualidade em saúde, revela-se assim uma acção prioritária.

Numerosas empresas e entidades, instituições e pessoas são responsáveis pelo manuseamento, armazenamento e distribuição de medicamentos, produtos farmacêuticos até estes chegarem ao seu utilizador final. Existem riscos envolvidos que são os mesmos e que estão presentes desde o ambiente de produção de medicamentos: má identificação; desvios; contaminação cruzada, etc. ...

Por exemplo na Urgência Geral onde este trabalho foi efectuado a qualidade dos medicamentos, produtos farmacêuticos, adquiridos, armazenados e distribuídos nas diferentes áreas pode ser afectada por falta de um procedimento adequado de armazenamento.

É de prima importância um bom planeamento da área de armazenamento, tendo em atenção a necessidade de entre outros, um acesso restrito e uma limpeza adequada. As condições têm que estar em concordância com as especificações dos produtos farmacêuticos. Os narcóticos e outros produtos que apresentam risco especial devem estar armazenados numa área dedicada com medidas adicionais de segurança.

A rotação de stocks deve ser vigiada. Todas as condições de armazenamento devem ser monitorizadas numa base regular (exemplo: prazos de validade).

Seguidamente descrevem-se as medidas consideradas apropriadas para uniformizar o armazenamento de medicamentos, de modo a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dentro do Serviço de Urgência.



O trabalho descrito tem carácter de recomendação para o Serviço de Urgência exclusivamente, visando assegurar uma melhor condição de armazenamento e condições de segurança e qualidade dos mesmos.

Para a elaboração deste trabalho, efectuou-se uma pesquisa bibliográfica. Encontra-se estruturado em duas partes essenciais a primeira no levantamento dos medicamentos em stocks no Serviço de Urgência nas diferentes áreas; organização dos stocks condições, acondicionamento, e armazenamento; condições ambientais e conservação. A segunda parte esta relacionada com Inconformidades observadas no armazenamento da medicação nos stocks e o plano de acção para a resolução do problema.

Com a elaboração do trabalho presente, pretende-se aprofundar os conhecimentos na área de uma melhor gestão e administração, do armazenamento e acondicionamento dos medicamentos no Serviço de Urgência, o que vai de encontro à aquisição de competências do Enfermeiro Especialista.



## 2 -\_DESCRIPÇÃO DO REQUISITOS

A elaboração deste trabalho teve como orientação o procedimento Nº03/Serviços Farmacêuticos/05e Nº 04/ Serviços Farmacêuticos /05 do Hospital de São Teotónio de Viseu.

Em cada unidade, onde existem medicamentos, tanto a guarda, como o correcto armazenamento é da responsabilidade do Enfermeiro chefe ou de quem ele delegue para esse fim.

Realizou-se um levantamento dos medicamentos em stock no serviço de urgência, nas diferentes salas de trabalho: sala de emergência, sala de pequena cirurgia, sala de cuidados de enfermagem, na unidade de decisão clínica (UDC), na sala aberta e na Sala de Observações (SO).

É importante existir um controlo nos seguintes requisitos:

- Organização dos stocks
- Condições de acondicionamento e armazenamento
- Condições ambientais de conservação
- Áreas de armazenamento dos medicamentos

### **Organização dos stocks**

Critérios de avaliação:

- Existência de um registo dos medicamentos e produtos farmacêuticos a constar no stock. A listagem deve estar organizada por ordem alfabética de nome genérico, ter indicação da forma farmacêutica e dosagem e constar os respectivos níveis de stock, máximo e mínimo.
- A organização dos stocks de medicamentos permite o consumo em primeiro lugar dos de prazo de validade mais curto.
- Verificar se o armazenamento dos medicamentos é efectuado em gavetas apropriadas e rotuladas com indicação do nome genérico, forma farmacêutica, dosagem, stock máximo e mínimo, (indicação de conservação e referencia à protecção da luz, quando necessário)
- Na mesma gaveta apenas existe um medicamento e uma dosagem.



- A organização dos armários de stock deve permitir a separação por forma farmacêutica: comprimidos/cápsulas, injectáveis; supositórios, formas líquidas orais, formas para aplicação tópica.
- A organização das gavetas deve respeitar o ordenamento por nome genérico do fármaco.
- O armazenamento de medicamentos no frigorífico respeita os critérios acima referidos com registo diário da temperatura do mesmo.
- Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos têm um armazenamento próprio em local seguro (cofre) com acesso limitado a pessoas devidamente autorizadas.
- Os hemoderivados devem ser armazenados em local separado dos restantes medicamentos.

### **Condições de acondicionamento e armazenamento**

- O acondicionamento disponibilizado pelos Serviços farmacêuticos deve ser respeitado até à administração ao doente
- Devem ser cumpridos os requisitos básicos de higiene, quer nas salas de trabalho, quer nos materiais de armazenamento (armários, gavetas)

### **Condições ambientais de conservação**

- Os medicamentos devem ser conservados de acordo com as recomendações do fabricante
- Os parâmetros a controlar:

#### Temperatura

Temperatura ambiente (15-25°)

Frio – (8-15°)

Frigorífico (2-8°)

Congelação – (-15°)

#### Luz

Protecção da luz ou não protecção

#### Humidade

Humidade relativa (60 – 70%)



## **Áreas de armazenamento dos medicamentos**

- O acesso a estas áreas deve estar limitado a pessoas autorizadas.
- Devem cumprir os requisitos básicos de higiene e segurança no trabalho





### **3 - INCONFORMIDADES OBSERVADAS NO ARMAZENAMENTO DA MEDICAÇÃO NOS STOCKS**

Após a realização do levantamento da medicação do stock foram detectadas algumas inconformidades relacionadas com os requisitos anteriormente mencionados

#### **Organização dos stocks**

- Inexistência de listagem de medicação na sala de cuidados de Enfermagem menos urgentes, UDC, SO e na sala de reanimação (medicação que esta no frigorifico)
- Na sala de Cuidados de Enfermagem de cuidados urgentes existe listagem dos medicamentos, não está organizada como descrita nos critérios (ordem alfabética de nome genérico, indicação da forma farmacêutica, dosagem e respectivos níveis de stock, máximo e mínimo).
- Identificação incorrecta das gavetas da medicação.
- Na mesma gaveta existem medicamentos com dosagens diferentes
- A organização das gavetas de stock não permite a separação por forma farmacêutica: comprimidos/cápsulas, injectáveis
- A organização das gavetas não respeita o ordenamento por nome genérico do fármaco.

#### **Plano de acção para as inconformidades encontradas**

- Identificação correcta das gavetas (Anexo I)
- Elaboração da listagem da medicação conforme está descrita no procedimento Nº03/SF/05e Nº 04/SF/05 (Anexo II)
- Colocação de separador nas gavetas que permita o consumo em primeiro lugar dos prazos de validade mais curto.

- Aquisição de carros de medicação já existentes no hospital (dois para a sala de cuidados de enfermagem urgentes).
- Automatismo para o armazenamento da medicação( exemplo )

Os automatismos do tipo Pyxis



- ⦿ Os automatismos do tipo Pyxis® existem em alguns serviços onde não é possível uma distribuição de medicamentos por dose unitária.
- ⦿ Estes sistemas permitem um controlo de níveis de acesso aos medicamentos assim com um controlo de *stocks* e prazos de validade.
- ⦿ A estrutura principal do sistema é um armário que se adapta às condições e exigências dos serviços.

### **CARRO DE UNIDOSE**

## Condições ambientais de conservação

- No serviço de urgência não existe controlo de temperatura e humidade ambiente, logo não se sabe se a conservação dos medicamentos esta dentro da temperatura recomendada. Mas sendo um serviço de grande rotatividade de medicação do stock nas salas não será importante a colocação de uma sonda para monitorizar a temperatura. (Informação dada pela Farmacêutica do HSTViseu)
- Verifica-se que o registo da temperatura do frigorífico nem sempre é registado. Para o controlo da temperatura do frigorífico seria recomendável a existência de um termómetro com registo electrónico.

## TERMÓMETRO PARA O FRIGORIFICO

Data Logger



- O data logger de temperatura, Impac Mini é muito versátil, pois permite que seja visualizada a temperatura ambiente instantânea, temperatura máxima, temperatura mínima e a média das temperaturas em seu mostrador digital de cristal líquido.
- É possível determinar um limite de temperatura superior e inferior directamente no painel da data logger, determinando quanto tempo os produtos estiveram fora das especificações



- Um simples e barato cabo Db9 é tudo que é necessário para a recolha de dados.

### **Áreas de armazenamento dos medicamentos**

Relativamente a este requisito verifica-se que a medicação é de acesso fácil nomeadamente na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes, pois existe medicação armazenada fora do carro da medicação, qualquer utente pode entrar na sala e ter acesso à mesma.

Uma das soluções por nos encontrados foi aquisição dos carros de unidose existentes no hospital em que era possível armazenar toda a medicação ficando em segurança.



## 4 - CONCLUSÃO

A qualidade em saúde é o conjunto de propriedades e qualidades de um serviço de saúde que confere aptidão para satisfazer adequadamente as necessidades dos doentes.

Um sistema de garantia de qualidade tem como base existência de procedimentos em que estes devem ser respeitados, monitorizados e actualizados.

Após a realização deste trabalho pudemos verificar que existem varias coisas que devem mudar para se atingir o padrão de qualidade, como esta descrito nos procedimentos dos serviços farmacêuticos.

Esperamos que este documento seja um contributo para a mudança.



## **BIBLIOGRAFIA**

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/MANUAL\\_FARMACIA\\_HOSPITALAR/manual.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/MANUAL_FARMACIA_HOSPITALAR/manual.pdf)

Procedimento N°04/SF/05 – Plano de supervisão de medicamentos e outros produtos farmacêuticos nos serviços clínicos e de apoio clínico.

Procedimento N°03/SF/05 – Normas de conservação e controlo de medicamentos nos serviços utilizadores



# ANEXOS



# **ANEXO I**

(Identificação correcta da gaveta da medicação)



**Nome genérico do medicamento**  
**Dosagem**  
**Forma farmacêutica**

ACETILCISTEINA 300MG  
IV/IM  
Ampolas

**Identificação da gaveta**

**Limite máximo do medicamento**



## ANEXO II

- Listagem de medicamentos da sala de reanimação
- Identificação correcta das gavetas da sala de reanimação
- Listagem de medicamentos da sala de cuidados de enfermagem menos urgentes
- Identificação correcta das gavetas da sala de cuidados de enfermagem menos urgentes
- Listagem de medicamentos da sala de enfermagem de cuidados urgentes
- Identificação correcta das gavetas da sala de cuidados de enfermagem urgentes
- Listagem de medicamentos da UDC
- Identificação correcta das gavetas da UDC
- Listagem de medicamentos do SO
- Identificação correcta das gavetas do SO



**LISTAGEM DOS MEDICAMENTOS DA SALA DE REANIMAÇÃO**  
**SOLUÇÕES INJECTAVEIS (AMPOLAS)**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICICO</b>	<b>Limite máximo</b>
1	ACETILCISTEINA 300mg IM/IV	6
2	ACETILCISTEINA 2gr IM/IV	2
3	ACETILSALICILATO DE LISINA 900mg IM/IV	4
4	ACETILSALICILATO DE LISINA 1800mg IM/IV	4
5	ADRENALINA 1mg/ml SC/IM/IV	20
6	AGUA DESTILADA 10ml	5
7	AGUA DESTILADA 20ml	5
8	AMINOFILINA 240mg/10ml IV	8
9	AMIODARONA 150mg/3ml IV	18
10	AMOXICILINA+ACIDO CLAUUVULANICO 1000+200mg IV	5
11	ATROPINA 0,5mg/ml IV	20
12	CEFOXITINA 1gr IM/ IV	4
13	CEFTRIAXONE 1gr IV	4
14	CETOPROFENO 100mg/2ml IM	10
15	CLONAZEPAN 1mg/ml IV/IM	4
16	CLORPROMAZINA 25mg/5ml IV	4
17	CLORPROMAZINA 0,05mg/2ml IV	4
18	CLORETO DE SÓDIO 20% 20ml IV	6
19	CLORETO DE POTÁSSIO 7,5% 10ml IV	8
20	DEXAMETAZONA 4mg/ml IV/IM	8
21	DIAZEPAN 10mg/2ml IM/IV	12
22	DIGOXINA 0,25 mg /2ml IV	8
23	DINITRATO ISOSSORBIDO 10mg IV	8
24	DOBUTAMINA 250mg/20ml IV	4
25	DOPAMINA 200 mg/5ml IV	6
26	EFEDRINA 50mg/ml SC/IV/IM	4
27	ESOMEPRAZOL 40mg IV	4



28	ENOXAPARINA 20mg SC	2
29	ENOXAPARINA 40mg SC	2
30	ENOXAPARINA 60mg SC	2
31	FLUMAZENILO 0,1/ml IV	6
32	FUROSEMIDA 20mg/2ml IV/IM	6
33	GLICOSE 20% 20ml IV	3
34	GLICOSE 30% 20ml IV	3
35	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10mg/ml IV	2
36	HALOPERIDOL 5mg/ml IV/IM	6
37	HEPARINA 5000U IV	2
38	HIDROCORTIZONA 100mg IV/IM	6
39	HIDROXIZINA 100mg/2ml IM	6
40	ISOPRONOLINE 1mg/ml IV	4
41	METILPREDNISOLONA 40mg/ml IV/IM	4
42	METILPREDNISOLONA 125mg/2ml IV/IM	4
43	METILPREDNISOLONA 500mg IM/IV	2
44	METILPREDNISOLONA 1gr IM/IV	2
45	METILPREDNISOLONA 2gr IV/IM	2
46	METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml IM/IV	6
47	NALOXONA 0,4mg/ml IV/IM	6
48	NORADRENALINA 5mg/5ml IV	6
49	OBIDOXINA 250mg/ml IV/IM	5
50	PARACETAMOL 1gr IV	10
51	PROPRANOLOL 1mg/ml IV	8
52	PREDNISOLONA 125mg IV/IM	5
53	PREDNISOLONA 25mg IV/IM	5
54	RANITIDINA 50mg/2ml IV	4
55	VEPERAMIL 5mg/2ml IV	6
56	XILOCAINA 1% SC/IM	2
57	XILOCAINA 2% SC/IM	2
58	SULFATO DE MAGNÉSIO 20% IV/IM	4
59	TIOPIENTAL 0,5g/10ml IV	2



60	VALPROATO DE SÓDIO 400mg/4ml IV	4
61	XILOCAINA SPRAY 50ML	2

### **COMPRIMIDOS/CAPSULAS**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICO</b>	<b>Limite máximo</b>
62	AMIODARONA 200mg	10
63	ACETILSALICILATO DE LISINA 100mg	4
64	ACETILSALICILATO DE LISINA 500mg	4
65	CAPTOPRIL 25mg	
66	BROMETO IPRATÓPIO+ SALBUTAMOL 0,5mg +2,5mg/ 2,5ml	6
67	BROMETO IPRATRÓPIO 250µg/ 2ml	6
68	BUDENOSIDO 1mg/2ml	6
69	CLOPIDOGREL 75mg	16
70	CLOPIDOGREL 300mg	16
71	DIAZEPAN 5mg	5
72	DIAZEPAN 5mg RECTAL	2
73	DIGOXINA 0,25mg	8
74	DINITRATO ISOSSORBIDO 5mg	8
75	DINITRATO ISOSSORBIDO 20mg	8
76	HIDROXIZINA 100mg	6
77	VEPERAMIL 40mg	6
78	NIFEDIPINA 5mg	2
79	NIFEDIPINA 10mg	2
80	PARACETAMOL 500mg	8
81	PROPRANOLOL 40mg	8
82	SULFATO DE MAGNÉSIO 30gr (PÓ)	2



### **MEDICAMENTOS QUE ESTÃO NO FRIGORIFICO**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICO</b>	<b>Limite máximo</b>
1	ACETATO DE OCTREÓTIDO 0,1mg/ml SC/IV	<b>20</b>
2	BESILATO ATRACÚRIO 25mg/2,5ml IV	<b>5</b>
3	BESILATO DE CISATRACÚRIO 2mg/ml IV	<b>2</b>
4	BROMETO ROCURÓNIO 10mg/ml IV	<b>4</b>
5	CLORIDRATO DE ROPIVACAÍNA 7,5mg/ml Epidural/Perineural	<b>2</b>
6	CLORETO DE SUXAMETÓNIO 100ml/2ml IV/IM	<b>8</b>
7	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA 5mg/ml IV	<b>40</b>
8	INSULINA HUMANA 100UI/ml SC/IM /IV	<b>3</b>
9	ISOPRENALINA	<b>2</b>
10	LIDOCAÍNA 1%COM ADRENALINA 1:100000SC	<b>1</b>
11	NEOSTIGMINA 0,5/ml SC/IV/IM	<b>6</b>
12	NITROPRUSSIATE DE SODIUM 50mg/4ml IV	<b>3</b>
13	VACINA TÉTANO/DIFTERIA SC/IM	<b>11</b>



# **IDENTIFICAÇÃO CORRECTA DAS GAVETAS SALA DE EMERGÊNCIA**



## IDENTIFICAÇÃO CORRECTA DAS GAVETAS SALA DE EMERGÊNCIA

ACETILCISTEINA 300MG IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	ACETILCISTEINA 2mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
ACETILSALICILATO DE LISINA 900mg IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ACETILSALICILATO DE LISINA 1800mg IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ADENOSINA 3mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ADRENALINA 1mg/ml SC/IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AGUA DESTILADA 10ML Ampolas <input type="checkbox"/>	AGUA DESTILADA 20ML Ampolas <input type="checkbox"/>
AMINOFILINA 240mg/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	AMIODARONA 150MG/3ML IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AMOXICILINA+ACIDO CLAUVULANICO 1000+200mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ATROPINA 0,5mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
CEFOXITINA 1gr IM/ IV Ampolas <input type="checkbox"/>	CEFTRIAXONE 1gr IV Ampolas <input type="checkbox"/>
CETOPROFENO 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	CLONAZEPAN 1mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>



CLORPROMAZINA 25mg/5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>		
CLORPROMAZINA 0,05/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>		CLORETO DE SÓDIO 20% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
CLORETO DE POTÁSSIO 7,5% 10ML IV Ampolas <input type="checkbox"/>		DEXAMETAZONA 4mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
DIAZEPAN 10mg/2ml IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>		DIGOXINA 0,25 mg /2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
DINITRATO ISOSSORBIDO 10mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>		DOBUTAMINA 250mg/20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
DOPAMINA 200 mg/5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>		EFEDRINA 50mg/ml SC/IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOL 40mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>		ENOXAPARINA 20mg SC <input type="checkbox"/>
ENOXAPARINA 40mg SC <input type="checkbox"/>		ENOXAPARINA 60mg SC <input type="checkbox"/>
FLUMAZENILO 0,1/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>		FUROSEMIDA 20mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
GLICOSE 20% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>		GLICOSE 30% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>



GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	HALOPERIDOL 5mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
HEPARINA 5000U IV Ampolas <input type="checkbox"/>	HIDROCORTIZONA 100mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
HIDROXIZINA 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	ISOPRONOLINE 1mg/5m IV Ampolas <input type="checkbox"/>
METILPREDNISOLONA 40mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	METILPREDNISOLONA 125mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
METILPREDNISOLONA 500mg IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>	METILPREDNISOLONA 1gr IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>
METILPREDNISOLONA 2g IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>	METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>
NALOXONA 0,4mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	NORADRENALINA 5mg/5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
OBIDOXINA 250mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	PARACETAMOL 1gr IV Ampolas <input type="checkbox"/>

<p>PROPRANOLOL 1mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/></p>	<p>PREDNISOLONA 125mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/></p>
<p>PREDNISOLONA 25mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/></p>	<p>RANITIDINA 50mg/2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/></p>
<p>VEPERAMIL 5mg/2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/></p>	<p>XILOCAINA 1% SC/IM <input type="checkbox"/></p>
<p>XILOCAINA 2% SC/IM <input type="checkbox"/></p>	<p>SULFATO DE MAGNÉSIO 20% IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/></p>
<p>TIOENTAL 0,5g/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/></p>	<p>VALPROATO DE SÓDIO 400mg/4ml IV Ampolas <input type="checkbox"/></p>
<p>XILOCAINA SPRAY 50ml <input type="checkbox"/></p>	<p>AMIODARONA 200mg Comprimidos <input type="checkbox"/></p>
<p>ACETILSALICILATO DE LISINA 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/></p>	<p>ACETILSALICILATO DE LISINA 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/></p>
<p>CAPTOPRIL 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/></p>	<p>BROMETO IPRATÓPIO+ SALBUTAMOL 0,5mg +2,5mg/ 2,5ml Sol. Nebulização <input type="checkbox"/></p>
<p>BROMETO IPRATRÓPIO 250µg/ 2ml Sol. Nebulização <input type="checkbox"/></p>	<p>BUDENOSIDO 1mg/2ml Sol. Nebulização <input type="checkbox"/></p>
<p>CLOPIDOGREL 75mg Comprimidos <input type="checkbox"/></p>	<p>CLOPIDOGREL 300mg Comprimidos <input type="checkbox"/></p>



DIAZEPAN 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	DIAZEPAN 5MG (Rectal) <input type="checkbox"/>
DIGOXINA 0,25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	DINITRATO ISOSSORBIDO 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
DINITRATO ISOSSORBIDO 20mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	HIDROXIZINA 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
VEPERAMIL 40mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	NIFEDIPINA 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
NIFEDIPINA 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	PARACETAMOL 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
PROPRANOLOL 40mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	SULFATO DE MAGNÉSIO 30gr PÓ Sol. Oral <input type="checkbox"/>



### MEDICAMENTOS QUE ESTÃO NO FRIGORIFICO

ACETATO DE OCTREÓTIDO 0,1mg/ml SC/IV Ampolas <input type="checkbox"/>	BESILATO ATRACÚRIO 25mg/2,5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
BESILATO DE CISATRACÚRIO 2mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	BROMETO ROCURÓNIO 10mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
CLORETO DE SUXAMETÓNIO 100ml/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	CLORIDRATO DE ROPIVACAÍNA 7,5mg/ml Epidural / Perineural Ampola <input type="checkbox"/>
CLORETO DE SUXAMETÓNIO 100ml/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA 5mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
INSULINA HUMANA 100UI/ml SC/IM /IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ISOPRENALINA Ampolas <input type="checkbox"/>
LIDOCAÍNA 1% + ADRENALINA 1:100000 SC Ampolas <input type="checkbox"/>	NEOSTIGMINA 0,5/ml SC/IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
NITROPRUSSIATE DE SÓDIUM 50mg/4ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	VACINA TÉTANO/DIFTERIA SC/IM Ampolas <input type="checkbox"/>



**LISTAGEM DE MEDICAMENTOS  
DA SALA DE CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM MENOS  
URGENTES**



## **SALA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM MENOS URGENTES**

### **COMPRIMIDOS/CAPSULAS**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICO</b>	<b>Limite máximo</b>
	ACETILSALICILATO DE LISINA 100mg	
	ACIDO AMINOCAPROICO 3g	
	ALPRAZOLAN 1mg	
	AMINOFILINA 225mg	
	ATENOLOL 50mg	
	BETAHISTINA 16mg	
	BROMAZEPAM 3mg	
	BROMAZEPAM1,5mg	
	BUTILESCOPALAMINA 10mg	
	CARBONATO DE CÁLCIO 1gr	
	CAPTOPRIL 25mg	
	CETOPROFENO 100mg	
	DIAZEPAN 5mg	
	DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5mg	
	DINITRATO DE ISOSSORBIDA 20mg	
	ESPIRONOLACTONA 100mg	
	FUROSEMIDA 40mg	
	HALOPERIDOL 5mg	
	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 500mg	
	HIDROXIZINA 25mg	
	IBUPROFENO 400mg	
	LOPERAMIDA 2mg	
	METOCLOPRAMIDA 10mg	
	NIFEDIPINA 5mg	
	NIFEDIPINA 10mg	
	NIFEDIPINA 30mg	
	PARACETAMOL 500mg	
	PREDNISOLONA 5mg	



	PROPRONOLOL 40mg	
	RANITIDINA 300mg	
	SUCRALFATE 1gr	
	TRAMADOL 50mg	

### **SOLUÇÕES INJECTAVEIS (AMPOLAS)**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICO</b>	<b>Limite máximo</b>
	ACETILCISTEINA 300mg	
	ACETILSALICILATO DE LISINA 1800mg	
	AGUA DESTILADA 10ml	
	AMINOFILINA 240mg/10ml	
	BUTILESCOPALAMINA 20mg	
	CEFTRIAZONE 1gr	
	CETOPROFENO 100mg	
	DIAZEPAN 10mg	
	DIPROFOS DEPOT 14mg/2ml	
	ENOXAPARINA 20mg SC	
	ENOXAPARINA 40mg SC	
	ENOXAPARINA 60mg SC	
	ESOMEPRAZOLE 40mg	
	FITOMENADIONA 10mg	
	FUROSEMIDA 20mg	
	GLUCOSE 30%	
	HIDROCORTISONA 100mg	
	HIDROXIZINA 100mg	
	HALOPERIDOL 5mg	
	METILPREDNISOLONA 40mg	
	METILPREDNISOLONA 125mg	
	METOCLOPRAMIDA 10mg	
	PENTOXIFILINA 100mg	



	PREDNISOLONA 250mg	
	PREDNISOLONA 25mg	
	PROPRANOLOL 1mg	
	RANITIDINA 50mg	
	TIAPRIDE 100mg	
	TIOCOLQUICOSIDO 4mg	
	TRAMADOL 100mg	



**IDENTIFICAÇÃO CORRECTA DAS  
GAVETAS DA MEDICAÇÃO DA  
SALA DE ENFERMAGEM DE  
CUIDADOS MENOS URGENTES**



ACETILSALICILATO DE LISINA 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	ACIDO AMINOCAPROICO 3g (pó) Sol.Oral <input type="checkbox"/>
ALPRAZOLAN 1mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	AMINOFILINA 225mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
ATENOLOL 50mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	BETAHISTINA 16mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
BROMAZEPAM 3mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	BROMAZEPAM 1,5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
BUTILESCOPALAMINA 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	CARBONATO DE CÁLCIO1gr Comprimidos <input type="checkbox"/>
CAPTOPRIL 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	CETOPROFENO 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
DIAZEPAN 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	DINITRATO ISOSSORBIDO 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
DINITRATO ISOSSORBIDO 20mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	ESPIRONOLACTONA 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
FUROSEMIDA 40mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	HALOPERIDOL 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	HIDROXIZINA 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>



IBUPROFENO 400mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	LOPERAMIDA 2mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
METOCLOPRAMIDA 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	NIFEDIPINA 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
NIFEDIPINA 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	NIFEDIPINA 30mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
PARACETAMOL 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	PREDNISOLONA 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
PROPRANOLOL 40mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	RANITIDINA 300mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
SUCRALFATE 1gr Comprimidos <input type="checkbox"/>	TRAMADOL 50mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## SOLUÇÕES INJECTAVEIS

ACETILCISTEINA 300MG IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	ACETILSALICILATO DE LISINA 1800mg IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AGUA DESTILADA 10ML IV Ampolas <input type="checkbox"/>	AMINOFILINA 240mg/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
BUTILESCOPALAMINA 20mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	CEFTRIAXONE 1gr IV Ampolas <input type="checkbox"/>
CETOPROFENO 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	DIAZEPAN 10mg/2ml IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>
DIPROFOS DEPOT 14mg/2ml <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 20mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>
ENOXAPARINA 40mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 60mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>
ESOMEPRAZOL 40mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	FITOMENADIONA 10mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>
FUROSEMIDA 20mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	GLUCOSE 30% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
HIDROCORTIZONA 100mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	HIDROXIZINA 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>



HALOPERIDOL 5mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METILPREDNISOLONA 40mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	METILPREDNISOLONA 125mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>	PENTOXIFILINA 100mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>
PREDNISOLONA 250mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	PREDNISOLONA 25mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
PROPRANOLOL 1mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	RANITIDINA 50mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>
TIAPRIDE 100mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	TIOCOLQUICOSIDO 4mg IM Ampolas <input type="checkbox"/>
TRAMADOL 100mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# LISTAGEM DE MEDICAMENTOS DA SALA DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS URGENTES



**LISTAGEM DOS MEDICAMENTOS DA SALA DE ENFERMAGEM DE**  
**CUIDADOS URGENTE**  
**SOLUÇÕES INJECTAVEIS (AMPOLAS)**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICO</b>	<b>Limite máximo</b>
	ACETILCISTEINA 300mg Ampolas	
	ACETILCISTEINA 2g/10ml Ampolas	
	ACETILSALICILATO DE LISINA 1800mg Ampolas	
	ACIDO AMINOCAPROICO 2,5gr/10ml Ampolas	
	ADRENALINA 1mg/ml Ampolas	
	ÁGUA DESTILADA 2ml Ampolas	
	ÁGUA DESTILADA 5ml Ampolas	
	ÁGUA DESTILADA 10ml Ampolas	
	ÁGUA DESTILADA 20ml Ampolas	
	AMINOFILINA 240mg/10ml Ampolas	
	AMIODARONA 150mg/3ml Ampolas	
	AMOXICILINA + ACIDO CLAVUNÁ NICO 1000mg/200mg Ampolas	
	AZITROMICINA 500mg Ampolas	
	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 20ml Ampolas	
	BIPERIDENO 5mg/1ml Ampolas	
	BROMETO IPRATROPIO 250µg/ 2ml Aerossol	
	BUDESONIDO 1mg/2ml Aerossol	
	BROMETO DE IPRATROPIO + SALBUTAMOL 0,5mg +2,5mg/ 2,5ml Aerossol	



	BUTILESCOPOLAMINA 20mg/1ml Ampolas	
	CEFOXITINA 1g Ampolas	
	CEFTRIAXONE 1g Ampolas	
	CEFUROXIME 750mg Ampolas	
	CETOPROFENO 100mg/2ml Ampolas	
	CLOMIPRAMINA 25mg/2ml Ampolas	
	CLONAZEPAM 1mg/ml Ampolas	
	CLORETO DE POTASSIO 7,45%10ml Ampolas	
	CLORETO DE SODIO 20% 20ml Ampolas	
	CLORPROMAZINA 25mg/5ml Ampolas	
	DEXAMETASONA 5mg/ml Ampolas	
	DIAZEPAM 10 mg/2ml Ampolas	
	DIGOXINA 0,5 mg/2ml Ampolas	
	DINITRATO DE ISOSSORBIDO 10mg/10ml Ampolas	
	ENOXAPARINA 20mg Ampolas	
	ENOXAPARINA 40mg Ampolas	
	ENOXAPARINA 60mg Ampolas	
	ENOXAPARINA 80mg Ampolas	
	ERITROMICINA 1g Ampolas	
	ESOMEPRAZOLE 40mg Ampolas	
	FENITOINA 250mg/5ml Ampolas	
	FITOMENADIONA 10mg/ml Ampolas	
	FLUMAZENIDO 0,5mg (500µg/5ml)Ampolas	



	FUROSEMIDA 20mg/2ml Ampolas	
	GENTAMICINA 80mg/2ml Ampolas	
	GLICOSE HIPERTONICA 20% 20ml Ampolas	
	GLICOSE HIPERTONICA 30% 20ml Ampolas	
	GLUCUNATO DE CALCIO 10% 10ml Ampolas	
	HALOPERIDOL 2mg/ml Ampolas	
	HALOPERIDOL 5mg/ml Ampolas	
	HALOPERIDOL/DECANOATO 50mg/ml Ampolas	
	HIDROCORTISONA 100mg Ampolas	
	HIDROXIZINA 100mg/2ml Ampolas	
	LEVOMEPRMAZINA 25mg/ml Ampolas	
	METILPREDNISOLONA 40mg Ampolas	
	METILPREDNISOLONA 125mg Ampolas	
	METILPREDNISOLONA 500mg Ampolas	
	METILPREDNISOLONA 1gr Ampolas	
	METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml Ampolas	
	NALOXONA 0,4mg/ml Ampolas	
	PARACETAMOL 1g/100ml Ampolas	
	PARECOXIB 40mg/2ml Ampolas	
	PENTOXIFILINA 100mg/5ml Ampolas	
	PROMETAZINA 50mg/2ml Ampolas	
	PROPANOLOL 1mg/ml Ampolas	
	RANITIDINA 50mg/2ml Ampolas	



	SORO FISIOLÓGICO 2ml Ampolas	
	SORO FISIOLÓGICO 5ml Ampolas	
	SORO FISIOLÓGICO 10ml Ampolas	
	SUCCINATO PREDNISOLONA 25mg Ampolas	
	SUCCINATO PREDNISOLONA 250mg Ampolas	
	SULFATO DE MAGNÉSIO 20% 10ml Ampolas	
	TIAPRIDE 100mg/2ml Ampolas	
	TIOCOLQUICOSIDO 4mg/2ml Ampolas	
	TRAMADOL 100mg/2ml Ampolas	
	VALPROATO 300mg/3ml Ampolas	

### **COMPRIMIDOS/CAPSULAS**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENÉRICO</b>	<b>Limite máximo</b>
	ACIDO ACETILSALICILICO 100mg Comprimidos	
	ACIDO ACETILSALICILICO 500mg Comprimidos	
	ALPRAZOLAN 0,5mg Comprimidos	
	AMINOFILINA 200mg Comprimidos	
	AMIODARONA 200mg Comprimidos	
	AMOXICILINA+ACIDO CLAVUNÂNICO 500mg Comprimidos	
	BIPERIDENO 2mg Comprimidos	
	BROMAZEPAN 1,5mg Comprimidos	
	BROMAZEPAN 3mg Comprimidos	



	BUTILESCOPOLAMINA 10mg Comprimidos	
	CAPTOPRIL 25mg Comprimidos	
	CARBAMAZEPINA 200mg Comprimidos	
	CARBAMAZEPINA 400mg Comprimidos	
	CIAMEMAZINA 30ml (1 gt = 1mg) Solução Oral	
	CITRATO DE SODIO 5ml/500mg Micro clister	
	CLOMIPRAMINA 25mg Comprimidos	
	CLORETO DE POTASSIO 600mg Comprimidos	
	CLORPROMAZINA 25mg Comprimidos	
	CLOPIDOGUEL 75mg Comprimidos	
	DIAZEPAM RECTAL 5mg Via rectal	
	DIGOXINA 0,25 mg Comprimidos	
	DINITRATO DE ISOSSORBIDO 5mg Comprimidos	
	ESOMEPRAZOLE 20mg Comprimidos	
	ESPIRONOLACTONA 100mg Comprimidos	
	FENITOINA 100mg Comprimidos	
	FUROSEMIDA 40mg Comprimidos	
	HALOPERIDOL 5mg Comprimidos	
	HALOPERIDOL 2mg/ml Suspensão Oral	
	HIDROXIZINA 25mg Comprimidos	
	LEVOMEPRMAZINA 100mg Comprimidos	
	LOPERAMIDA 2mg Comprimidos	



	LORAZEPAM 1mg Comprimidos	
	LORAZEPAM 2,5mg Comprimidos	
	METILDIGOXINA 0,1mg Comprimidos	
	METOCLOPRAMIDA 10mg Comprimidos	
	NIFEDATE 5mg Comprimidos	
	NIFEDATE 10mg Comprimidos	
	OXAZEPAM 50mg Comprimidos	
	PARACETAMOL 500mg Comprimidos	
	PARACETAMOL 250mg Supositórios	
	PARACETAMOL 500mg Supositórios	
	PARACETAMOL 1000mg Supositórios	
	PENTOXIFILINA 400mg Comprimidos	
	PROPANOLOL 40mg Comprimidos	
	RIFAMPICINA 300mg Comprimidos	
	RANITIDINA 300mg Comprimidos	
	SULCRALFATO 1g/5ml Suspensão oral	
	TIAPRIDE 100mg Comprimidos	
	VALPROATO 500mg Comprimidos	
	VARFARINA 5mg Comprimidos	



# **IDENTIFICAÇÃO CORRECTA DAS GAVETAS DA MEDICAÇÃO DA SALA DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS URGENTES**



## MEDICAÇÃO DA SALA DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS URGENTE

ACETILCISTEINA 300mg IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ACETILCISTEINA 2g/10ml IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ACETILSALICILATO DE LISINA 1800mg IM/IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ACIDO AMINOCAPROICO 2,5gr/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ADRENALINA 1mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	AMINOFILINA 240mg/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA 2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ÁGUA DESTILADA 5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA 10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ÁGUA DESTILADA 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AMIODARONA 150mg/3ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	AMOXICILINA + ACIDO CLAVUNÂNICO 1000mg/200mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AZITROMICINA 500mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
BIPERIDENO 5mg/1ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	BROMETO IPRATRÓPIO 250µg/ 2ml NEB Ampolas <input type="checkbox"/>



BUDENOSIDO 1mg/2ml NEB Ampolas <input type="checkbox"/>	BROMETO DE IPRATROPIO + SALBUTAMOL 0,5mg +2,5mg/ 2,5ml NEB Aerossol <input type="checkbox"/>
BUTILESCOPOLAMINA 20mg/1ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	CEFOXITINA 1g IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
CEFTRIAXONE 1g IV Ampolas <input type="checkbox"/>	CETOPROFENO 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>
CEFUROXIME 750mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	CLOMIPRAMINA 25mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
CLONAZEPAM 1mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	CLORETO DE POTASSIO 7,45% 10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
CLORETO DE SODIO 20% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	CLORPROMAZINA 25mg/5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
DEXAMETASONA 5mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	DIAZEPAM 10 mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
DIGOXINA 0,5 mg/2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	DINITRATO DE ISOSSORBIDO 10mg/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ENOXAPARINA 20mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 40mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>



ENOXAPARINA 60mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 80mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>
ERITROMICINA 1g IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ESOMEPRAZOLE 40mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>
FENITOINA 250mg/5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	FITOMENADIONA 10mg/ml IV/ORAL Ampolas <input type="checkbox"/>
FLUMAZENIDO 0,5mg (500µg/5ml) IV Ampolas <input type="checkbox"/>	FUROSEMIDA 20mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
GENTAMICINA 80mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	GLICOSE HIPERTONICA 20% 20ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
GLICOSE HIPERTONICA 30% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	GLUCUNATO DE CALCIO 10% 10ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
HALOPERIDOL 2mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	HALOPERIDOL 5mg/ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
HALOPERIDOL/DECANOATO 50mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	HIDROCORTISONA 100mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
HIDROXIZINA 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	



LEVOMEPRMAZINA 25mg/ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	METILPREDNISOLONA 40mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
METILPREDNISOLONA SOL INJ 125mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	METILPREDNISOLONA SOL INJ 500mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
METILPREDNISOLONA 1000mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
NALOXONA 40µg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	PARACETAMOL 1g/100ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
PARECOXIB 40mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	PENTOXIFILINA 100mg/5ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
PROMETAZINA 50mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	PROPANOLOL 1mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
RANITIDINA 50mg/2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	SORO FISIOLÓGICO 2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	SORO FISIOLÓGICO 10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	SUCCINATO PREDNISOLONA 25mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>



SUCCINATO PREDNISOLONA 250mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	SULFATO DE MAGNESIO 20% 10ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
TIAPRIDE 100mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	TIOCOLQUICOSIDO 4mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>
TRAMADOL 100mg/2ml IV/IM/SC Ampolas <input type="checkbox"/>	VALPROATO 300mg/3ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>



**MEDICAÇÃO SALA DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS URGENTES**  
**Comprimidos e outros**

<b>ACIDO ACETILSALICILICO</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>ACIDO ACETILSALICILICO</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>ALPRAZOLAN</b> 0,5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>AMINOFILINA</b> 200mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>AMIODARONA</b> 200mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>AMOXICILINA + ACIDO CLAVUNÂNICO</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>BIPERIDENO</b> 2mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>BROMAZEPAN</b> 1,5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>BROMAZEPAN</b> 3mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>BUTILESCOPOLAMINA</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>CAPTOPRIL</b> 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>CARBAMAZEPINA</b> 200mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>CARBAMAZEPINA</b> 400mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>CIAMEMAZINA</b> 30ml (1 gt= 1mg) Solução Oral <input type="checkbox"/>
<b>CITRATO DE SODIO</b> 5ml/500mg Micro clister <input type="checkbox"/>	<b>CLOMIPRAMINA</b> 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>CLORETO DE POTASSIO</b> 600mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>CLORPROMAZINA</b> 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>



<b>CLOPIDOGUEL</b> 75mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DIAZEPAM RECTAL</b> 5mg Via rectal <input type="checkbox"/>
<b>DIGOXINA</b> 0,25 mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>ESOMEPRAZOLE</b> 20mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>ESPIRONOLACTONA</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>FENITOINA</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>FUROSEMIDA</b> 40mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>HALOPERIDOL</b> 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>HALOPERIDOL</b> 2mg/ml Suspensão Oral <input type="checkbox"/>
<b>HIDROXIZINA</b> 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>LEVOMEPRMAZINA</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>LOPERAMIDA</b> 2mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>LORAZEPAM</b> 1mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>LORAZEPAM</b> 2,5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>METILDIGOXINA</b> 0,1mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>METOCLOPRAMIDA</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>NIFEDATE</b> 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>



<b>NIFEDATE</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>OXAZEPAM</b> 50mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>PARACETAMOL</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>PARACETAMOL</b> 250mg Supositórios <input type="checkbox"/>
<b>PARACETAMOL</b> 500mg Supositórios <input type="checkbox"/>	<b>PARACETAMOL</b> 1000mg Supositórios <input type="checkbox"/>
<b>PENTOXIFILINA</b> 400mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>PROPANOLOL</b> 40mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>RIFAMPICINA</b> 300mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>RANITIDINA</b> 300mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>SULCRALFATO</b> 1g/5ml Suspensão oral <input type="checkbox"/>	<b>TIAPRIDE</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>VALPROATO</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>VARFARINA</b> 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>



# **LISTAGEM DE MEDICAMENTOS DA UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA**



## LISTAGEM DOS MEDICAMENTOS DA UDC

### AMPOLAS

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICO</b>	<b>Limite máximo</b>
	<b>ACETILCISTEINA</b> 300mg Ampolas	
	<b>ADENOSINA</b> 6 mg/ 2ml Ampolas	
	<b>ADRENALINA</b> 1mg/ml Ampolas	
	<b>AMINOFILINA</b> 240 mg/10ml Ampolas	
	<b>ÁGUA DESTILADA</b> 2ml Ampolas	
	<b>ÁGUA DESTILADA</b> 5ml Ampolas	
	<b>ÁGUA DESTILADA</b> 10ml Ampolas	
	<b>ÁGUA DESTILADA</b> 20ml Ampolas	
	<b>AMIODARONA</b> 150 mg/3ml Ampolas	
	<b>ATROPINA</b> 0,5mg/1 ml Ampolas	
	<b>CEFOTRIAXONE</b> 1g Ampolas	
	<b>CETOPROFENO</b> 100mg/2ml Ampolas	
	<b>CLORETO DE POTÁSSIO 7,45%</b> 10ml/meq/nmol Ampolas	
	<b>DIAZEPAN</b> 10mg/2ml Ampolas	
	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 10mg/10ml Ampolas	
	<b>DIGOXINA</b> 0,5mg/2ml Ampolas	
	<b>DOPAMINA</b> 200mg/5ml Ampolas	
	<b>BROMETO IPRATROPIO</b> 250µg/ 2ml Aerossol	
	<b>BUDESONIDO</b> 1mg/2ml Aerossol	
	<b>BROMETO DE IPRATROPIO + SALBUTAMOL</b> 0,5mg +2,5mg/ 2,5ml Aerossol	



	<b>ENOXIPARINA 20mg Ampolas</b>	
	<b>ENOXAPARINA 40mg Ampolas</b>	
	<b>ENOXAPARINA 60mg Ampolas</b>	
	<b>ENOXAPARINA 80mg Ampolas</b>	
	<b>FITOMENADIONA 10mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>FUROSEMIDA 20mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>GLICOSE HIPERTONICA 20%</b> 20ml Ampolas	
	<b>GLICOSE HIPERTONICA 30%</b> 20ml Ampolas	
	<b>HALOPERIDOL 5mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>HIDROCORTISONA 100mg Ampolas</b>	
	<b>HIDROXIZINA 100mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>LIDOCAÍNA 1% 20ml Ampolas</b>	
	<b>LIDOCAÍNA 2% 20ml Ampolas</b>	
	<b>METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>METILPREDNISOLONA 25mg Ampolas</b>	
	<b>METILPREDNISOLONA 250mg Ampolas</b>	
	<b>METILPREDNISOLONA 500mg Ampolas</b>	
	<b>SORO FISIOLÓGICO 2ml Ampolas</b>	
	<b>SORO FISIOLÓGICO 5ml Ampolas</b>	
	<b>SORO FISIOLÓGICO 10ml Ampolas</b>	
	<b>TRIAPIDAL 100mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>TRAMADOL 100mg/2ml Ampolas</b>	



	<b>TIOCOLQUICOSIDO</b> 2mg/ml Ampolas	
	<b>FITOMENADIONA</b> 10mg/ml Ampolas	
	<b>FITOMENADIONA</b> 10mg/ml Ampolas	



LISTAGEM DOS MEDICAMENTOS DA UDC

COMPRIMIDOS

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>MEDICAMENTO GENERICO</b>	<b>Limite máximo</b>
	<b>ACIDO ACETILSALICÍLICO</b> 100mg Comprimidos	
	<b>ACIDO ACETILSALICÍLICO</b> 500mg Comprimidos	
	<b>AMINOFILINA</b> 200mg Comprimidos	
	<b>AMIODARONA</b> 200mg Comprimidos	
	<b>CAPTOPRIL</b> 25mg Comprimidos	
	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 5mg Comprimidos	
	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 20mg Comprimidos	
	<b>DIAZEPAN</b> 5mg Comprimidos	
	<b>DIAZEPAN</b> 10mg Comprimidos	
	<b>DIGOXINA</b> 125mg Comprimidos	
	<b>FUROSEMIDA</b> 40mg Comprimidos	
	<b>METOCLOPRAMIDA</b> 10mg Comprimidos	
	<b>PARACETAMOL</b> 500mg Comprimidos	
	<b>RANITIDINA</b> 150mg Comprimidos	
	<b>RANITIDINA</b> 300mg Comprimidos	
	<b>SALBUTAMOL</b> 5mg/ml Aerosol	



# **IDENTIFICAÇÃO CORRECTA DAS GAVETAS DA MEDICAÇÃO DA UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA**



## Medicação UDC Ampolas

ACETILCISTEINA 300mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	ADENOSINA 2/6 mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ADRENALINA 1mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	AMINOFILINA 240 mg/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AMIODARONA 150 mg/3ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ATROPINA 0,5mg/1 ml IV/IM/SC Ampolas <input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA 2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ÁGUA DESTILADA 5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA 10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ÁGUA DESTILADA 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
CEFOTRIAXONE 1g IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	CETOPROFENO 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>
CLORETO DE POTÁSSIO 7,45% 10ml/meq/nmol IV Ampolas <input type="checkbox"/>	DIAZEPAN 10mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
DINITRATO DE ISOSSORBIDO 10mg/10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	DIGOXINA 0,5mg/2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>



DOPAMINA 200mg/5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 20mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>
ENOXAPARINA 40mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 60mg SC Ampolas <input type="checkbox"/> SC
ENOXAPARINA 80mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>	FITOMENADIONA 10mg/2ml IV/ORAL Ampolas <input type="checkbox"/>
FUROSEMIDA 20mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	GLICOSE HIPERTONICA 20% 20ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
GLICOSE HIPERTONICA 30% 20ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	HALOPERIDOL 2mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
HALOPERIDOL 5mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	HIDROCORTISONA 100mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
HIDROXIZINA 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	LIDOCAÍNA 1% 20ml IM/SC Ampolas <input type="checkbox"/>
LIDOCAÍNA 2% 20ml IM/SC Ampolas <input type="checkbox"/>	METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
METILPREDNISOLONA 25mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	METILPREDNISOLONA 250mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>



METILPREDNISOLONA 250mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	SORO FISIOLÓGICO 2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	SORO FISIOLÓGICO 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	TRIAPIDE 100mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
TRAMADOL 100mg/2ml Ampolas <input type="checkbox"/>	TIOCOLQUICOSIDO 2mg/ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>
FITOMENADIONA 10mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	



## Medicação UDC Comprimidos e Outros

<b>ACIDO ACETILSALICÍLICO</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>ACIDO ACETILSALICÍLICO</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>AMINOFILINA</b> 200mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>AMIODARONA</b> 200mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>CAPTOPRIL</b> 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 20mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DIAZEPAN</b> 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>DIAZEPAN</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DIGOXINA</b> 125mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>FUROSEMIDA</b> 40mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>METOCLOPRAMIDA</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>PARACETAMOL</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>RANITIDINA</b> 150mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>RANITIDINA</b> 300mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>SALBUTAMOL</b> 5mg/ml Aerossol <input type="checkbox"/>



# **LISTAGEM DE MEDICAMENTOS DO SO**



**LISTAGEM DOS MEDICAMENTOS DO**  
**SO AMPOLAS**

<b>Identificação da Gaveta</b>	<b>Medicamento generico</b>	<b>Limite máximo</b>
	<b>ACETILCISTEÍNA 2g Ampolas</b>	
	<b>ACETILCISTEÍNA 300mg Ampolas</b>	
	<b>ACETILSALICILATO DE LISINA 1g Ampolas</b>	
	<b>ADRENALINA 1mg/ml Ampolas</b>	
	<b>ÁGUA DESTILADA 2ml Ampolas</b>	
	<b>ÁGUA DESTILADA 5ml Ampolas</b>	
	<b>ÁGUA DESTILADA 10 ml Ampolas</b>	
	<b>ÁGUA DESTILADA 20ml Ampolas</b>	
	<b>AMINOFILILA 240mg Ampolas</b>	
	<b>AMIODARONA 150mg/3ml Ampolas</b>	
	<b>AMOXICILINA+ÁCIDO CLAUVULÂNICO 1000+200mg Ampolas</b>	
	<b>BROMETO IPRATRÓPIO 250µg/ 2ml Ampolas</b>	
	<b>BUDENOSIDO 1mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>CEFOXITINA 1g Ampolas</b>	
	<b>CEFTRIAXONE 1g Ampolas</b>	
	<b>CETOPROFENO 100mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>CLORETO DE POTÁSSIO 7,45% 10ml/mmol Ampolas</b>	



	<b>DIAZEPAN 5mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>DIAZEPAN 10mg Ampolas</b>	
	<b>DIGOXINA 0,25 mg/ml Ampolas</b>	
	<b>DOPAMINA 200mg/5ml Ampolas</b>	
	<b>ENOXAPARINA 20mg Ampolas</b>	
	<b>ENOXAPARINA 40mg Ampolas</b>	
	<b>ENOXAPARINA 60mg Ampolas</b>	
	<b>ENOXAPARINA 80mg Ampolas</b>	
	<b>ESOMEPRAZOL 40mg Ampolas</b>	
	<b>FITOMENADIONA 10mg/1ml Ampolas</b>	
	<b>FUROSEMIDA 20mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>GLICOSE HIPERTONICA 20% 20ml</b> Ampolas	
	<b>GLICOSE HIPERTONICA 30% 20ml</b> Ampolas	
	<b>HALOPERIDOL 5mg/ml Ampolas</b>	
	<b>HIDROCORTISONA 100mg Ampolas</b>	
	<b>HIDROXIZINA 100mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>LIDOCAÍNA 1% 20ml Ampolas</b>	
	<b>LIDOCAÍNA 2% 20ml Ampolas</b>	
	<b>METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml Ampolas</b>	



	<b>RANITIDINA 50mg Ampolas</b>	
	<b>SALBUTAMOL 5mg/ml Ampolas</b>	
	<b>SORO FISIOLÓGICO 2ml Ampolas</b>	
	<b>SORO FISIOLÓGICO 5ml Ampolas</b>	
	<b>SORO FISIOLÓGICO 10ml Ampolas</b>	
	<b>SORO FISIOLÓGICO 20ml Ampolas</b>	
	<b>TIAPRIDE 100mg/2ml Ampolas</b>	
	<b>TRAMADOL 100mg/2ml Ampolas</b>	

**LISTAGEM DOS MEDICAMENTOS DO**  
**SO COMPRIMIDOS**

<b>Identificação da Gaveta</b>		<b>Limite máximo</b>
	<b>ACETILSALICILATO DE LISINA 500mg</b> Comprimidos	
	<b>ACETILSALICILATO DE LISINA</b> 100mg Comprimidos	
	<b>AMINOFILINA 250MG</b> Comprimidos	
	<b>AMIODARONA 200mg</b> Comprimidos	
	<b>CAPTOPRIL 25mg</b> Comprimidos	
	<b>DIAZEPAN 10mg</b> Comprimidos	
	<b>DIGOXINA 0,25mg</b> Comprimidos	
	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO 5mg</b> Comprimidos	
	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO 10mg</b> Comprimidos	



	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 20mg Comprimidos	
	<b>HALOPERIDOL</b> 10mg Comprimidos	
	<b>METOCLOPRAMIDA</b> 10mg Comprimidos	
	<b>PARACETAMOL</b> 500mg Comprimidos	
	<b>PARACETAMOL</b> 500 mg Supositórios	
	<b>PENTOXIFILINA</b> 300mg Comprimidos	
	<b>RANITIDINA</b> 150mg Comprimidos	
	<b>TIAPRIDE</b> 100mg Comprimidos	



# **IDENTIFICAÇÃO CORRECTA DAS GAVETAS DA MEDICAÇÃO DO SO**



## MEDICAÇÃO SO AMPOLAS

ACETILCISTEÍNA 2g IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	ACETILCISTEÍNA 300mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
ACETILSALICILATO DE LISINA 1g IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	ADRENALINA 1mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA 2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ÁGUA DESTILADA 5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA 10 ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ÁGUA DESTILADA 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AMINOFILILA 240mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	AMIODARONA 150mg/3ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
AMOXICILINA+ÁCIDO CLAUVULÂNICO 1000+200 IV Ampolas <input type="checkbox"/>	BROMETO IPRATRÓPIO 250µg/ 2ml NEB Ampolas <input type="checkbox"/>
BUDENOSIDO 1mg/2ml NEB Ampolas <input type="checkbox"/>	CEFOXITINA 1g IV Ampolas <input type="checkbox"/>



CEFTRIAXONE 1g IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	CETOPROFENO 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>
CLORETO DE POTÁSSIO 7,45% 10ml/mmol IV Ampolas <input type="checkbox"/>	DIAZEPAN 10mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
DIAZEPAN 10mg IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	DIGOXINA 0,25 mg/ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
DOPAMINA 200mg/5ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 20mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>
ENOXAPARINA 40mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>	ENOXAPARINA 60mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>
ENOXAPARINA 80mg SC Ampolas <input type="checkbox"/>	ESOMEPRAZOL 40mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>
FITOMENADIONA 10mg/1ml IV/ORAL Ampolas <input type="checkbox"/>	FUROSEMIDA 20mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
GLICOSE HIPERTONICA 20% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	GLICOSE HIPERTONICA 30% 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>



HALOPERIDOL 5mg/ml IV/IM Ampola <input type="checkbox"/>	HIDROCORTISONA 100mg Ampolas <input type="checkbox"/>
HIDROXIZINA 100mg/2ml IM Ampolas <input type="checkbox"/>	LIDOCAÍNA 1%20ml IM/SC Ampolas <input type="checkbox"/>
LIDOCAÍNA 2% 20ml IM/SC Ampolas <input type="checkbox"/>	METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>
RANITIDINA 50mg IV Ampolas <input type="checkbox"/>	SALBUTAMOL 5mg/ml NEB Ampolas <input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 2ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	SORO FISIOLÓGICO 5ml Ampolas <input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 10ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>	SORO FISIOLÓGICO 20ml IV Ampolas <input type="checkbox"/>
TIAPRIDE 100mg/2ml IV/IM Ampolas <input type="checkbox"/>	TRAMADOL 100mg/2ml IV/IM/SC Ampolas <input type="checkbox"/>



## Medicação SO COMPRIMIDOS

<b>ACETILSALICILATO DE LISINA</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>ACETILSALICILATO DE LISINA</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>AMINOFILINA</b> 250MG Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>AMIODARONA</b> 200mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>CAPTOPRIL</b> 25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DIAZEPAN</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>DIGOXINA</b> 0,25mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 5mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>DINITRATO DE ISOSSORBIDO</b> 20mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>HALOPERIDOL</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>METOCLOPRAMIDA</b> 10mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>PARACETAMOL</b> 500mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>PARACETAMOL</b> 500 mg Supositórios <input type="checkbox"/>
<b>PENTOXIFILINA</b> 300mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	<b>RANITIDINA</b> 150mg Comprimidos <input type="checkbox"/>
<b>TIAPRIDE</b> 100mg Comprimidos <input type="checkbox"/>	



# ANEXO III

NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**  
ERC (European Resuscitation Council)

NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

AGENDA

INDICE

SUMÁRIO

PLANO...

# AGENDA

## Sessão de Abertura

- . Apresentação dos Organizadores / Formador / Formandos
- . Definição do Âmbito da Formação
- . Definição dos Objectivos da Formação

## Conteúdos Programados

- 1- Suporte Básico de Vida
- 2- Desfibrilhação Automática Externa
- 3- Suporte Avançado de Vida
- 4- Síndrome Coronários Agudos

## Encerramento dos Trabalhos

NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

## Sessão de Abertura

### **Organizadores:**

Alunos do 3º curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – UCP

Enf.<sup>a</sup> Cláudia Silva

Enf.<sup>a</sup> Eugénia Borges

Enf.<sup>a</sup> Isabel Marinho

Enf.<sup>o</sup> Paulo Aparício

### **Prelector:**

Dr. Igor Milet

### **Destinatários:**

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do HSTV

## Âmbito da Formação

Formação em Serviço, proposta e dinamizada pelos Alunos do 3º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – UCP, baseada nos projectos definidos para o decurso do Estágio no Serviço de Urgência, e orientada em função do exercício profissional de enfermagem, abrangendo a teoria e a prática clínica diária.

# NOVAS GUIDELINES DE SUPPORTO AVANÇADO DE VIDA NO ADULTO

## OBJECTIVOS

- Proporcionar formação adequada sobre as orientações de procedimentos em SAVA.
- Proporcionar intercambio de conhecimentos.
- Manter padrões de qualidade elevada nos cuidados prestados.
- Proporcionar intercambio de conhecimentos.
- Contribuir para o desenvolvimento profissional, individual e colectivo.
- Uniformizar procedimentos.
- Proporcionar intercambio de conhecimentos.
- Promover boas relações de trabalho entre todos os elementos e todas as organizações envolvidas.

## Conteúdos Programados

### **1- Suporte Básico de Vida**

- Algoritmo
- Reconhecimento da PCR
- A Ventilação Inicial
- Ventilação
- Compressões Torácicas
- Avaliação

## Conteúdos Programados (Cont.)

### **2- Desfibrilhação Automática Externa**

- Algoritmo
- DAE em Espaços Públicos
- DAE Intra Hospitalar

## Conteúdos Programados (Cont.)

### **3- Suporte Avançado de Vida**

- Reanimação Pré-Hospitalar
- Reanimação Intra-Hospitalar
- Prevenção das PCR intra-Hospitalares
- Algoritmos (Via Aérea / Acessos / Fármacos / Causas Potencialmente Reversíveis)
- Sistemas Automáticos de Reanimação
- Disritmias Peri-Paragem
- Cuidados Pós Reanimação

## Conteúdos Programados (Cont.)

### **4- Síndrome Coronários Agudos**

- Diagnóstico (Risco / sinais / Sintomas)
- Algoritmo
- Tratamentos
- Fibrinolise vs Intervenção Coronária Percutânea Primária
- Prevenção

NOVAS GUIDELINES DE  
**SUORTE AVANÇADO  
DE VIDA NO ADULTO**

## Encerramento dos Trabalhos

# ANEXO IV

# NOVAS GUIDELINES DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO ADULTO

05.12.26FEV2011 | DAS09HÀS13H | DEP. H.S.T. VISEU

 **Dr. Igor Milet** [PRELECTOR]

 **Enfermeiros do Serviço de Urgência** [DESTINATÁRIOS]



**ORGANIZAÇÃO:**

Alunos da Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa 2009/2011

# ANEXO V

CONFERÊNCIA

# O IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Solidão • Violência • Cuidador Informal

**1. MARÇO. 2011. 14,30h**

Hospital São Teotónio de Viseu E.P.E. - Auditório do DEP

Moderação | Manuel Oliveira *Conselho Directivo da Secção Regional do Centro/Ordem dos Enfermeiros*

## Prelectores

Dr.ª Sónia Santos | *APAV - Coimbra*

Enf.ª Maria Loureiro | *ANEPES (Associação Nacional de Enfermeiros Promotores do Envelhecimento Saudável)*

Enf.º João Tavares | *Serviço de Urgência dos HUC, E.P.E.*

Enf.ª Clara Lopes | *Centro de Saúde Norton de Matos - ACES Baixo Mondego I*

## Tutores

Albino Alberto • Fernando Pina • Isabel Tavares • Maria Goreti

Maria José Francisco • Marisa Saraiva • Paulo Silva • Pedro Moutela

Organizado pelos alunos  
da Especialidade de Enfermagem  
Médico-Cirúrgica 2009/2011 da UCP:

Cláudia Silva  
Eugénia Borges  
Isabel Marinho  
Paulo Aparício

# ANEXO VI



## **Hospital de São Teotónio, E.P.E.**

**Departamento de Educação Permanente**

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 506 361 578

Acreditação ACSS n.º 8096

# Declaração

Para os devidos efeitos, se declara que **Paulo Sérgio Duarte Aparício**, Aluno do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica de Viseu, a estagiar no serviço de Urgência Geral, co-organizou os seguintes eventos formativos:

<i>Data/Duração</i>	<i>Evento</i>	<i>Destinatários</i>	<i>Local</i>
05-02-2011 4 horas	Formação em Serviço "Guidelines European Resuscitation Council 2010"	Enfermeiros Serviço Urgência	DEP
12-02-2011 4 horas	Formação em Serviço "Guidelines European Resuscitation Council 2010"	Enfermeiros Serviço Urgência	DEP
26-02-2011 4 horas	Formação em Serviço "Guidelines European Resuscitation Council 2010"	Enfermeiros Serviço Urgência	DEP
01-03-2011 2,5 horas	Conferência "O Idoso no Serviço de Urgência"	Pluridisciplinar	Auditório DEP

Viseu, 3 de Março de 2011

O Vogal do DEP  
  


# ANEXO VII

# A FINITUDE HUMANA E ENFERMAGEM

## THE HUMAN BEING FINITUDE AND NURSING



Paulo Sérgio Duarte Aparício Aparício

Aluno do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientador – Professora Teresa Borges

**RESUMO.** O artigo apresenta uma reflexão sobre o cuidar em enfermagem ao doente e a seus familiares diante da morte. Enfoca o cuidar integral e humanizado e procura a sensibilização da equipa de enfermagem e demais profissionais de saúde acerca da necessidade de um atendimento adequado ao ser humano, compreendido como um ente biopsicossocial, cultural e espiritual ou seja um ser Holístico. Focaliza a morte como a única certeza que se tem desde o nascimento, permeada, porém, por diversos mecanismos de negação por parte do doente e dos seus familiares, mesmo até dos profissionais que o assistem, pois para o homem ocidental

é corrente negar a sua finitude ao invés de aceitá-la. Evidencia que o cuidado de enfermagem prestado a doentes e familiares diante do processo de morrer requer do enfermeiro eficiência técnico-científica, sensibilidade e interação, manifestando a arte da enfermagem como a empatia, intuição, percepção aguçada para atender às necessidades do paciente e dos seus familiares. Deve, igualmente, respeitar a expressão dos sentimentos de dor, angústia, agressividade, abandono, perda, desespero, raiva, culpa, entre outros frequentemente observados no transcorrer da vivência do processo de morrer. Diante destas constatações, este trabalho pretende contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde e, em especial, os enfermeiros e enfatizar a importância do cuidar integral e humanizado ao doente, compartilhado com os familiares. Pretende ressaltar, também, a necessidade de abordagem do tema no decorrer da formação dos profissionais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidar em enfermagem; família; morte.

**ABSTRACT.** This paper presents a reflection about nurse care to the patient and its relatives face the death. It focuses the integral and humanized care and aims to touch nursing team and others health professionals about the necessity to attend the human, as bio-psycho-social, cultural and spiritual being a Holistic being. Focalizes the death as the unique certainty that one have since was born, sometimes crossed by many denying mechanism, since for the occidental society is common to deny the finitude instead to accept it. It shows that the nurse care to the patients and relatives face to death process, demand technical efficiency, sensibility and interaction, manifesting the art of nursing as an empathy, intuition and perception to attend patient and its relative's needs. At same time must respect the expression of pain, anguish, abandon, loose, desperate, anger and others frequently observed on process of die. This paper wants to contribute to touch health workers, especially nurses and to emphasize the value of integral and humanized care. It also point out the necessity to discuss this subject during the graduation.

**KEYWORDS:** nurse care; family; death

## **INTRODUÇÃO**

A velocidade vertiginosa da evolução e dos avanços tecnológicos na área da saúde, e o facto da assistência da saúde encontra-se centrada na cura em detrimento das medidas de prevenção da saúde. O atendimento institucionalizado dos ambientes hospitalares, e a diversidade de serviços prestados pelos profissionais de saúde, tem contribuído para um inadequado atendimento das necessidades humanas, não somente as de carácter biológico, mas também as psicológicas, as afectivas, as sociais e as espirituais. Estas inovações, alteraram significativamente o afazer dos profissionais de saúde, e também contribuíram com que os espaços destinados para o acto de morrer se tenham deslocado, do ambiente domiciliário para o hospitalar. Considerando o momento actual de grandes transformações em todos os segmentos da sociedade, os profissionais de enfermagem precisam adoptar mecanismos que permitam a discussão sobre a qualidade do cuidados prestados aos doentes nos estabelecimentos de saúde, bem como a necessidade de legitimar este cuidar como foco principal do trabalho da equipa de enfermagem, o qual procura a valorização do ser humano em todas as etapas do seu ciclo de vida, desde o nascer até o morrer. Os cuidados dispensados ao indivíduo, são ou doente, devem ser de forma holística ou seja de forma integral, evitando-se assim a fragmentação do atendimento de saúde prestado à população. Para isso, o cliente/doente e seus familiares devem considerar-se no seu todo como seres sociais e históricos, possuidores de crenças, valores, vivências de vida, medos, angústias e incertezas, e expectativas, nesta mesma ordem de pensamentos, deve-se também respeitar, a vivência da situação da proximidade da morte e da chegada da mesma.

PINTO (1988) refere : “para dar sentido à morte, que recebe força do sentido da vida urge promover:

- O valor da dignidade da morte, que cada um tem de celebrar, na medida das suas condições, com serenidade e paz;
- O Valor da verdade, que permite ao doente terminal estar informado sem dramatismos, mas com consciência, do momento grande a viver;
- O valor do respeito, que vai conduzir este homem à coerência com os seus princípios, em atitude de grandeza, até ao fim. ”

Os seres humanos, no hemisfério ocidental, têm certa dificuldade em abordar o tema sobre a morte e o morrer, este é um assunto tabu no seu quotidiano, devido à imponderabilidade que se tem em falar, pensar e agir em relação a ela.

Ainda segundo PINTO (1988): “a morte não é o terminar de tudo, é o princípio de alguma coisa de novo que não mete medo, porque abre as portas a universos, desconhecidos é certo, mas carregados de promessas de vida”.

Lembrar-se da morte remete à ideia de fim, de interrupção, de despedida, e de tantas outras questões para as quais não se encontram respostas e isto assombra o ser humano e leva a que o assunto tenda a se transformar num tabu

Entretanto, ela não pode ser negada diante de uma situação concreta, aquando de um internamento de um doente em situação grave e/ou terminal, e que anuncia a possibilidade de morte iminente. Essa situação potencializa a noção de sensação de impotência que os profissionais de saúde têm perante a morte a (in)definição de como actuar diante das “personagens” deste cenário, ou seja, paciente, familiares e demais profissionais. Grande parte desses profissionais,

por não saberem abordar o assunto, ou por não o compreenderem ou por não terem vivido situações de perda/morte de pacientes sob seus cuidados, no decorrer da sua formação acadêmica e profissional, poderão não se sentir aptos e não saber como cuidar do paciente e seus familiares, desta forma muitas vezes impedem que eles manifestem os seus temores, suas dúvidas e angústias próprias da sua condição.

Aos membros da família apontam-se dificuldades operacionais para que estes não estejam ao lado de seu familiar doente. A família não é valorizada como peça fundamental para o cuidar, mas como alguém que deve esperar por escassas informações, por horários restritos para as visitas, é inclusive considerada como alguém que “incomoda” quando pergunta sobre a recuperação de seu parente adoentado. Muitas vezes, inclusive, constata-se que os horários de visita destinados a um paciente grave e/ou terminal apenas são facultados à família e pessoas de suas relações afetivas quando ele já está num estágio final, quando ele não mais os reconhece, e já não consegue falar, porque está inconsciente ou sedado. Estes fatos levantam questões pertinentes a estas intercorrências, pois este modo de agir permite a despedida apenas dos familiares e não a do doente, porque quando as visitas são permitidas, na maioria das vezes, o doente já não está em condições físicas de comunicar com a sua família e de expressar os seus desejos.

Sabe-se que “a morte é uma etapa de crescimento pessoal, da mesma maneira que o nascimento, a infância, a adolescência, a idade adulta ou a velhice. O homem terminal é uma pessoa que ultrapassa a última etapa da sua condição humana” (BURUCOA, 1994). Esta fase deve ser respeitada e não ultrajada.

Além disso, existe o mito da dor, responsável por um dos grandes medos do século actual, que é o sofrimento na hora da morte, pois permanece a crença de que o processo de morte é sempre acompanhado de dor e sofrimento insuportáveis.

Nestes casos, muitas vezes, os actores envolvidos no processo, procuram afastar-se do doente, por acreditarem que não têm nada mais nada a fazer para ajudá-lo e, mas também, pelo medo de sofrer.

Baseada nesta realidade, propôs-se a reflexão sobre o cuidar dispensado ao doente em estado grave/terminal e a sua família, com o objectivo de contribuir para uma maior sensibilização desta temática aos profissionais de saúde, principalmente, para os enfermeiros. O texto aponta como perspectiva: o cuidar compartilhado entre profissionais de saúde e familiares, estimulando a um envolvimento pleno da família, valorizando-a como co-participante deste processo. Enfatiza a necessidade da importância da abordagem e inserção do tema na formação curricular profissional, com o intuito de despertar nos futuros profissionais a necessidade da interacção com o paciente e seus familiares, não apenas nas questões de cunho técnico-científico, mas, em especial, nas de carácter subjectivo, como a vivência do processo do morrer.

## **O DOENTE, A FAMÍLIA E A SOCIEDADE DIANTE O DESENVOLVER DO PROCESSO DE MORRER**

A morte, sendo um acontecimento universal é uma certeza da condição humana e traduz-se num grande mistério, acerca do qual se levantam inúmeras questões, em especial, sobre a existência de vida após a morte. A Morte não é uma mera falência orgânica de um corpo físico, pois institui um

vazio inter-relacional para a família e toda a sua rede de relações, mas também para a sociedade em si.

Os sentimentos que afloram com a proximidade da morte são diversos. Dentro dos de carácter negativo temos: o fracasso, a impotência, o silêncio, o ódio, a revolta, a dor, a culpa, a irresolução, a injustiça diante da perda, o abandono de Deus; os de carácter positivo são: paz, celebração da própria vida, do valor da pessoa em vida, dos términos do tempo terreno, do cumprimento de uma etapa de vivência. Estes sentimentos levam o indivíduo a procurar o sentido da existência, da transcendência, no qual o ser humano se depara com a ideia da finitude.

A dificuldade e a necessidade intrínsecas dos seres humanos em lidar com a morte, enquanto ocorrência universal e certa, expressam-se por meio da herança cultural e de sua história. Assim, “conhecimentos, imagens, sentimentos, representações simbólicas herdadas, produzidas e reproduzidas e integradas na nossa cultura engendram concepções humanas a respeito da vida e da morte” (MARTINS, 2001).

É natural ao ser humano ter a percepção da morte com os outros e dos outros, mas nunca ligada à sua existência ou a de um dos seus familiares e/ou pessoa de suas relações afectivas, e isto deve-se à ideia da valorização da imortalidade, da negação da morte, próprios da humanidade. Entretanto, a morte é um acontecimento inevitável que desperta a consciência da finitude, embora se procure mantê-la em estado de latência. Quando se depara com a morte em situações do quotidiano, como no caso de acidentes relatados em noticiários, a morte de um vizinho ou conhecido, nunca se imagina tal ocorrência em nossas vidas no presente, mas sempre num futuro distante,

aquando do completar das missões cumpridas, não só as de cunho profissional, mas também de carácter pessoal. Na prática, percebe-se que metas traçadas e alcançadas suscitam o planejar de novas etapas, como se o ser humano pudesse contar com a imortalidade. Assim, de modo inconsciente e até concreto, o ser humano não conta com a possibilidade da morte para si mesmo, e para os das suas relações afectivas.

O tema morrer, apesar dos tabus da sociedade ocidental, tem sido objecto de interesse e de estudo de alguns profissionais da área da saúde, filosofia, sociologia e outras ciências. Elisabeth KUBLER-ROSS (1975), é uma psiquiatra e escritora que é reconhecida mundialmente por seus trabalhos junto aos doentes terminais, iniciou os seus estudos sobre a morte na década de 60 e, desde então, ensina que não se precisa, nem se deve, esperar que a morte bata à porta para se começar realmente a vivê-la, pois se a encararmos como companheira invisível, mas amigável, na nossa jornada da vida, lembrando-nos de não esperar pelo amanhã para realizar o que se deseja, então pode-se aprender a viver a vida em vez de apenas passar por ela.

Os cinco estágios da morte segundo KUBLER-ROSS (1975) são: a negação e o isolamento, a raiva e a cólera, a negociação ou regateio, a depressão e a aceitação. A negação é a reacção típica expressa pela pessoa quando toma conhecimento que a sua doença é fatal. Esta é uma fase importante e necessária, pois ajuda a amenizar o impacto de saber que a morte é inevitável. Na fase da raiva e cólera o doente elabora questionamentos como “porquê eu ” e afloram os sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Neste processo, Deus é o alvo especial de sua cólera, porque Ele é considerado arbitrário, Aquele que impõe a sentença da morte.

Entretanto, a cólera não só é permissível como inevitável. Após estas fases, o paciente aceita o fato da morte iminente, mas quer fazer acordos para poder viver um pouco mais de tempo, o que é denominado de negociação. Neste período, a maioria das pessoas negocia com Deus, mesmo aquelas que nunca falaram com Ele. Elas prometem ser boas ou fazer algo em troca de mais uma semana, mês ou ano de vida. Quase sempre o doente pretende um prolongamento dos seus dias ou, então, que haja alívio das suas dores ou males físicos.

Na fase da depressão, o doente lamenta as perdas passadas, as coisas que não fez, os erros cometidos. Posteriormente, entra na fase de “luto preparatório”, é quando se prepara para a chegada da morte, tornando-se quieto e não querendo receber visitas, não deseja ver ninguém. Isto é sinal de que provavelmente o indivíduo resolveu seus negócios inacabados, podendo morrer pacificamente.

Enquanto na última fase, a aceitação, a pessoa consciencializa-se e aceita que a sua hora está próxima. Neste estágio, o doente que tenha tido tempo suficiente e auxílio para superar cada um dos estágios descritos, geralmente está bastante fraco e cansado, sente necessidade de dormir com frequência e a intervalos curtos, deseja que o deixem só, prefere um número limitado de visitas e não sente grande vontade de conversar e ouvir os problemas do mundo exterior. A presença das pessoas das suas relações afectivas pode traduzir-se na garantia de que terá companhia até o fim, trata-se pois realmente de uma trajectória única, inadiável, um momento de buscar a preparação para a hora da morte.

O conhecimento e a sensibilidade dos profissionais de enfermagem para apreender o significado de cada um destes estágios no processo de morrer fornecem dados importantes para a compreensão das diferentes etapas pelas quais os doentes e as suas famílias se deparam frente à iminência da morte. Entretanto, eles não são absolutos, há que ressaltar que nem sempre as pessoas atravessam todos os estágios, e nesta exacta sequência. Contudo, se os profissionais de saúde tiverem o conhecimento das fases do morrer e a subtileza em percepcioná-las nos momentos se aproxima do doente em fase terminal e a sua família, isto pode tornar-se um instrumento valioso no processo de cuidar de ambos. Perceber o que ocorre neste processo, leva-os a compreender o comportamento do doente e das pessoas das suas relações afectivas no enfrentar da morte iminente.

Dentro dos factores que influem o impacto e a repercussão da percepção da proximidade da morte, em especialmente para os familiares, profissionais de saúde e sociedade temos: a idade e as circunstâncias em que ela ocorre; a associação a estados mórbidos anteriores (doenças terminais, perda gradativa da autonomia relativamente em relação ao auto cuidado, o declínio do estado geral e sofrimento do doente); o vínculo estabelecido, entre outros factores. Factor sempre muito forte é o impacto da morte “prematura” e as causas relacionadas com mortes violentas.

É muito frequente que os familiares tentem proteger o doente dos sentimentos como a dor, o sofrimento e a angústia nos momentos derradeiros, e queiram poupá-lo das vivências destes sentimentos, aceitando ou intercedendo para que ele seja sedado e analgesiado. Eles concordam com o tratamento paliativo mediante o internamento, pensando no bem-estar de seu parente adoentado e,

também, pela insegurança/medo de mantê-lo na sua residência até a morte. Nestes casos, quando a morte sobrevém, comentam: “enfim, descansou”, mostrando que apesar do imenso sentimento de perda que os assola naquele momento, e do vazio existencial que acompanha a morte, o amor existente naquela relação vai auxiliar a superar a sensação de privação. Com isso, acreditam que seu familiar ganhou o conforto de que tanto era merecedor, após a experiência dolorosa pela qual passou ao ser submetido a tratamentos agressivos, uso de materiais e equipamentos e internamentos prolongados.

A ideia de morte pode estar também associada dum modo intenso ao rompimento súbito, inesperado e irreversível dos vínculos existentes entre o ser humano e a sua rede de relações. Neste processo, é incontestável a interferência do vínculo biológico e dos laços da afectividade na determinação dos sentimentos de perda, porém, qualquer que seja a sua origem, quando este vínculo se rompe, ocorre dor e sofrimento, os quais, em primeiro lugar, são de uma intensidade incomensurável, mas este momento pode ser, também, um momento de aceitação, de tranquilidade, de incremento da fé, da espiritualidade e das crenças, apesar da perda e do luto.

Estudiosos referem que o choque é a primeira resposta à morte de uma pessoa importante ou querida, o qual será particularmente acentuado em casos de morte súbita e inesperada. As tentativas da pessoa que sofreu uma perda, para enfrentar esta fase de choque, variam de acordo com seu o temperamento e a postura perante a situação a enfrentar, sendo que possa ir desde o completo entorpecimento e apatia, até a hiperactividade (PINCUS, 1989).

Mesmo quando a morte já era esperada, sinalizada pela equipa de saúde para aqueles doentes que estão vivendo doenças insidiosas, progressivas e

terminais, o momento da morte decreta um fim. Ela representa um instante de desequilíbrio e de desconstrução, no qual os familiares perdem o ponto de referência. Este que era marcado por horários estabelecidos, para cuidar do seu doente, a título de exemplo, a rotina diária realizada entre os familiares, para garantir a permanência 24 horas junto ao lado do seu familiar, pois por muito tempo que eles modificaram o cotidiano das suas vidas, devido ao processo vivido por seu familiar.

Algumas famílias, ao depararem-se com o impacto da notícia da morte do seu familiar, procuram encontrar um sentido para esta ocorrência, e forças para continuar a viver. Interrogações e questões intermináveis, sentimentos de culpa, a impressão de que algo poderia ter sido feito para evitar a morte, inquietações, fazem com que os familiares busquem na fé e na crença a força para continuarem a viver e à procura de novos valores. Há, entretanto, famílias que manifestam revolta contra Deus, sentem-se abandonadas por Ele e não conseguem aceitar a perda.

A própria sociedade utiliza mecanismos que tentam encarar a mortalidade como parte de nossa existência, apoiando-se em eufemismos para enfrentar as questões da morte, como: “Enfim, descansou”...“Passou desta para melhor”...“ele foi-se ”... “Agora está em paz”... “ Abandonou-nos”... “Dorme para sempre”... “Agora não sofre mais”... “Está com Deus”; isto ocorre como uma tentativa para consolar aqueles que estão sofrer com a perda.

A morte é um tema evitado, ignorado e negado pela nossa sociedade, que cultua a juventude e que busca o progresso.

A morte, na verdade, é tão parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento quanto o nascimento. (...) estabelece um limite no nosso

tempo de vida, e nos impele a fazer algo produtivo nesse espaço de tempo, enquanto dispusermos dele (KUBLER- ROSS, 1975).

O problema central da existência humana é a finitude e, acompanhar a vivência de momentos derradeiros dos outros remete-nos à lembrança da nossa própria finitude, o que ocasiona ansiedade existencial e desconforto espiritual.

### **PERSPECTIVAS DE UM CUIDAR HOLÍSTICO, COMPARTILHADO PELO DOENTE, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE MORRER.**

Ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda a Humanidade. O enfermeiro cuidador encara o cuidado como acção humana, superando o saber biológico técnico e a aplicação impessoal do seu saber. Ele considera o doente e seus familiares no seu ciclo de vida, nas suas experiências, na sua integralidade e nos múltiplos aspectos e dimensões como seres humanos.

O cuidar é o objectivo principal dos profissionais de enfermagem, os quais, para cuidar com eficiência e resolutividade, devem envolver na acção do cuidar, não apenas os seus clientes/doentes, mas também a família.

O cuidar em enfermagem, portanto, deve incluir a família em todos os momentos, possíveis, favorecendo a sua participação no cuidar ao doente, já que ela está vivendo instantes de dificuldades com seu adoecimento. Neste processo, a família vive medos e incertezas relacionadas ao diagnóstico e prognóstico da patologia, bem como sobre o estado do paciente frente à doença e a possibilidade da morte. Deixá-la alheia à situação vivida por seu

familiar gera angústia, o que resulta em incertezas, ansiedades, medos e crises. Mesmo que a família tenha dificuldades em aceitar ocorrências negativas em relação ao estado do seu familiar, com a possibilidade da morte ela tem o direito de saber o que está acontecer, e de agir, de reagir e de tomar decisões.

Neste processo de vida/morte iminente, a família faz uso dos mecanismos de negação, negociação e adaptação à situação vivida pelo seu familiar doente e deve ser informada sobre o seu real estado de saúde para que, então, possa exprimir e minimizar os sentimentos, preparar-se para acolher os factos e procedimentos, e apreender a enfrentar as ocorrências negativas, inclusive a morte.

Assim, o cuidado compartilhado entre os profissionais de saúde e os cuidadores familiares deve ser estimulado e valorizado, especialmente nos casos em que o processo da doença se estende por vários meses e até anos, nos quais a tranquilidade conferida ao doente, pela presença efectiva do familiar a seu lado, tem valor relevante e não deve ser menosprezada. Inúmeras vezes, esbarra-se em impedimentos institucionais, que não permitem a presença do acompanhante em tempo integral, ou quando este tem permissão para permanecer na instituição, fica por ser considerado mão-de-obra adicional.

A presença da família como parte essencial no cuidado a doentes terminais é inquestionável, entretanto, muitas são as dificuldades apresentadas para aqueles que se dispõem a incorporá-la neste processo. O cuidado integral e holístico ao ser humano prestado pelas e às famílias nem sempre é compreendido e permitido por muitos dos integrantes da equipa de saúde em

seu cotidiano. Para que o cuidar se desenvolva de forma integral e humanitária, o enfermeiro deve atender às necessidades de seus clientes/doentes e de seus familiares, interagindo com eles, resolvendo problemas, apontando soluções, propiciando melhoras da sua condição de saúde, ou proporcionando uma morte digna e com serenidade.

Desse modo, é importante compreender a morte como processo, e não apenas como um resultado final, um fim, pois se o doente terminal for considerado como um ser biológico mas também um ser sociocultural, com crenças e valores próprios, que está inserido num contexto familiar e social, cuidá-lo, nestes momentos críticos, é buscar entendê-lo, ouvi-lo, e respeitá-lo.

Nesse processo devem ser consideradas as suas manifestações verbais e não verbais, pois estas traduzem, muitas vezes, desagrado, raiva, medo, ansiedade, expectativas, frustrações, e outros sentimentos. É importante, também, garantir a presença dos familiares e significantes, conforme o desejo do doente, procurando inseri-los no processo de cuidar e de ser cuidado, de modo compartilhado com a equipa de saúde.

É por intermédio do acto de cuidar que os profissionais de enfermagem demonstram o compromisso com a vida. Estes profissionais lutam para manter o fluxo da vida, mesmo acreditando que a morte pode ocorrer em uma dimensão que transcende, na maioria das vezes, a sua compreensão.

Assim, falar da morte e da vida é falar de muitas dúvidas que afligem o espírito, aguçam o pensamento e aumentam as nossas angústias e reflexões. É conviver com os opostos, como a força e a fraqueza, o abstracto e o concreto, o objectivo e o subjectivo, o racional e o irracional, o sensitivo, o corporal e o espiritual (LACERDA, 1999).

Cuidar, neste momento crucial da vida/morte, requer dos profissionais de saúde, sensibilidade, envolvimento, empatia, olhar atento, percepção aguçada, interacção, conhecimento e crença. Somente agindo dessa forma, pode-se cuidar com eficiência e resolutividade em relação ao doente e a seus familiares nesta fase de confrontação. Neste processo, é necessário que os profissionais compreendam, reflectam e se questionem sobre o rito de passagem da vida para a morte, para poder cuidar com qualidade, pois a morte é uma experiência existencial na vida do homem.

Há que evitar uma das graves crises que os Enfermeiros que enfrentam, segundo HILL (1992) “é a do reconhecimento de que são impotentes perante a situação lastimável de determinados doentes, já que têm plena consciência de que não os podem amover da morte. Desta forma, para se protegerem os enfermeiros limitam a sua acção só aos cuidados físicos. No momento em que os pacientes estão a morrer, estes técnicos de saúde dão mais importância aos assuntos relacionados com as técnicas e escondem a morte ”

MORIN (1970) adianta “a instabilidade emocional da equipa de saúde e a capacidade de lidar com os seus próprios medos são provavelmente, as causas da dificuldade da relação dos enfermeiros com os doentes em fase terminal.”

## **A ABORDAGEM DO PROCESSO DE MORRER NO DECORRER DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Actualmente, a maioria das pessoas não assiste ao acto de morrer de seus parentes e familiares, pois a morte geralmente ocorre em ambiente hospitalar, ficando a família afastada do cuidar das pessoas e das suas relações afectivas,

no decorrer do processo de morrer, obedecendo a normas e regras da instituição. A exclusão da família, neste processo, é justificada pela sua possível interferência, no trabalho da equipa de profissionais, os quais procuram tornar invisível a presença da morte. Com isso, eles afastam, das suas acções, a presença dos familiares com suas lamentações, choros e perguntas interrogativas, cuidando apenas do indivíduo doente. Talvez, os profissionais de saúde não considerem o doente moribundo e os seus familiares como prioridade de atendimento, pois no decorrer de suas formações académicas é enfatizada a valorização da vida, pois a morte os assombra e representa um fracasso assistencial.

Provavelmente, os profissionais de saúde que estão diante do doente e familiares no decorrer do processo de morrer, talvez não tenham conhecimento suficiente ou não compreendam os estágios pelos quais passam o doente e familiares ao saber ou pressentir a morte iminente.

A ocorrência da morte nos ambientes hospitalares torna difícil a sua comunicação, por parte da equipa de saúde, aos familiares. Esta dificuldade é expressa pela supressão do uso da palavra “morte”, a qual é substituída por outros termos como “paragem cardíaca ou respiratória”, dentro de outros termos. Esta questão parece estar relacionada ao facto de que a morte no ambiente hospitalar é identificada como fracasso da instituição e da equipa profissional (KOVÁCS, 1991).

Para os profissionais que actuam junto aos doentes terminais, a morte, além de ser uma preocupação pessoal, faz parte do seu quotidiano, pois eles são submetidos diariamente a situações de tensão diante de doentes graves/terminais, os quais, às vezes, morrem nas suas mãos. Muitos deles

relatam a sua impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte. É como se nesses momentos estivessem diante da fragilidade da sua existência, recordando-se da sua própria finitude e da possibilidade de viver a mesma situação dos seus doentes e das suas famílias. A negação, então, pode surgir como uma forma de defesa, para não entrar em contacto com a fragilidade desta ocorrência e como reflexão da sua própria finitude.

MORIN (1970) refere que a experiência de assistir à morte desperta um forte medo nos enfermeiros, existindo uma tendência, destes para manterem uma distância social, que se encontra associada, essencialmente, com três aspectos:

- Inferioridade Social: este sentimento de impotência face ao inevitável está associado à interpretação do fracasso, quando algum doente morre. Exibem-se, desta forma, as limitações, justificando, por isso, a tendência para a super valorização dos cuidados físicos, que expressam o sentimento do “dever cumprido”. Este sentimento implica também uma forte culpabilização, reforçando o fracasso profissional. Por outro lado, traduz também o levantamento de um problema institucional: a morte contradiz a finalidade do Hospital.

- Falta de Resposta: o enfermeiro não sabe o que fazer com o doente em fase final de vida. Nem a herança cultural, nem a nossa educação o preparou para entender o lugar da morte. Não existem respostas adaptativas ou instrumentais. A comunicação com o doente em fase final é angustiante.

- Perturbação Interna: muitas vezes, o enfermeiro foge assustado, porque a situação desperta os seus próprios medos e inadequações, encontrando-se apreensivo, devido à possibilidade de experimentar sofrimento.

Os profissionais de enfermagem relatam que, muitas vezes, não estão preparados para assistir à presença da morte, pois ela desperta sentimentos de fracasso e tristeza, pois eles convivem no seu cotidiano com o desafio de preservar a vida.

Por outro lado, os avanços tecnológicos da medicina e da farmacologia podem despertar, nestes profissionais, o desejo de ser o herói, ou seja, o desafiador da morte.

Embora de modo inconsciente, a negação da morte é a principal acção defendida pelas instituições e pelas suas equipas de saúde. O hospital, por meio de sua equipa de profissionais, tende a estimular o paciente a manter-se na fase negativa, porque isso os protege, evitando que se envolvam e que tenham que encarar os seus próprios sentimentos e frustrações, ou de comunicar entre si expondo limitações, e com a família, relatando a situação. Assim, quando alguém morre num hospital, o corpo é rapidamente retirado do local para não chocar as pessoas, pois neste ambiente os pacientes não morrem: expiram (KUBLER-ROSS, 1975).

Os doentes terminais incomodam os profissionais da saúde, pelas suas atitudes de revolta, de dor, por suas exigências ou porque eles dão as costas à vida, desistindo de viver, KOVÁCS (1991). Na verdade, a formação dos profissionais de saúde enfatiza a cura, o retorno ao ambiente domiciliar, o controle das doenças crónicas, quando, na verdade, são negligenciados conteúdos como o processo de morrer, dentro de outros, pois estes frustram os profissionais que estão preparados para os êxitos e não para as perdas, que podem soar como insucesso (KLAFKE, 1991).

Para os enfermeiros, cuidar dos doentes terminais, mantê-los limpos, confortáveis e sem dor é uma das tarefas mais difíceis, pois na sua formação, em geral, são enfatizados os aspectos técnicos da profissão em detrimento das questões ligadas à emoção, principalmente as causadas pela morte. O enfermeiro é quem está próximo do doente nos momentos mais difíceis do seu viver; é quem o doente procura para conversar sobre os seus temores, anseios, expectativas, sonhos ou medos, inclusive sobre a morte; é, também, quem está ao lado da família, aparando-a e ajudando-a a lidar com os seus sentimentos, dúvidas, angústias, temores, pois quando o doente falece é o enfermeiro quem toma as primeiras providências.

As questões mencionadas traduzem a importância do tema ser incluído e abordado nos currículos de enfermagem e demais profissões da área da saúde desde o início do curso, de forma a instrumentalizar os profissionais a lidar com estes aspectos subjectivos e, por vezes, dolorosos, mas que são inerentes à profissão.

As instituições de ensino dão ao tema morte, uma visão errónea, ou seja, grande parte de nossas escolas, devido a uma distorção curricular, está unicamente preocupada em qualificar pessoas aptas para curar, tratar e prolongar a vida, porém, bem pouco aptas para assistir psicológica e humanamente a doentes que não se vão recuperar. Em consequência disto, os médicos e os enfermeiros encontram-se tão despreparados quanto a maior parte dos leigos e, desta forma, transmitem inevitavelmente aos moribundos e a seus familiares a impressão de abandono à dor e à solidão.

Na minha prática profissional, percebo que lidar com o doente em fase terminal, o agonizante ou em estado grave, requer dos profissionais da área da

saúde uma preparação que não é devidamente desenvolvida nas escolas, ou quando ocorre, este assunto é abordado rapidamente e de forma superficial, enfocando a parte prática, sem dar a devida importância ao subjectivo, ao rito e ao mito que envolve este processo. Isto faz com que os profissionais de saúde sejam colocados no mercado de trabalho pouco preparados e com escasso conhecimento para enfrentar esta ocorrência. Assim sendo, quando estes profissionais têm de enfrentar a morte em seu quotidiano de trabalho, muitas vezes fogem, demonstrando falta de envolvimento e frieza, permitindo que as famílias os julguem de forma negativa pelo inadequado cuidado e apoio recebidos.

HAMPTON (1995), no que se refere à transmissão da verdade existem grandes controvérsias e divergências, na medida em que alguns enfermeiros defendem que a transmissão da verdade é fundamental, pois só assim se acabam com as indefinições e angústia e outros há que julgam que a verdade é problemática e que desencadeará situações conflituosas, podendo alterar a qualidade durante o processo de morrer. A instabilidade da equipa de saúde induz, nos diferentes elementos da equipa, a falta de respostas para as diferentes situações e questões que os doentes lhe colocam.

HILL (1992) considera que o doente tem o direito à verdade, mas esta deverá possibilitar a definição das situações pessoais e sociais, ajudar a assumir a vida e a encarar a eventualidade da morte.

HAMPTON (1995) em seu entender diz que os enfermeiros têm de aceitar falar com o doente sobre o que ele tem, o que sabe e o que pensa. O contacto com o padecente deverá levar à descoberta sobre o que este quer saber, como e quando pretende obter essa informação, proporcionar a oportunidade para que

este coloque as suas dúvidas e os seus medos. As questões segundo este mesmo autor devem ser respondidas sem evasão e sem hesitação, com verdade, mas também com esperança.

Aqueles que acompanharam os momentos derradeiros de um doente e souberam utilizar estes instantes para buscar o conforto físico/psicológico/espiritual, ambiente adequado, a proximidade dos familiares, apertaram-lhe as mãos, proferiram frases curtas e nítidas, orientaram os familiares quanto a evitar comentários desagradáveis e excessivos choros próximos ao paciente, puderam de facto apoiar os familiares e demonstrar a sua presença efectiva como pessoa e como profissional. Enfim, aqueles que deram oportunidade para que os familiares se manifestassem e expressassem seus sentimentos, suas inquietações e suas revoltas (muito semelhantes àquelas expressas pelo doente durante as fases da morte), assim como as do doente, demonstrarão a tranquilidade em dizer que estiveram de facto ao lado do paciente e seus familiares até o fim e os cuidaram de forma humana e integral.

Viver esta realidade nas instituições de saúde não é tarefa fácil, entretanto deve-se actuar de forma consciente, ética e responsável, contribuindo para a transformação de comportamentos e postura em relação ao doente terminal e às suas famílias.

FREI BERNARDO (1998) diz que felizmente, chegou a hora da mudança e são as próprias equipas clínicas, a organização hospitalar, a humanização da saúde, a exigir a ressocialização da morte: Uma nova relação dos técnicos com o doente terminal, a inserção da família, aquando da precipitação do inevitável. A presença humana, os cuidados paliativos e a medicina de compaixão, juntamente com a ternura dos familiares, a dar a mão, a dizer expressões de

carinho, convertem em tempo de comunhão o momento da morte, naturalmente a hora mais importante da Vida.

Nossas acções como enfermeiros devem então face ao exposto envolver os demais elementos integrantes do processo, buscando sensibilizá-los para cuidar de forma integral e humanizada, tanto o doente em fase terminal/grave bem como as suas famílias e sua rede de relações.

## **CONCLUSÃO**

A morte é considerada a última etapa da vida, porém raramente se pensa nela, negando a certeza de que algum dia teremos de enfrentá-la. Isto talvez ocorra pelo medo do desconhecido, pela sensação de perda, de separação daqueles que se ama.

Entretanto, há necessidade de se encarar a morte como uma fase do nosso processo existencial, o qual deve ser vivido da forma mais harmónica e digna possível, vivendo todos os seus estágios.

O enfermeiro e os demais profissionais de saúde devem conhecer e compreender os estágios pelos quais passam os doentes em fase terminal/graves e os seus familiares para desenvolver as suas acções de forma integral, particularizada, humanizada e compartilhada. Para que isso ocorra com qualidade e resolutividade, deve-se ter uma postura de compromisso com a ética, com o respeito à individualidade, com o saber ouvir e calar quando vital calar e escutar. É importante ainda ter a percepção e compreensão dos momentos difíceis e manifestados pela comunicação verbal e não verbal, procurando actuar em equipa, atendendo o doente e seus familiares com discrição e competência, fazendo-os reconhecer nas acções de enfermagem o

suporte e apoio de que necessitam nestas horas difíceis. Enfim, fazer a diferença no cuidar do indivíduo e sua família.

Assim, os profissionais da saúde devem constantemente buscar uma preparação específica, pois esta situação exige acções que envolvem outros conhecimentos, como os da esfera social, afectiva e humana, além dos técnico-científicos. Este processo de cuidar dos doentes em fase terminal/graves e seus familiares requer dos profissionais um maior envolvimento biopsicossocial, cultural e espiritual, pois este rito de passagem está envolto em mitos, muitas vezes, expressos subjectivamente. Considerando que trabalhar com a morte é lidar com o inesperado, com o impacto, com o rompimento de vínculos estabelecidos (profissionais, pessoais e familiares), é reconhecer que ela é um acontecimento inexorável em todas as existências, porém cercado de um enorme mistério, ocorrerá a consciencialização da importância da acção dos profissionais de saúde nesta ocorrência da vida.

Para que os profissionais de enfermagem e os demais profissionais das diferentes áreas da saúde possam desenvolver suas acções com competência, eficácia e sensibilidade, devem ser preparados para enfrentar esta situação. Portanto, as escolas devem ter o compromisso da sua formação, ensinar-lhes a lidar com doentes terminais e seus familiares, não só dando ênfase ao conhecimento teórico-prático visível, mas também o subjectivo. Este último, muitas vezes fornece informações importantes para melhor enfrentar o encontro e a vivência da finitude e proporcionar cuidados de qualidade aos envolvidos, contemplando o atendimento de inúmeras necessidades

manifestas verbalmente ou não, mas presentes nestas situações de transição vida/morte.

Portanto, actuando como profissionais da saúde junto a doentes e familiares na vivência do processo de morrer, deve-se ter a disponibilidade e sensibilidade para perceber suas vulnerabilidades, acolhendo-os e atendendo-os de modo particular e único. Transpor as barreiras impostas pela cultura ocidental, que nega a morte em inúmeras situações, e pelas dificuldades estabelecidas pelas instituições de saúde, é um desafio.

SERRA (1991) diz: “nem todas as mortes podem ser completamente adequadas, mas as condutas mais tranquilizadoras podem ser facilitadas, permitindo melhorar mortes potencialmente dolorosas...”.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BURUCOA, B. – **Alternative à L' Euthanasie pour une Sedation Vigile non euthanasiante**. Vaison la romaine, Strasbourg, 1994.

FREI BERNARDO, O.P. – **Morrer com Dignidade**. Arquivos de Medicina - Revista de Ciência e Arte Médicas. Vol.12, Nº 4, 1998, p. 254-256.

HAMPTON, C. A. – **Transição chamada Morte**. Lisboa, Ed Pensamento, 10ª ed, 1995, p. 42-45. ISBN 85-315-0678-X

HILL, F. – **Cuidar de doentes terminais**. Revista Nursing, nº 50, março, Lisboa, 1992.

Martins G. – **Laços atados: a morte do jovem no discurso materno**. Curitiba: Moinho do Verbo; 2001.

MORIN, E. – **O homem e a morte** 2ª Edição, Publicação Europa-América, Men Martins, 1976.

PINTO, F. – **O Direito de Morrer**. Servir, vol. 36, Nº 1. Lisboa, 1998, p. 2-6.

KUBLER-ROSS. E. – **Morte estágio final da evolução** - São Paulo, 1975.

LACERDA M. – **O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem**. Santa Maria: Vidya 1999.

KLAFKE TE. – **O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia**. In: Cassorla R M S (org) Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991, p. 25-50.

KOVÁCS MJ. – **Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde**. In: Cassorla RMS (coordenador). Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1ª ed 2003, p. 154-155. ISBN 85-7396-286-0

KOVÁCS MJ. – **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 5ª ed 2008, p. 197-210. ISBN 85-85141-21-2

KUBLER-ROSS. E. – **Morte estágio final da evolução**. São Paulo, 1975.

PINCUS L. – **A família e a morte: como enfrentar o luto**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.

SERRA, V. et al – **Reacções emocionais à doença grave: como lidar**. ... Ed. Clínica psiquiátrica dos H.U.C., Coimbra, 1991.