



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

**DA REFLEXÃO À CONSECUÇÃO DO CUIDADO
ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM**

**FROM REFLECTION TO THE ATTAINMENT OF THE
NURSING SPECIALIST CARE**

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em
Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Por
Simão Pedro Pereira da Silva

Porto - 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

**DA REFLEXÃO À CONSECUÇÃO DO CUIDADO
ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM**

**FROM REFLECTION TO THE ATTAINMENT OF THE
NURSING SPECIALIST CARE**

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em
Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Por
Simão Pedro Pereira da Silva

Sob a orientação da Mestre Patrícia Coelho

Porto - 2016

Resumo

No âmbito do Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, surge este relatório que incide sobre os módulos de estágio desenvolvidos no Serviço de Urgência (Módulo I) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (Módulo II) do Hospital de Braga e na Assistência Pré-Hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica (Módulo III). Teve por base a análise crítica, reflexiva e descritiva das atividades que foram sendo desenvolvidas, bem como das competências adquiridas ao longo de todo o percurso académico teórico e prático, surgindo também como instrumento de avaliação.

A metodologia selecionada para a elaboração deste relatório foi a metodologia descritiva e reflexiva, que condensou a pesquisa realizada com a teoria abordada nas aulas, e que foi também pautada pelas experiências profissionais e pessoais. Este método identifica e caracteriza as intervenções desenvolvidas e reflete as dificuldades sentidas durante o processo, bem como as estratégias selecionadas para a sua superação. A organização deste documento foi definida pelas competências que foram adquiridas ao longo deste percurso, sendo estas enquadradas nos domínios de competência do enfermeiro especialista, definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Os locais de estágio revelaram-se como potenciadores/facilitadores de aprendizagem, de aquisição e consolidação de conhecimentos que permitiram enquanto futuro enfermeiro especialista elevar a qualidade da prática de cuidados e alcançar a excelência

A reflexão crítica sobre a prática funcionou neste processo de aprendizagem como um elemento de junção entre a identidade profissional e as experiências de aprendizagem. A mais-valia decorrente desta reflexão permanente foi transversal a todas as áreas e foi a base da consciencialização das dificuldades, das estratégias adotadas e dos contributos permanentes para o crescimento pessoal e profissional. Esta articulação permitiu despoletar processos de aprendizagem e superação de dificuldades, bem como aquisição de competências preconizadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Este estágio contribuiu para a aquisição de competências no âmbito científico, metodológico e profissional, possibilitando uma prática especializada assente no profundo respeito pelos princípios éticos, deontológicos e sociais. O estágio mostrou-se uma oportunidade de evoluir no âmbito do cuidado de enfermagem, que se pretende fundamentado, dinâmico e direcionado ao doente alvo de cuidados.

Palavras-chave: Enfermeiro; especialista; cuidados de enfermagem; doente crítico.

Abstract

Under the Post-Graduate course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, this report focuses on the training modules developed in the Emergency Department (Module I) and Multipurpose Intensive Care Unit (Module II) of the Braga Hospital and Pre-Hospital Care of the National Institute of Medical Emergency (Module III). It is based on the critical, reflective and descriptive analysis of the activities that have been developed, in conjunction with the skills acquired throughout the theoretical and practical academic career, besides being an evaluation tool.

The methodology selected for this report is the descriptive and reflective methodology, which combined the research with the theory discussed in class, being also guided by both professional and personal experiences. This method identifies and characterizes the interventions developed and reflects the encountered difficulties during the process, and the strategies selected to overcome them. The organization of this document was defined by the skills acquired along this course, which are inclusive of the competence fields of a Specialist Nurse, defined by the Nurses Professional Body Association.

The internship sites were proved as enhancers / learning facilitators and of knowledge acquisition and consolidation, allowing as a future specialist nurse to elevate the quality of care practices and to achieve excellence.

The critical reflection on the practical work in this learning process has resulted as a connecting element between professional identity and learning experiences. The added value on this ongoing reflection was equivalent across all areas and was the basis of awareness of the difficulties, adopted strategies and permanent contributions to the personal and professional growth. This coordination allowed the triggering of learning and overcoming difficulties processes, as well as achieving the recommended skills for a specialist nurse in medical-surgical nursing.

This stage contributed to the acquisition of scientific, methodological and professional skills, providing a specialized practice based on deep respect for ethical and social principles. The stage proved to be an opportunity to evolve in the context of nursing care, which must be based, dynamic and directed to patient care.

Keywords: Nurse; specialist; nursing care; critical patient.

«Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.»

Leonardo da Vinci

Agradecimentos

À professora Patrícia Coelho por todo o acompanhamento metodológico/pedagógico, e pelo apoio, incentivo e compreensão;

Aos enfermeiros tutores pela disponibilidade, partilha e confiança;

À professora Lúcia Rocha pela disponibilidade e apoio;

À Vera Bastos por todos os dias ser a minha inspiração, por estar do meu lado sem me deixar desanimar e por me ajudar com a sua força a superar todos os desafios até os que parecem insuperáveis. Contigo a minha vida faz sentido;

À minha família pela dedicação e constância;

Aos amigos pela lealdade;

A todos, muito obrigado.

Lista de Acrónimos, Siglas e Abreviaturas

| | |
|-------|--|
| APH | Assistência Pré-hospitalar |
| ATLS | Advanced Trauma Life Support |
| BO | Bloco Operatório |
| CHMA | Centro Hospitalar do Médio Ave |
| CIPE | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem |
| CODU | Centro de Orientação de Doentes Urgentes |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| EEMC | Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica |
| EMC | Enfermagem Médico-Cirúrgica |
| IACS | Infeção Associada aos Cuidados de Saúde |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| INEM | Instituto Nacional de Emergência Médica |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| PCR | Paragem Cardiorrespiratória |
| REPE | Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem |
| SAV | Suporte Avançado de Vida |
| SBV | Suporte Básico de Vida |
| SIV | Suporte Imediato de Vida |
| SU | Serviço de Urgência |
| TAE | Técnico de Ambulância de Emergência |
| UCIP | Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente |
| UCISU | Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência |
| UCP | Universidade Católica Portuguesa |
| VMER | Viatura Médica de Emergência e Reanimação |

Índice

| | |
|--|-----|
| 1. Introdução: | 15 |
| 2. Caracterização dos locais de estágio | 19 |
| 3. Domínios de Competências Desenvolvidas | 23 |
| 3.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal | 24 |
| 3.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade..... | 33 |
| 3.3 Domínio da gestão dos cuidados..... | 48 |
| 3.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais | 55 |
| 4. Conclusão..... | 63 |
| 5. Referências Bibliográficas | 67 |
| 6. Apêndices..... | 71 |
| Apêndice I: Guia de orientação para a elaboração de estudo de caso..... | 73 |
| Apêndice II: Preparação do regresso a casa | 117 |
| Apêndice III: Formação Úlceras de Pressão..... | 151 |
| Apêndice IV: Proposta de Melhoria Sistema de Registo B-Simple | 201 |
| Apêndice V: Enfarte Agudo do Miocárdio – Análise Estatística na Viatura Médica de Emergência e Reanimação | 223 |

1. Introdução:

No âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), surge a elaboração deste relatório, que tem por objetivo a análise crítica, reflexiva e descritiva das atividades que foram sendo desenvolvidas, bem como das competências adquiridas ao longo de todo o percurso académico teórico e prático, surgindo este também como instrumento de avaliação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), enfermeiro especialista é o enfermeiro a quem o título de especialista foi atribuído e que detém competência técnica, científica e humana para intervenções gerais e também intervenções específicas na área para a qual se especializou. *(Lei nº 156/2015 16 de Setembro, 2015)*

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) desenvolve a sua atividade com base num corpo de conhecimento específico que lhe permite um olhar crítico-reflexivo sobre a prática assistencial.

As competências do enfermeiro especialista em EEMC envolvem dimensões como educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade interpretar, divulgar e executar investigação relevante para o desenvolvimento da melhor prática de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

O estágio desta especialidade contemplou três módulos. O módulo I que decorreu no serviço de urgência (SU) do Hospital de Braga, o segundo relativo ao módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga e o terceiro, módulo III, referente à Assistência Pré-Hospitalar (APH) foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) Delegação Norte.

O módulo I do estágio foi realizado, no período de 9 de Novembro de 2015 a 20 de Janeiro de 2016, com um total de 180 horas de contacto. O SU visa o atendimento a situações urgentes e emergentes, em situação de trauma, doença súbita ou agravamento do estado de saúde. A atuação do enfermeiro especialista em EMC, integrado neste serviço, visa o atendimento ao doente que recorre ao SU, a atuação em contexto de sala de emergência e a integração na equipa de emergência intra-hospitalar. O interesse pela escolha deste campo de estágio deveu-se ao facto de este ser um serviço polivalente, integrado um hospital central, que abrange uma área de 1.2 milhões habitantes. Identifiquei a polivalência deste SU como uma

oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na assistência ao doente crítico nomeadamente nas áreas de trauma, neurocirurgia, cardiologia e neurologia.

O módulo II foi realizado no período compreendido entre 14 de Setembro e 7 de Novembro de 2015, com um total 180 horas. A UCI é uma unidade polivalente, semifechada e inserida num hospital central, que presta cuidados a doentes adultos com critérios de gravidade e necessidade de vigilância contínua, quer sejam do foro médico ou do foro cirúrgico. Esta unidade possui 12 camas, sendo que 4 são para isolamento. É uma unidade com o mais alto nível de recursos humanos e materiais, com capacidade de prestar cuidados de alta competência e qualidade, o que me suscitou grande interesse pelas inúmeras oportunidades de aprendizagem que me permitirá enquanto futuro enfermeiro especialista, nomeadamente na abordagem ao doente politraumatizado, neurocirúrgico em falência multiorgânica.

Por fim, o módulo III, decorreu no INEM – Delegação Norte. O INEM é o organismo cuja responsabilidade é coordenar todo o processo que envolve a APH. Este módulo de estágio decorreu no período compreendido entre 27 de Abril de 2015 e 20 de Junho de 2015.

Este módulo teve por base diferentes meios de assistência. Foi possível intervir ativamente em ocorrências integrado na equipa da Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), às quais pude dedicar 84 horas do estágio. Tive também oportunidade de integrar a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), com dedicação de 72 horas, que foram especificamente realizadas na VMER de três unidades hospitalares. E por último, no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), o qual pude acompanhar o funcionamento durante 5 horas. Todas estas áreas permitiram identificar os possíveis papéis que o enfermeiro pode adquirir na APH.

Este relatório irá iniciar-se por uma breve caracterização dos locais de estágio, seguindo-se da análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas, especificamente no que concerne à responsabilidade profissional, ética e legal; seguindo-se do domínio da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e da aprendizagem profissional. Por fim, seguir-se-ão as conclusões e apêndices que irão incluir os trabalhos que foram sendo realizados no decorrer do estágio.

A metodologia selecionada para a elaboração deste relatório foi a metodologia descritiva e reflexiva, que condensou a pesquisa realizada com a teoria abordada nas aulas, e

que foi também pautada pelas experiências profissionais e pessoais. Este método mostra-se o mais indicado, na medida em que identifica e caracteriza as intervenções desenvolvidas e reflete as dificuldades sentidas durante o processo, bem como as estratégias selecionadas para a sua superação.(Fortuna, G, 2012).

O relatório visa a consecução dos seguintes objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas com interesse na área de EEMC;
- Analisar de forma crítico-reflexiva a prática desenvolvida;
- Fundamentar a reflexão sobre a prática;
- Desenvolver a aquisição de competências, através da descrição das atividades desenvolvidas e da identificação de situações problema e desenvolvimento de soluções eficazes;
- Obter o grau de mestre em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

Por fim, permanece a expectativa de que este trabalho permita refletir de forma aproximada o meu percurso durante o estágio, e que transpareça a forma proveitosa como foi experienciado, tendo em consideração os quatro grandes domínios de desenvolvimento do EEMC. Sendo que, os conhecimentos que me permitiu adquirir ou maturar certamente contribuiram já para o meu sustentado desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista.

2. Caracterização dos locais de estágio

Neste capítulo pretende-se fazer a contextualização de cada campo de estágio, de forma a ser perceptível a dinâmica de trabalho, as equipas que os compõem e o espaço físico que os caracterizam.

Modulo I – Serviço de Urgência

O SU é uma unidade polivalente, que cuida de doentes de várias faixas etárias, dispondo de urgência de adultos e pediátrica, atuando no atendimento a doentes urgentes e emergentes nas mais variadas áreas médicas e cirúrgicas. De entre as áreas cirúrgicas este SU não possui a valência de neurocirurgia pediátrica e cirurgia cardiotorácica. Nestas situações os doentes são transferidos para o hospital de referência, Centro Hospitalar S. João – Porto, sendo que estas valências estão previstas para implementação a curto prazo no Hospital de Braga.

Estas unidades possuem recursos humanos altamente diferenciados e experientes, nomeadamente médicos e enfermeiros especialistas em presença física 24h/dia, e possibilidade de acesso a meios complementares de diagnóstico/monitorização e terapêutica. Tendo por base a triagem de prioridade, tem como objetivo a organização dos cuidados em função do respetivo grau de urgência. Possui instituídas as vias-verde AVC, coronário e sépsis.

Este serviço disponibiliza oportunidade para a realização de atividades de investigação científica, assim como, colabora no ensino pré e pós-graduado.

O rácio mínimo de enfermagem no SU do Hospital de Braga é de onze elementos em todos os turnos, podendo a equipa ser reforçada de acordo com a afluência com mais dois elementos. Os profissionais encontram-se organizados por equipas que asseguram a assistência, funcionando a unidade ininterruptamente ao longo de todo o ano. Na ausência do enfermeiro chefe, o enfermeiro especialista responsável de cada equipa fica como responsável de turno e tem a responsabilidade de para além de prestar cuidados, fazer a gestão do serviço.

Este SU abrangem uma população de um milhão e duzentos mil habitantes, tanto de meios urbanos com de meios rurais, sendo também hospital de referencia para os SU médico-cirúrgicos e básicos da sua área de influencia.

Modulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP é uma unidade aberta polivalente de grau III, que cuida de doentes com critérios de gravidade, que ameaçam a vida e que após a passagem da fase aguda, são potencialmente reversíveis. É uma unidade polivalente, semifechada e inserida num hospital central, que presta cuidados a doentes adultos com critérios de gravidade e necessidade de vigilância contínua, quer sejam do foro médico ou do foro cirúrgico. Esta unidade possui 12 camas, sendo que 4 são para isolamento.

Para além dos doentes (médicos e/ou cirúrgicos,) do próprio hospital com indicação de internamento, esta unidade recebe também doentes transferidos de outros hospitais.

O rácio mínimo de enfermagem na UCIP é de 1 enfermeiro por cada dois doentes, tendo a unidade uma capacidade máxima de 12 doentes. Os profissionais encontram-se organizados por equipas que asseguram a assistência, funcionando a unidade de forma ininterrupta.

O período de visitas decorre entre as 16.30-17.30h podendo entrar 2 visitas, e entre as 19.00-19.30h podendo entrar apenas uma visita. As informações sobre os doentes são comunicadas presencialmente pelo médico após o final do primeiro período de visitas.

Esta unidade utiliza índices de avaliação dos doentes que permitem identificar o grau de gravidade. O Índice de Gravidade *Simplified Acute Physiology Score*, que varia entre 0-163, sendo que os doentes com maior score apresentam maior taxa de mortalidade, os dados são recolhidos até 24h após o internamento na unidade e *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* – que varia entre 0-4 e é habitualmente aplicado nas primeiras 24h de internamento e permite identificar o risco de morte.

A escolha deste local de estágio tem por base o potencial de aprendizagem que uma unidade com este elevado grau de diferenciação pode proporcionar na área da EEMC. Na assistência ao doente crítico é exigido do EEMC, pela sua formação, uma particular capacidade de contribuir para a melhor assistência, baseada nos mais avançados conhecimentos e no respeito pelos princípios sociais, éticos e deontológicos. Esta realidade surge assim como uma oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem que é essencial neste processo de estágio.

Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

A APH apresenta-se como uma área específica da saúde, cujo âmbito se direciona na totalidade para a emergência em saúde. Pelo que, exige dos profissionais um amplo conhecimento teórico e prático em consonância com uma vasta experiência profissional.

Em 1981, foi instituído em Portugal o Sistema Integrado de Emergência Médica, constituído por diferentes entidades cujo objetivo passa por prestar assistência em situações de emergência em saúde (Bombeiros, Cruz Vermelha, INEM, Policia de Segurança Publica, Guarda Nacional Republicana, Hospitais e Centros de Saúde), sendo a responsabilidade de coordenação do INEM.(Instituto Nacional de Emergência Médica, 2015)

O número de contacto de emergência a nível europeu é o 112, o atendimento primário é efetuado pela Policia de Segurança Publica que procede à triagem da chamada e no caso de corresponder a uma ocorrência de saúde compete a este o encaminhamento da mesma para o CODU.(Ibidem)

Existem quatro centrais CODU– Porto, Coimbra, Lisboa e Faro, em funcionamento permanente. O atendimento no CODU tem por objetivos: triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro, este processo é efetuado por profissionais capacitados para o efeito (Médicos, Psicólogos e Técnicos de Operações de Telecomunicações). (Ibidem)

O CODU seleciona o meio de socorro a enviar, mediante a proximidade e a gravidade da ocorrência, e para isso tem à sua disposição vários meios diferenciados (Ibidem):

- Ambulâncias de Socorro: estão distribuídas pelas localidades a nível nacional, encontrando-se sediadas em corporações de Bombeiros e/ou Cruz Vermelha Portuguesa.
- Ambulância de Emergência Médica: São tripuladas por dois técnicos de emergência médica (TAE) do INEM, e encontram-se sediadas em bases do próprio INEM.
- Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV): Estas são tripuladas por um enfermeiro e um TAE, encontram-se sediadas em unidades de saúde, podendo encontrar-se em regime de integração (com equipa composta por enfermeiros do INEM e da instituição de saúde) ou no regime de não integração (encontrando-

se tripuladas unicamente por enfermeiros do INEM). Pelo que, têm a capacidade de proceder a técnicas invasivas, com possibilidade de administração terapêutica (sob protocolos de supervisão clínica).

- Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER): consiste num veículo de emergência, cujo objetivo é transportar de forma rápida uma equipa médica ao local da ocorrência. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro, e a sua atuação poderá incluir Suporte Avançado de Vida (SAV). A base da VMER encontra-se sempre a nível Hospitalar.
- Motociclos de Emergência Médica: São tripuladas por um TAE e têm a vantagem de sendo um transporte pequeno e ágil, terem a capacidade de se moverem de forma facilitada e chegar rapidamente ao local.
- Helicópteros: A tripulação deste meio consiste em um médico, um enfermeiro e dois pilotos. O objetivo dos Helicópteros passa por realizar o transporte de doentes graves entre unidades hospitalares e/ou entre o local da ocorrência e a unidade hospitalar.

3. Domínios de Competências Desenvolvidas

Ao longo deste capítulo considero pertinente refletir sobre todo o percurso de estágio, tendo em consideração os objetivos que foram propostos, as atividades que realizei para os atingir, que dificuldades encontrei no decorrer do processo, que estratégias adotei com o intuito de as superar e por fim as competências que me foram possíveis adquirir e desenvolver.

Assim, este relatório pretende descrever de forma crítica e fundamentada as atividades desenvolvidas neste módulo de estágio que de alguma forma concorreram para o aperfeiçoamento ou aquisição de competências em quatro domínios. A OE através do regulamento das competências do enfermeiro especialista entende “*domínios de competência como uma esfera de ação que compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante a um conjunto de elementos agregados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pag3). As competências encontram-se divididas em quatro domínios: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio da melhoria contínua da qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Esta aquisição de competências está inerente à definição de enfermeiro especialista sustentada pela OE, em que este é “*o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas a um campo de intervenção especializado*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pag 1)

Pretendemos assim, relacionar competências adquiridas com um domínio específico das competências do enfermeiro especialista, com o objetivo de apresentar de forma clara e organizada o percurso realizado em cada módulo de estágio.

3.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem enquanto disciplina e profissão, com um corpo de conhecimentos de base científica e técnica, ocupa um lugar impar na sociedade. A atuação do enfermeiro rege-se por princípios éticos e legais, que são cruciais para a correta prática assistencial ao doente/família.

Assim, a necessidade de rigor ético que cada enfermeiro possui, implica a busca constante de conhecimento específico. Os princípios básicos pelos quais qualquer profissional se rege, dizem respeito à autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, e procuram garantir sempre o respeito pela dignidade humana.

Atendendo ao campo de ação deste domínio, neste estágio, destaco as seguintes **atividades desenvolvidas**: prestar cuidados no respeito dos limites sociais, deontológicos e éticos; gerir e interpretar informação proveniente da formação e da investigação; demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática; abordar questões complexas relacionadas com o cliente e família; prestar cuidados tendo em atenção o respeito pelos valores, costumes e crenças do doente/família

Modulo I – Serviço de Urgência

Os cuidados prestados no SU pelo enfermeiro especialista, revestem-se de particularidades no que respeita à humanização dos cuidados e salvaguarda da dignidade da pessoa, na medida em que os doentes se encontram em situação de grande vulnerabilidade, e cabe enfermeiro o zelo pelo seu bem-estar e proteção. Tendo em consideração os princípios da justiça, respeito e igualdade no direito à vida e qualidade da mesma, independentemente da envolvimento, é obrigação do enfermeiro especialista zelar pela observância dos mesmos na prática assistencial, de acordo com o disposto nos 99º e 103º artigos do Código Deontológico do Enfermeiro (*Lei nº 156/2015 16 de Setembro*)

A atuação em contexto de SU levanta inúmeros desafios no que se refere ao juízo e fundamentação dos cuidados prestados e na sua responsabilidade social e ética. O facto de ser um serviço com grande potencialidade de casos graves e de abordagem complexa, exigem do enfermeiro especialista um vasto saber, para uma tomada de decisão fundamentada e segura.

Atendendo ao domínio de competência em questão, uma das experiências que me suscitou reflexão foi relativa à assistência aos doentes que davam entrada vítimas de intoxicação (etífica ou medicamentosa). Estive envolvido em várias situações de assistência a doentes que deram entrada por intoxicação etífica, e nestas situações é frequente os doentes apresentarem quadros de agressividade e agitação psicomotora. Num desses casos, o doente encontrava-se agitado e verbalizava recusa a todos os procedimentos e tratamentos propostos, e exigia que lhe fosse autorizada a saída do SU. De acordo com os direitos dos doentes internados (*Lei nº 15/2014 de 21 de Março*), o doente, de forma livremente e esclarecida, foi-lhe permitido dar ou recusar o seu consentimento para qualquer intervenção.

Nesta situação o estado de intoxicação etífica do doente não lhe possibilitava estar em plenas capacidades para ajuizar sobre a sua situação de saúde. Atendendo a esta situação problema, decidi encetar um esforço no estabelecimento de uma comunicação mais próxima e pela argumentação e esclarecimento conseguir o seu consentimento para a prestação dos cuidados, mas não se revelou eficaz. Como o doente, pela sua agitação, representava um perigo para a sua integridade física e para os restantes doentes da unidade onde estava internado, foi decidido em equipa multidisciplinar proceder a contenção física, e tratamento farmacológico com vista à diminuição da sua agitação.

Passada uma hora e aparentemente mais calmo, tive oportunidade de voltar a tentar conseguir o seu consentimento para a realização dos cuidados de saúde, desta vez consentiu. No final do turno e passadas já 6 horas após a admissão do doente, e com este aparentemente no seu estado de consciência normal, não se recordava do período de agitação, nem dos procedimentos que foram realizados. Contudo desculpava-se do seu comportamento e agradecia os cuidados que lhe prestamos.

Nesta situação, o juízo da equipa e a decisão dos cuidados baseou-se no consentimento presumido com base no princípio de beneficência, ou seja, a atuação da equipa teve por base a intenção de agir em benefício do doente. O princípio da beneficência estabelece esta intenção, de atuar em benefício do outro, como uma obrigação moral (Beauchamp, T., & Childress, J., 1994).

Outra das situações problema que me surgiu no âmbito deste domínio, foi a necessidade de gestão de prioridades. O SU passa ao longo do dia por inúmeras situações de pico de afluência, com as necessidades de cuidados a ultrapassarem largamente a capacidade de

resposta. Nestas situações, é exigido à equipa que seja capaz de estabelecer prioridades e seja o mais eficaz possível na assistência.

Neste contexto vi-me obrigado a permanentemente realizar uma priorização de cuidados e a manter uma constante revisão destas prioridades para, por um lado providenciar os melhores cuidados, e por outro, no sentido da responsabilidade profissional, responder de forma eficaz a todas as solicitações.

Neste tipo de situação enquanto futuro enfermeiro com EEMC, sinto ainda mais a importância da avaliação e reavaliação dos cuidados de enfermagem nas suas vertentes de estrutura, processo e resultados. Só com uma sólida base de conhecimentos o enfermeiro especialista pode ajuizar sobre a eficácia e eficiência da sua atuação e dos cuidados que presta ao doente. De acordo com o artigo 100º alínea c do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos. (*Lei nº 156/2015 16 de Setembro*).

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na humanização dos cuidados e na gestão interdisciplinar da relação com o doente e família. Durante uma ativação da sala de emergência, estive envolvido na assistência a um doente de 53 anos de idade, transferido do hospital de Viana do Castelo, por enfarte agudo do miocárdio. Vinha com informação de ter apresentado duas paragens cardiorrespiratórias (PCR) presenciadas e revertidas no hospital. Este doente foi encaminhado para a hemodinâmica, não tendo sido possível a revascularização coronária.

Voltando à sala de emergência o médico responsável pela sala comunicou à família o resultado do procedimento e a irreversibilidade da situação. Apercebi-me então, que o médico não estava a ponderar deixar a família entrar na sala de emergência e percebi também que a família não teria assimilado bem a informação transmitida. Nesse sentido e atendendo aos benefícios, já comprovados pela literatura (McClement, S. et al, 2009 & Compton, S. Fernandez, R. 2014), relativos à presença da família durante as manobras de reanimação, decidi conjuntamente com o enfermeiro tutor solicitar e motivar a equipa para deixar entrar a família na sala de emergência.

Após a entrada da família percebi que não estavam realmente esclarecidos sobre a gravidade da situação. E quando os abordei na sala, começaram a expor dúvidas sobre o prognóstico e sobre a situação. Desta vez, o médico voltou a explicar a situação conjuntamente

comigo, sentimos necessidade então de trazer novamente o filho e a nora do doente para a sala de espera da sala de emergência (uma pequena sala anexa à sala de emergência e separada da sala de espera geral) para que se pudessem sentar e esclarecer todas as dúvidas relativamente à situação. E as dúvidas eram se realmente tinha sido feito tudo o possível? Se ele estava a sofrer? Se ele ainda estava vivo ou se já tinha morrido? Se poderia manter-se ligado ao ventilador?

Após este esclarecimento e certos da irreversibilidade da situação, entraram para acompanhar o doente e se despedir, tendo este falecido 40 minutos depois. Julgo que esta situação fez toda a equipa multidisciplinar refletir sobre a situação, revelando que apesar de não ser uma situação habitual, a presença tão prolongada da família na sala, existiram benefícios e que mesmo eles tiveram de se adaptar à sua presença, mas que foi vantajosa para a família e para a equipa.

Modulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A atuação em contexto de UCIP levanta inúmeros desafios no que se refere ao juízo e fundamentação dos cuidados prestados. A gravidade do estado de saúde dos doentes e a complexidade dos cuidados prestados exigem do enfermeiro que a tomada de decisão seja fundamentada, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas. Neste sentido foram várias as situações em que a análise da situação do doente, na busca do planeamento do melhor cuidado, me levantou dúvidas. A conjugação de várias condicionantes (estado de saúde, recursos, ambiguidade de recomendações) levam a que por vezes a tomada de decisão seja complexa.

Experiei este desafio por exemplo, na assistência a um doente politraumatizado que foi admitido na UCIP após PCR já na sala de emergência do hospital. Este doente de acordo com a literatura tem indicação para a hipotermia terapêutica (Pinto, 2012; Feitosa, Sena, Guimarães, & Lopes, 2009).

Contudo, apresentava uma coagulopatia, sendo a hipotermia fator de agravamento desta condição (Nascimento, Scarpelini, & Rizoli, 2007). Perante estes dados e a necessidade de executar um plano de tratamento, o enfermeiro tem um papel preponderante no debate em equipa para a determinação dos cuidados, e deve também estar consciente da implicação da sua atuação para o sucesso dos mesmos. Nesta situação específica, os benefícios da hipotermia

sobrepõem-se à influência desta na cascata de coagulação, decisão que só uma opinião fundamentada pode tomar no respeito pela beneficência e não maleficência.

Existe sempre nestas deliberações a necessidade de manter uma permanente deliberação ética, com a equipa e com o doente/família, para que não se incorra em medidas que entrem em conflito com os princípios éticos na saúde.

Um outro caso que me suscitou reflexão social e ética, foi relativo a um doente que havia sido admitido na UCIP após uma tentativa de suicídio por enforcamento, após dois dias de deterioração do seu estado de saúde, e onde havia sido investido por parte da equipa grande esforço no apoio à família, são realizados testes de morte cerebral que confirmam a morte. É decidido pela equipa multidisciplinar, às 19:00 suspender medidas de suporte vital, e levantar-se a questão de quando o fazer. As duas opções seriam efetuar no imediato, ou contactar a família dando oportunidade de se despedirem.

Do ponto de vista clínico, o doente estava em morte cerebral e sem critério para ser dador de órgãos, não havendo por isso necessidade de manter por mais tempo as medidas de suporte vital. Mas do ponto de vista de enfermagem e sendo a família também ela um alvo de cuidados, havia todo o interesse em que fosse permitido à família um último contacto.

Temos assim, por um lado, um claro benefício em permitir à família estar perto do seu familiar beneficiando da despedida como etapa importante no processo de luto, mas temos por outro, a alocação de recursos (com elevado custo) e o atraso na disponibilização da vaga na unidade. (Pazes & Nunes, 2014)

Desta deliberação e atendendo à argumentação da equipa de enfermagem, foi possível um consenso: contactou-se a família que teve possibilidade de realizar uma visita fora do horário normal, e foram suspensas as medidas só após a visita das duas pessoas significativas (esposa e filha).

Esta foi uma discussão interessante, mas que gera muita reflexão, porque não existem certezas absolutas no que respeita a reflexão ética e social, e o melhor cuidado para esta família, implicou a utilização de recursos que podem a qualquer momento ser necessários para outros doentes. Sinto contudo, que não foi colocada em causa a capacidade de resposta da unidade porque existiam mais duas camas livres, e esta alteração representou um atraso de apenas 3 horas na suspensão das medidas de suporte vital.

A discussão de temáticas mais específicas, inicialmente geravam-me algum sentimento de insegurança, na medida em que a consciência de não dominar algumas delas me limitava a capacidade de participar. De acordo com o artigo 100º alínea c do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos. (*Lei nº 156/2015 16 de Setembro*)

Tive neste sentido, inúmeras oportunidades de experimentar situações de discussão construtiva em equipa, no sentido de determinar o plano de cuidados para os doentes, e realizar reavaliações constantes destes com vista à melhoria contínua e obtenção dos resultados esperados, potenciando a reflexão crítica e partilha.

Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

A atuação das equipas na APH reveste-se de enorme importância no que se refere a tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas. Desde logo, tratando-se de um ambiente extra-hospitalar, não se encontram garantidas as mesmas condições de segurança e privacidade que se verificam no meio hospitalar. Exemplo disto mesmo, foi uma situação em que estive com a equipa da VMER, envolvido no socorro a uma vítima de trauma. Tratava-se de um acidente de viação com um motociclo, e que pela sua cinemática (projeção da vítima de um viaduto, acabando por cair no telhado de uma garagem) condicionou lesões graves à vítima e atraiu a atenção das pessoas que passavam pelo local e dos próprios órgãos de comunicação social.

Esta situação levou-me a refletir sobre vários aspetos, desde logo o respeito pela intimidade e privacidade da vítima, dado que as atenções de todos estavam voltadas para aquela situação, a estratégia encontrada passou por colocar os bombeiros e polícia que se encontravam no local, a garantir um perímetro para que ninguém se aproximasse, pedindo-lhes que se posicionassem de forma a bloquear a visibilidade. A vítima entrou em PCR foram realizadas manobras de SAV, mas a vítima acabou por morrer no local, dadas as circunstâncias optou-se por coloca-la dentro de uma das ambulâncias para manter a sua privacidade, (para além de um fotografo existiam vários populares no local a tentar fotografar tudo o que se passava).

Enquanto enfermeiro, esta situação fez-me refletir sobre a importância do cumprimento do disposto no artigo 107º do Código Deontológico do Enfermeiro, onde fica patente a

importância de o enfermeiro respeitar a intimidade da pessoa, protegendo-a de intromissões na sua vida privada (*Lei nº 156/2015 16 de Setembro*).

Não só na situação anterior como em várias, foram diversas as vezes em que fomos abordados por pessoas estranhas à ocorrência, no sentido de obter informações. Algumas vezes por surpresa ou preocupação, mas outras senti serem apenas por curiosidade. Contudo, a simples comunicação entre equipas, que é de extrema importância para as manobras de socorro, pode ser o suficiente para que alguma informação seja percebida por terceiros. Esta foi uma preocupação que procurei manter, como forma de limitar a minha comunicação à necessária e ajustando a forma e os momentos de comunicação, para garantir o sigilo face à situação, no respeito pelo disposto no artigo 106º do Código Deontológico do Enfermeiro (*Lei nº 156/2015 16 de Setembro*)

A abordagem de situações complexas neste âmbito, potencia assim o desenvolvimento da consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais e novos, relacionados com o doente e com a família. Esta consciência só se mostra possível, fruto da reflexão e análise constante da atuação e dos desafios que esta coloca no dia-a-dia. Durante todo o estágio, a metodologia de “*debriefing*” com a restante equipa dos meios por onde fui passando, foi também um ponto importante de partilha e crescimento, criando oportunidade de troca de conhecimentos e de discussão de novas informações provenientes da literatura.

Uma temática que durante este estágio se mostrou alvo de reflexão foi relativa à presença de familiares ou pessoas significativas durante a prestação dos cuidados de socorro, principalmente nas situações de maior gravidade (como a PCR, ou o politraumatizado). Num dos primeiros turnos que realizei, a equipa foi chamada a dar resposta a uma situação de PCR, tratava-se de uma vítima do sexo feminino com 89 anos. Quando chegamos ao local estavam os bombeiros a realizar suporte básico de vida (SBV), e estava um filho da vítima dentro da divisão. Com a nossa chegada, os bombeiros pediram ao filho da vítima que aguardasse fora da divisão, este pedido gerou ainda mais ansiedade no filho que queria permanecer junto da mãe, e apercebendo-me disso pedi à equipa (medico/enfermeiro) se podia autorizar a sua permanência, dado que achava o procedimento mais correto.

A presença do familiar foi autorizada, e mostrou-se naquele contexto muito positiva em vários aspetos: o familiar teve parte ativa na decisão de interromper as manobras de reanimação que se mostraram ineficazes (depois de toda a equipa concordar com a decisão de interromper

as manobras, foi informado o filho que estavam esgotadas todas as alternativas viáveis de reanimação, e este aceitou que fossem suspensas); foi importante na redução da ansiedade porque viu que foram feitos todos os esforços na reanimação; por ter presenciado todo o processo foi um elemento essencial na transmissão da má notícia à restante família (sendo inclusive ele próprio questionado se teríamos feito tudo o que era possível).

Da reflexão que esta situação me gerou, senti necessidade de realizar alguma pesquisa bibliográfica direcionada a esta temática. Num estudo Canadano de 2009, dirigido a enfermeiros membros do *Canadá Association of Critical Care Nurse*, foram identificados os seguintes benefícios face à presença de familiares durante as manobras de reanimação: melhor aceitação da morte por parte dos familiares; maior consciencialização face aos esforços empreendidos pela equipa; maior envolvimento familiar permitindo a despedida. (McClement et al., 2009)

Num recente ensaio randomizado (Compton & Fernandez, 2014), que compara dois grupos, um onde foi usado o procedimento normal face à presença do familiar durante a reanimação (ou seja permitiam, se a família solicitasse), e outro grupo onde esta presença foi incentivada, chegaram às seguintes conclusões: Verificaram uma maior taxa de incidência de *stress* pós-traumático no grupo controle, face ao grupo de estudo; verificaram também um aumento significativo dos sintomas de ansiedade, no grupo controle face ao grupo de estudo; não foram encontradas alterações significativas quanto aos sintomas de depressão, nem nos *outcomes* relativos aos conflitos familiares e no *stress* da equipa multidisciplinar; a presença da família durante a reanimação está associada a uma ligeira mas significativa diminuição dos riscos psicológicos.

Todos estes dados, vêm de encontro à experiência que tive em contexto real, contudo, também salientam que é impreterível uma constante avaliação da situação, com vista a evitar que a presença dos familiares possa em algum momento condicionar o correto desenrolar das manobras de reanimação.

Na relação com os doentes e com a família, a comunicação representa um ponto essencial da assistência de enfermagem. No contexto da APH, esta comunicação requer especial atenção porque se encontra sujeita a variáveis muito específicas. Nas situações de emergência, o estado do doente, a repercussão do evento no doente e família, e a intromissão de terceiros (pela curiosidade, preocupação, etc.), geram ambientes onde a comunicação é difícil.

Do contacto que tive com as várias equipas, dos diferentes meios, percebi que cada uma desenvolve características específicas, ao nível da comunicação, de acordo com as exigências da sua atuação. Pude constatar que nas centrais CODU existia, por parte dos operacionais, uma perícia na condução da comunicação verbal, com uma clara destreza na interpretação de dados como o tom de voz (calma, em pânico, agitado, etc.) o ruído ambiente, a forma como quem faz a chamada descreve o que se passa. Todos estes dados levavam ao ajuste da comunicação do operador, para que conseguisse recolher os dados necessários mas também, providenciar as instruções para o pré-socorro.

No terreno com as equipas da SIV e da VMER senti que estas, atendendo à especificidade da comunicação em ambiente de emergência, para além do domínio da comunicação verbal, dominavam um conjunto de outras técnicas relacionadas com a linguagem não-verbal, que lhes permitiam comunicar eficazmente entre equipa (quase sem falarem) mas também usam todos os recursos da comunicação (verbal, não-verbal, para-verbal) para manterem o controlo das situações e interagirem eficazmente com os doentes e família.

A atuação ao nível deste domínio, tendo em conta as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas, foi de grande importância na consecução dos seguintes objetivos:

- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- **Comunicar aspetos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

No âmbito destes objetivos desenvolvi as seguintes competências:

- Integração de conhecimentos novos no respeito pelo sentido ético, deontológico e social, desenvolvendo uma prática profissional e ética;
- Manutenção de sentido crítico no âmbito social e ético;
- Demonstração de consciência crítico-reflexiva para os problemas da prática profissional, atuais e novos, relacionados com o cliente e família;

3.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde é uma preocupação multidisciplinar, onde o enfermeiro especialista desempenha um papel fulcral na busca pela melhoria contínua com vista à prestação de cuidados de excelência. Derivado desta preocupação, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que visam sobre: a promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado; readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Todo o cidadão tem direito ao acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo este um direito fundamental, e como tal o doente tem legitimidade a exigir qualidade nos cuidados de saúde que lhe são prestados (Ministério da Saúde, 2013).

A atuação no respeito pelos mais altos padrões de qualidade, assenta não só na motivação institucional, pelo desenvolvimento de planos de melhoria contínua e monitorização da qualidade, mas também por um empenho e compromisso profundo de todos os profissionais.

No sentido da aprendizagem e crescimento profissional, no âmbito deste domínio, destaco as seguintes **atividades desenvolvidas**: conhecer os principais algoritmos de atuação em SU, UCIP e APH; analisar o plano de formação; identificar necessidades formativas; realizar sessões formais/informais de formação individual, baseadas na evidência científica; exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC; completar os cuidados desenvolvidos na prática de acordo com as evidências científicas; comunicar os resultados da prática clínica e da investigação aplicada; executar avaliação de risco e adotar medidas de proteção de acordo com as recomendações da comissão de controlo de infeção; prevenir ativamente as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Modulo I – Serviço de Urgência

Da análise do plano de formação em serviço, pude perceber que existe instituído um plano muito abrangente e completo. Cada uma das equipas encontra-se responsável por uma determinada área, que tem obrigação de dinamizar com formação, de forma a manter a

restante equipa do SU atualizada. Todos os temas que a equipa considera pertinentes acrescentar são abordados em acréscimo a estes.

Da análise conjunta com a enfermeira tutora e com o enfermeiro chefe do SU, surgiu uma situação problema onde percebi que a discussão de casos práticos não era ainda uma prática habitual. A não utilização desta metodologia, de acordo com o que me transmitiu o enfermeiro chefe, deve-se sobretudo à inexperiência da equipa na sua utilização.

O estudo de caso, é um método que pela sua abrangência, permite abordar os mais diversos casos, e pela descrição, análise e discussão que lhe estão inerentes, possibilita o desenvolvimento do corpo de conhecimento próprio de enfermagem (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003). No sentido de dar resposta a esta situação problema, resolvi elaborar um guia de orientação para a elaboração de estudos de caso (Apêndice I), com o intuito de ser um elemento facilitador, para a implementação desta metodologia. Este documento ficou entregue à enfermeira chefe para discussão e análise com a equipa para a sua implementação, não tendo sido possível a sua integração no decorrer do estágio.

Estudo de caso apresenta-se como um método de investigação (de carácter qualitativo, quantitativo ou misto) que pretende sistematizar, compreender e descrever determinado acontecimento/fenómeno através da análise intensa de um caso específico (Araujo et al, 2008).

O estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando o seu carácter unitário do objeto estudado (Goode & Hatt, 1979). Este método representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planeamento, da colheita e da análise de dados (Yin, 2001).

O enfermeiro especialista em EMC é fundamental na promoção da excelência dos cuidados da prática assistencial, e tem também um papel fulcral na investigação e na produção de novos conhecimentos que possam conduzir à melhoria da sua intervenção. O enfermeiro especialista é por isso um elemento chave e com alta ligação a este método, e deve usá-lo como ferramenta no seu processo de busca, partilha e discussão de conhecimento.

O estudo de caso é um método amplo que permite ser aplicado a uma grande variedade de problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em Enfermagem.

A constante evolução dos contextos de trabalho, e a exigência diária fazem com que seja necessário a cada dia pensar e repensar os conteúdos e métodos utilizados com vista à otimização dos resultados. Neste sentido com a implementação de um guia de apoio à elaboração de estudos de caso, pretende-se facilitar o processo de adesão a esta metodologia, potenciando assim a sua utilização pela equipa do SU. Desta forma, poderá ser possível uma utilização mais consistente deste método, dando resposta a uma necessidade do SU, e possibilitando á equipa, pela análise e discussão de casos, escrutinar a sua prática, partilhar conhecimentos, integrar novos conhecimentos na prática e normalizar procedimentos, com vista a melhorar a prática assistencial.

O guia de orientação para a elaboração de estudos de caso foi entregue ao enfermeiro chefe do SU, para apresentação à equipa do SU após o término do estágio, dado não ter sido possível realizar a apresentação do mesmo durante o período de estágio, por não existirem dias de formação disponíveis.

Outra das situações problema que identifiquei, ainda na área da formação, diz respeito à preparação da alta e do regresso a casa dos doentes. O SU pela grande afluência que verifica, imputa aos profissionais que nele trabalham uma elevada carga de trabalho, limitando assim a capacidade de resposta da equipa a determinadas intervenções de enfermagem, nomeadamente na preparação da alta hospitalar e regresso a casa.

A mudança de paradigma, na descentralização com foco de cuidado na doença para a centralização na pessoa alvo de cuidado e no seu processo de resposta aos processos de saúde e doença, conduziu a uma pratica de enfermagem com um claro investimento na promoção da saúde e na prevenção da saúde, pelo bem-estar e autocuidado e readaptação funcional. (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A preparação do regresso é sem dúvida um foco de inquestionável valor na área assistencial de enfermagem, na medida em que visa garantir a continuidade dos cuidados necessários após a alta hospitalar (Pompeo *et all*, 2007).

É desta forma, um foco essencial, do ponto de vista assistencial, e deve iniciar-se no momento de admissão, permitindo de forma antecipada identificar necessidades de cuidados e avaliar a capacidade de resposta do doente e família a estas. (Gonçalves, Ramos, & Marruncho, 2008). Deve ser continuo e gradual e ser permeável aos contributos decorrentes da avaliação de necessidades identificadas, de forma a melhor personalizar a informação transmitida à real situação do doente e família, dando as alternativas possíveis para que o doente/família possam

ser parte ativa na adequação do ensino, integrando o contexto familiar e adequando as reais e potenciais necessidades do doente.

A necessidade de transmissão de informação clara e objetiva direcionada às necessidades identificadas tem claros benefícios, tendo já sido comprovada a sua importância na prevenção, tratamento, recuperação da doença e mudança de comportamentos. (Martins, 2010).

Após a análise efetuada da realidade, e a discussão conjunta com os enfermeiros tutores e com o enfermeiro chefe do SU, foram determinadas como áreas de relevo para intervir: a hipertensão arterial, a diabetes, a dislipidemia, os cuidados com a sonda nasogástrica e cuidados com algália. Estas áreas foram identificadas como prioritárias dado serem áreas subdesenvolvidas, neste serviço, do ponto de vista de educação para a saúde, e que representariam uma melhoria de eficiência na realização dos ensinamentos de preparação para o regresso a casa. Olhando especificamente para a realidade do SU, foi identificada como melhor estratégia a elaboração de um documento de suporte a sessões de educação para a saúde, na preparação do regresso a casa para as áreas anteriormente mencionadas. Foi também dado ênfase nos folhetos ao contacto com a rede de cuidados de saúde primários através do enfermeiro de família, para esclarecimento de dúvidas e acompanhamento da sua situação de saúde.

Deste ponto de vista o desafio seria procurar mecanismos que possibilitassem otimizar os momentos de educação para a saúde, permitindo uma uniformização da informação transmitida, não limitando a personalização desta à situação específica do doente. Também devido ao nível cultural diverso dos pacientes que recorrem ao SU do HB.

Foi elaborado neste sentido, um trabalho subordinado ao tema preparação do regresso a casa (Apêndice II), de onde emanaram cinco folhetos temáticos, um por cada área. Estes folhetos servem assim, de suporte de informação para doente/família, reunindo de forma concisa e objetiva o principal conteúdo da sessão de educação para a saúde.

Os folhetos elaborados foram, depois de analisados pelos enfermeiros tutores, disponibilizados ao enfermeiro chefe para, de acordo com o plano de aprovação e implementação, serem disponibilizados através do portal da qualidade para todo o SU e, se a direção de enfermagem entender, serão também disponibilizados a todos os serviços do hospital para uniformização dos conteúdos e dos ensinamentos nestas temáticas.

Pela educação para a saúde o enfermeiro deve promover a capacitação do doente para a autogestão e autorresponsabilização da sua situação de saúde, possibilitando desta forma o seu envolvimento, cooperação participação, no profundo respeito pelos seus direitos e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No decorrer do estágio tive oportunidade de desenvolver várias ações de educação para a saúde, de forma informal, junto do doente/família, não só nas áreas sobre as quais trabalhei os folhetos, mas também em outras áreas, como a deteção precoce do síndrome coronário agudo; na vigilância imediata do doente vítima de traumatismo crânio-encefálico nos pós alta das 24 às 72h; acompanhamento do doente com epilepsia; a adesão ao regime terapêutico, entre outras. Todas estas temáticas, apesar de complexas requerem do enfermeiro especialista em EMC a capacidade de, pela sua base de conhecimento, as transmitir de forma simples e compreensível. Este treino, permitiu melhorar as estratégias comunicacionais, pela sua adaptação aos contextos específicos, e melhorar a transmissão da informação, de acordo com as necessidades do doente.

Com o objetivo ser bem-sucedido na educação para a saúde, a comunicação simples, concisa e objetiva, foi sem dúvida um grande desafio, onde a forma de comunicação era mais determinante para o sucesso da sessão do que o conteúdo. Com o desenvolver da competência comunicacional, fui melhorando a eficácia e eficiência na execução das ações de educação para a saúde, mesmo incidindo sobre temáticas complexas.

Em contexto de sala de emergência tive oportunidade de abordar diversas situações do foro médico e cirúrgico. De entre estas destaco três, que pela sua complexidade, foram de especial importância do ponto de vistas de aprendizagem: a assistência a um doente vítima de atropelamento, com uma tetraplegia por contusão medular; assistência a uma doente com uma hemorragia subdural aguda pós rotura de aneurisma; assistência a um doente transferido de um hospital periférico após PCR por enfarte agudo do miocárdio.

Todas estas situações foram de extrema complexidade, na medida em que todas elas envolvem doentes em situação crítica de disfunção orgânica ou multiorgânica. Enquanto futuro enfermeiro especialista senti que a atuação não bastava ser somente irrepreensível do ponto de vista do respeito, pelos algoritmos e *guidelines* de abordagem ao doente crítico, era necessário refletir sobre a própria implementação. Dessa análise percebi que havia um *deficit* de reflexão conjunta em equipa multidisciplinar.

Esta, foi mais uma situação problema que encontrei, a falta de comunicação interdisciplinar. Existia basicamente uma comunicação unidirecional, do médico emergencista para a restante equipa, e a grande maioria da discussão do caso não era interdisciplinar. Nesse sentido, procurei estabelecer como estratégia, criar momentos de revisão do caso (que habitualmente se faz de forma unidisciplinar) fazendo-a em equipa multidisciplinar.

Não foi uma estratégia de difícil implementação na medida em que, no estágio anterior estive na unidade de cuidados intensivos, e este diálogo conjunto já era uma prática comum. Neste sentido, foi bem aceite a sugestão, contudo pela falta de experiência na sua realização, levou à reflexão da equipa, embora ainda não seja uma prática corrente na sala de emergência. O enfermeiro especialista em EMC detém um conjunto de conhecimentos e uma visão própria, que são por isso um contributo de relevo para a abordagem ao doente crítico. Quebra de comunicação entre equipas tem necessariamente um efeito negativo na qualidade dos cuidados prestados, e a análise do próprio processo é em si uma melhoria da qualidade assistencial.

Em dois dos três casos que indiquei anteriormente, existiu ganho imediato na qualidade assistencial. Na assistência à doente com a hemorragia subdural, foi possível perceber que apesar de a doente estar a ser preparada para ser levada para o BO, por indicação do neurocirurgião, ainda ninguém tinha pedido reserva de sangue para a doente. E no caso do doente vítima de enfarte foi possível perceber a necessidade de deixar entrar a família para o visitar (situação já descrita no capítulo anterior).

Modulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A atuação em contexto de UCIP implica a integração da atividade do enfermeiro, num conjunto de diretrizes que visam a uniformização dos cuidados. Estas recomendações são geralmente apresentadas sob a forma de algoritmos e *guidelines* de decisão e atuação (Soar et al., 2015).

No sentido de adequar a atuação aos melhores padrões de qualidade senti necessidade de realizar uma revisão sobre os algoritmos de SAV do Conselho Europeu de

Ressuscitação, bem como de alguns dos protocolos de serviço (hipotermia terapêutica, técnicas de substituição renal; admissão de doente; controlo glicémico, entre outros).

Uma das situações problema que encontrei, decorreu da necessidade de realizar um transporte intra-hospitalar de um doente instável, para a realização de uma Tomografia Axial Computorizada; ora a instabilidade deste doente obrigou a uma preparação cuidada da sua saída do serviço. Apesar de conhecer alguns dos princípios base deste tipo de transporte (na medida em que realizo com frequência transporte de doentes críticos do BO para a UCIP), habitualmente o doente encontra-se mais estável e a deslocação é muito curta em termos de distância e de demora. Sabendo que existia recomendações específicas, achei que seria pertinente realizar uma pesquisa direcionada para este tema nomeadamente no que se refere ao nível de monitorização e no acompanhamento que deve ser feito a estes doentes.

Desta pesquisa emanou que, o transporte do doente deve ser programado tendo em conta, três princípios essenciais: a decisão, o planeamento e a execução. Devem ser tidos em conta os fatores como distância e duração do transporte (mesmo sendo intra-hospitalar) de forma a acautelar todas as necessidades ao nível de autonomia dos equipamentos e materiais. O nível de monitorização e vigilância do doente não pode nunca ser inferior ao que tem estipulado (na unidade de origem e de destino), o que nem sempre se verifica. Deve ser tido em consideração a configuração dos alarmes e ter disponível monitor com alarmes luminosos porque dependendo do tipo de exame pode não ser audível o alarme sonoro (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)

Contudo a UCIP, encontra-se preparada para que esta monitorização seja possível e compete aos responsáveis pelo transporte (médico e enfermeiro) garantir que este fator seja assegurado, o manual de transporte anteriormente citado, preconiza a aplicação de uma escala de avaliação pré-transporte que de acordo com o valor obtido indica as recomendações para o transporte ao nível do acompanhamento, da monitorização e dos equipamentos (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A formação é sem dúvida um ponto essencial no que refere à melhoria contínua da qualidade. Na UCIP, esta consciência encontra-se patente pois existem no serviço grupos de trabalho que se vão formando no sentido de trabalhar as temáticas que o serviço identifica como pertinentes. Neste momento existem ativos grupos de trabalho na área do tratamento de feridas, doação de órgãos, prevenção e controlo de infeção e reabilitação.

Da análise do plano de formação e da necessidade formativa, pude perceber que existe concertação entre as várias áreas para distribuir a formação ao longo do ano. Contudo, com o desenrolar do estágio percebi que existia uma necessidade específica de formação no que se referia à temática das úlceras de pressão.

As UP são consideradas um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde, sendo que a maioria destas são evitáveis (*European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2014*) (*Van Den Bos et al., 2011*).

A formação contínua dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, bem como a correta alocação de recursos humanos para a avaliação de risco de desenvolvimento de UP e a implementação de cuidados preventivos e terapêuticos, são um importante mecanismo de redução da incidência de UP (*Ascari et al., 2014*)

Por diversas vezes foi discutido em passagem de turno, a classificação das úlceras de pressão, com análise de casos específicos e discussão de planos de cuidados. Foi possível perceber alguma discrepância de classificação, e alguma incerteza quanto à avaliação de risco e às recomendações de prevenção. Uma destas discussões foi despoletada pela análise de um plano de cuidados de um doente que teve alta da UCIP para a unidade de cuidados intermédios de neurocríticos. Na admissão do doente, os colegas reclassificaram várias lesões traumáticas classificando-as como úlceras de pressão. Esta situação, gerou debate que fez transparecer a necessidade de realizar formação nesta área.

No sentido de dar resposta a esta situação, e como estratégia para colmatar esta necessidade, em acordo com o enfermeiro tutor e enfermeira chefe de serviço, propus-me realizar uma formação sobre úlceras de pressão (Apêndice III), que incidiu sobre a classificação das úlceras de pressão, apresentação das recomendações para a avaliação de risco, e os fatores contribuintes para a redução do risco de aparecimento das úlceras de pressão.

A UP é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente consequente da exposição a forças de pressão ou à conjugação de força de pressão e torção, surgindo habitualmente em locais de proeminências ósseas (*European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009*).

No que respeita a doentes internados em UCI têm sido vários os fatores de risco associados ao desenvolvimento de UP, que incluem: alterações/deficits nutricionais; ventilação mecânica; alterações circulatórias; idade; períodos prolongados de hospitalização; sepsis;

nefropatias; lesão medular e doenças crónicas como diabetes (Serpa, Carolina, & Faustino, 2011).

As principais medidas preventivas, no que concerne a redução do risco de desenvolvimento das UP, são a implementação de mecanismos de distribuição da pressão a mudança periódica de posição, controlo da incontinência, cuidados com a pele e nutrição (Ascari et al., 2014).

A implementação de medidas preventivas, tem demonstrado uma significativa redução da incidência das UP em contexto hospitalar (Carvalho, P. O.; Gomes, A; Gomes, E; Valença, M; 2015). Como parte integrante das medidas de prevenção encontra-se a avaliação de risco, pela aplicação de escalas validadas, sendo que a escala de Braden é a mais utilizada pela sua especificidade e sensibilidade. Em unidade de cuidados intensivos os *scores* de 12, 13 e 13, referentes respetivamente à primeira, segunda e terceira avaliação, apresentam uma sensibilidade de 85,7%, 71,4% e 71,4% e especificidade de 64,6%, 81,5% e 83,1% (Serpa et al., 2011).

Atendendo ao agendamento do plano de formação do serviço, não foi possível no decurso do período de estágio ministrar a formação à equipa da UCIP, contudo, realizei sessões informais de formação com os elementos da equipa transmitindo os conteúdos científicos recolhidos, e possibilitando assim a consolidação de conhecimento com vista à melhoria dos cuidados. Todo o trabalho da formação foi disponibilizado à chefia do serviço e ao grupo de trabalho das feridas para ser implementada a formação.

Ainda de acordo com esta temática, detetei algumas limitações ao nível do sistema informático de registo. Este sistema permite registar o plano de cuidados de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2011. Contudo, no que respeita às intervenções de “monitorizar ferida” e “avaliar ferida”, a grelha de preenchimento está sujeita a alguma subjetividade na avaliação e não permite a inclusão de registo fotográfico das feridas.

De acordo com o atual estado da arte, a planimetria surge como um importante meio de avaliação fidedigno da área da ferida, com uma margem de erro substancialmente inferior, ao mesmo tempo que constitui um registo fotográfico da lesão, passível de arquivo associado ao processo do doente. Por esta razão foi exposto ao enfermeiro tutor e à enfermeira chefe de serviço a intenção de realizar uma proposta de melhoria do sistema com vista à inclusão deste recurso no sistema informático.

A sugestão foi aceite, tendo desta forma elaborado a proposta de alteração ao sistema de registo B-Simple (Apêndice IV). De acordo com o fluxograma de implementação a proposta foi entregue para avaliação por parte da enfermeira chefe de serviço e do diretor de serviço, encontrando-se até ao final do estágio a aguardar emissão de parecer conjunto da enfermeira chefe e diretor de serviço, para avançar de seguida para avaliação pela direção de enfermagem. Esta proposta será também submetida, via serviço, para o projeto de melhoria contínua da qualidade do Hospital de Braga, estando este sujeito a um fluxograma paralelo, podendo chegar à implementação em todas as unidades do grupo “José de Melo Saúde”.

Outra área onde focalizei a minha atenção foi na infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). As IACS são infeções adquiridas pelos doentes ou profissionais de saúde, consequência dos cuidados de saúde e procedimentos efetuados. São vários os fatores que na prática da UCIP, podem colocar em risco, tanto os profissionais como os doentes (DGS, 2007).

Compete ao enfermeiro, e aos restantes profissionais, assumir todas as medidas de proteção e de minimização dos riscos. O uso dos equipamentos de proteção individual é uma prática estabelecida e que a equipa da UCIP cumpre com bastante rigor. De acordo com as recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS) para a lavagem das mãos, e atendendo aos cinco momentos que preconizam para a lavagem das mãos, pude constatar que a equipa cumpria eficazmente a lavagem e desinfeção das mãos, as falhas pontuais que se verificavam foram após o contacto com os equipamentos (Circular Normativa nº13 DGS, 2010).

Com base nesta informação, desenvolvi alguma sensibilização, através de ações de formação informais, tendo por base a partilha da minha experiência (como enfermeiro de BO), para que esta informação fosse transmitida de forma positiva e possibilitasse alteração de comportamento.

Relativamente aos principais microrganismos patogénicos, tive oportunidade de perceber em debate com os colegas que a incidência é muito variada, contudo a sua grande preocupação diz respeito à incidência e prevalência de microrganismos multirresistentes (como *Stafilococcus Aureus* Meticilino Resistente e *Acinetobacter Baumanni*), na medida em que estes são microrganismos de difícil erradicação e de elevada virulência. No sentido da prevenção de transmissão e da segurança dos doentes e dos profissionais de saúde a DGS

é clara nas suas normativas quanto às medidas de isolamento e ao uso do equipamento de proteção individual patentes na Norma nº018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015 Direção-Geral da Saúde e Norma 029/2012 Direção-Geral da Saúde.

Todas estas normas e recomendações estão também implementadas no manual de procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção do hospital, no respeito pela recomendações nacionais da DGS para o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (Direção Geral de Saúde, 2007), com as quais estou familiarizado, exigindo este estágio que realizasse a adequação destas normas ao contexto de trabalho específico da UCIP, e fosse capaz de articular os cuidados na melhor gestão dos materiais e meios, no sentido de proporcionar o melhor cuidado sempre no respeito pela segurança do doente e dos demais doentes e profissionais.

No que respeita à assistência ao doente crítico, outra das situações problema que encontrei foi a ocorrência de infeções respiratórias, principalmente nos doentes ventilados. Perante esta situação problema procurei perceber qual a informação presente no serviço relativamente a esta problemática.

Existe já no serviço, e está implementado um protocolo de cuidados com vista à redução das pneumonias associadas à ventilação mecânica. Analisando o protocolo percebi que se encontra no respeito pelas recomendações atuais, estando as medidas por ele preconizadas de encontro aos dados que a revisão da literatura apresenta. De entre as recomendações destacam-se a elevação da cabeceira de 30° a 45°, alternância periódica de decúbitos, higiene oral com clorexidina, manutenção da pressão do *cuff* do tubo traqueal a 25 mm/Hg, respeito pelas normas de realização do procedimento de aspiração (O. Martins et al., 2013).

Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

A atuação no respeito pelos mais altos padrões de qualidade, assenta não só na motivação institucional, pelo desenvolvimento de planos de melhoria contínua e monitorização da qualidade, mas também por um empenho e compromisso profundo de todos os profissionais.

Na busca pelo cumprimento dos requisitos de qualidade o INEM possui, desde 2010 a certificação de acordo com a norma ISO.9001, o que mostra o seu compromisso para com os doentes, a qualidade do serviço prestado e a melhoria contínua da qualidade. Desenvolveu um sistema de atuação protocolar, que integra as recomendações nacionais e internacionais no âmbito da APH. Este sistema gera desta forma um garante de mínimo de qualidade e uniformiza a abordagem entre equipas e desta forma minimiza o erro.

No sentido de garantir a qualidade dos cuidados prestados, o enfermeiro deve manter-se atualizado, quanto ao estado da arte e quanto às diretrizes que regem a sua prática. Neste sentido iniciei o estágio por uma leitura cuidada dos protocolos SIV e VMER, e uma atualização de conhecimentos na área do SAV e Suporte Avançado de Trauma, no sentido de contribuir para adquirir um nível aprofundado de conhecimento na área de EEMC que possibilite tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

A formação continua, é um ponto primordial na garantia dos cuidados prestados, neste sentido frequentei o Curso Avançado de Gestão intra-hospitalar e extra-hospitalar do Enfarte Agudo de Miocárdio. Este curso possibilitou-me atualizar conhecimentos sobre as novas indicações terapêuticas na abordagem ao Enfarte Agudo de Miocárdio, e subsequentemente partilhar esta informação com as equipas onde me integrei, através de ações de formação informais.

A doença coronária aguda (DCA) é, a nível mundial, a principal causa de morte isolada no adulto, representando 13,2% do número total de mortes (World Health Organization, 2015). Atendendo à elevada incidência da DCA, esta tem sido alvo de grande atenção por parte da comunidade científica no intuito de identificar as melhores práticas (procedimentais e farmacológicas) com vista à redução da mortalidade e morbilidade associadas a esta patologia

Desta partilha percebi na equipa da VMER do CHMA, a necessidade de atualização de conhecimentos, bem como alguma curiosidade face à incidência de Enfarte Agudo de Miocárdio na sua atuação no ano de 2014, bem como perceber as características dessa mesma amostra. Optei então, por desenvolver um estudo recorrendo à análise estatística descritiva, com vista à análise e descrição da casuística de Enfarte Agudo de Miocárdio, e

optei pela elaboração de um Poster Científico para realizar a apresentação dos resultados obtidos (Apêndice V).

A ocorrência do EAM constitui uma situação de emergência médica, que carece de uma resposta pronta e diferenciada. A presença de equipas diferenciadas e treinadas na resposta a estas situações, são critério de melhor prognóstico permitindo o diagnóstico precoce, a correta estabilização e transporte das vítimas para as unidades hospitalares com o nível de recurso necessário.

O EAM representa 5,5% das ativações da VMER do CHMA no ano de 2014, sendo que destas 70% são vítimas do sexo masculino e 30% vítimas do sexo feminino. Da análise da incidência, e tendo em consideração a idade e sexo da vítima, o maior numero refere-se a menores de 65 anos do sexo masculino.

Com este trabalho foi possível perceber a incidência e caracterizar a amostra, no sentido de dar a conhecer estes mesmo resultados bem como transmitir as recomendações do CEC. No sentido de divulgar os resultados obtidos foi elaborado um poster (que se encontra anexo ao Apêndice V), que será afixado na base da VMER do CHMA, com o objetivo de consciencializar a equipa para a representatividade do EAM na casuística de emergência da sua área de influência, e promover a prática reflexiva e baseada na evidência, bem como a atualização de conhecimentos.

No âmbito da formação, e com o objetivo de colaborar na formação especializada, colaborei como formador no curso de Advanced Trauma Life Support – ATLS. Do ponto de vista técnico e científico, foi uma experiência desafiadora, que pela sua complexidade, gerou a necessidade de uma boa preparação teórica, que possibilitasse responder com eficácia à exigência da formação.

Ainda no campo da formação, tive oportunidade de integrar a Comissão Organização do IV Fórum de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo apresentado as conclusões finais, e sendo *pivot* no mesmo. Tendo também, prestado apoio na logística no decurso do Fórum.

A manutenção da segurança, para os doentes e para os profissionais é também um aspeto importante na garantia da qualidade. Neste sentido a segurança pode ser entendida em várias vertentes.

No que respeita à segurança física e do ambiente, pude constatar que existia por parte dos diferentes meios, uma política apertada de verificação da conformidade e

operacionalidade, quer das viaturas quer de todos o equipamentos e materiais envolvidos no socorro. Tive neste âmbito, oportunidade de realizar com as equipas, várias verificações das viaturas, da carga (materiais consumíveis) e dos equipamentos utilizados.

Ainda relativo à segurança, e no que respeita à identificação dos doentes e segurança da sua informação, percebi que todos os registos são efetuados ou em impresso em papel (modelo próprio do INEM) ou através do sistema informático Integrated Clinical Ambulance Record. De ambas as formas existe um registo pormenorizado dos dados recolhidos e das atitudes terapêuticas adotadas, que possibilitam uma transmissão segura da informação que garanta a continuidade dos cuidados, bem como, o registo no processo clínico do doente de todo o processo de socorro.

Identifiquei neste sentido, uma lacuna no que respeita à identificação do doente, porque em cenários em que existam mais do que uma vítima, e em que não seja usada a triagem de catástrofe (dado ter um procedimento próprio de identificação), estas não são identificadas com pulseira ou qualquer outro meio de identificação. São as equipas que os identificam por informações como “condutor”, “passageiro”, “vítima 1” etc. Este tipo de identificação pode gerar alguma confusão para as equipas a nível hospitalar, mas também para as equipas no local da ocorrência. Expus esta preocupação durante a formação sobre segurança do doente, e propus uma solução que seria criar pulseiras com campos para preenchimento manual que permitissem registar as informações básicas (nome, idade, nº ficha CODU). Percebi, que esta também era uma preocupação do INEM e que já se encontravam a trabalhar em medidas de resposta a este problema, não tenho conhecimento de qual a solução que iriam implementar, mas agradeceram a sugestão.

As IACS são infeções adquiridas pelos doentes ou profissionais de saúde, consequência dos cuidados de saúde e procedimentos efetuados. (DGS, 2007). São vários os fatores que na prática da APH, podem colocar em risco, tanto os profissionais como os doentes.

Compete ao enfermeiro, essencialmente ao enfermeiro especialista e EMC, e aos restantes profissionais, assumir todas as medidas de proteção e de minimização dos riscos. O uso dos equipamentos de proteção individual, é uma prática estabelecida e que as equipa por onde passei cumprem com bastante rigor. De acordo com as recomendações da DGS (Circular Normativa nº13/DGS/DSD), e atendendo aos cinco momentos que preconizam

para a higienização das mãos, pude constatar que a equipa cumpria eficazmente a desinfeção das mãos, com exceção do primeiro momento. Ou seja, antes do primeiro contacto com o doente, a equipa calçava as luvas, mas não efetuava a desinfeção das mãos.

Com base nesta informação, desenvolvi alguma sensibilização, através de ações de formação informais, tendo por base a minha partilha de experiência, para que esta informação fosse transmitida de forma positiva e possibilitasse alteração de comportamento.

A atuação ao nível deste domínio, tendo em conta as atividades desenvolvidas, foram de grande importância na consecução dos seguintes objetivos:

- **Refletir sobre a prática e sua implicação para a prevenção e controlo de infeção;**
- **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica;**
- **Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de EEMC;**
- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sócias e éticas.**

No âmbito destes objetivos desenvolvi as seguintes competências:

- Execução de ações de formação/informação e sensibilização segundo as necessidades identificadas;
- Domínio de técnicas comunicacionais na relação com os profissionais de saúde e com doente/família;
- Comunicação eficaz de aspetos complexos do âmbito profissional e académico;
- Capacidade de análise das necessidades formativas na área de EEMC;
- Discurso fundamentado em evidência científica;
- Conhecimento da implicação da investigação na prática especializada;

3.3 Domínio da gestão dos cuidados

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto *Lei 111/2009 no seu art.7º*, o enfermeiro especialista tem a competência de gerir cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores em articulação com a equipa multiprofissional. Para além, de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos visando a otimização da qualidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados de enfermagem só é possível no exercício de uma liderança com enforque no cuidado ao doente (Souza & Barroso, 2009).

Com vista à consecução dos objetivos no domínio da gestão dos cuidados tive oportunidade de desenvolver as seguintes **atividades desenvolvidas** que destaco: executar ações no âmbito da prestação de cuidados e gestão com vista a independência gradual; garantir a qualidade dos cuidados prestados; supervisionar as atividades delegadas; executar supervisão de cuidados na área de EEMC; assegurar cuidados de excelência; trabalhar em equipa num contexto multidisciplinar; corrigir atitudes no sentido da evolução continua; zelar pela qualidade dos cuidados prestados;

Modulo I – Serviço de Urgência

O enfermeiro no seu exercício, inevitavelmente realiza gestão permanente de recursos humanos, dos recursos materiais e dos recursos financeiros (Assis, 2010), estando muitas vezes, esta função vocacionada para o enfermeiro especialista em EMC.

Relativamente à gestão de cuidados, esta é realizada a dois níveis: o da gestão e prestação dos cuidados diretos, e a organização e gestão dos cuidados ao nível da unidade funcional e da estrutura organizacional. Tive oportunidade de contactar com estas duas realidades, a primeira ao nível da gestão diária e do planeamento dos cuidados, a segunda numa vertente de gestão, acompanhando o enfermeiro chefe de serviço na gestão da unidade funcional do SU e na coordenação hospitalar.

No que respeita à gestão de recursos humanos, tive oportunidade de desenvolver gestão diária, quer em contexto de trabalho quer em acompanhamento do responsável de turno. A delegação e supervisão de cuidados é um imperativo para a garantia da assistência ao doente. Contudo e de acordo com o artigo 10º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o enfermeiro só pode delegar tarefas a pessoal, funcionalmente dependente dele, e que reúna a preparação necessária para as executar, conjugando sempre a natureza da tarefa com o grau de dependência do doente no que respeita aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

A tipologia dos doentes que recorrem ao serviço de urgência é muito variável, e a afluência sofre oscilações dependentes de fatores como a hora do dia, o dia da semana, as condições climáticas, os meses do ano. Esta variabilidade gera um desafio de gestão, na medida em que de acordo com a tipologia do doente que recorre ao SU e volume de afluência, a carga de trabalho varia e varia também a área do SU que é sujeita a maior desgaste.

A equipa de enfermagem do SU encontra-se distribuída da seguinte forma, um elemento no gabinete de apoio à área médica; um elemento no gabinete de apoio à área cirúrgica (estando responsável também pela sala de trauma); dois elementos em cada uma das unidades de decisão clínica (nestas na altura do ano de maior afluência a equipa é reforçada com mais um elemento); um elemento na sala de triagem; um na sala de emergência; e dois elementos na unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência (UCISU).

Uma das situações problema que identifiquei foi que tendo por base esta distribuição e a tipologia do modelo do SU a equipa de enfermagem é condicionada a trabalhar num modelo de trabalho à tarefa, estando maioritariamente ocupada com atividades interdependentes, com exceção da UCISU, onde se encontra implementado um modelo de trabalho baseado no processo de enfermagem. Percebi que esta diferença se deve aos seguintes fatores principais: a tipologia e tempo de permanência do doente, e o sistema informático implementado.

Na UCISU o sistema, para o enfermeiro, tem por base o processo de enfermagem, e solicita a construção do processo de cuidados com base na linguagem classificada CIPE®. Todo o plano de trabalho é assim determinado pelo processo de enfermagem, acrescido das

atividades interdependentes decorrentes das prescrições da equipa multidisciplinar. No restante SU, o sistema informático tem por base um modelo de avaliação médico, e apesar de permitir registos de enfermagem não é facilitador do registo com base no processo de enfermagem, e obriga a um dispêndio de tempo que torna inviável este registo.

Da atuação da equipa de enfermagem percebi que, existia uma clara preocupação na realização de uma correta assistência de enfermagem, com base na sistematização de cuidados, contudo o deficit de registo torna praticamente invisível esta atuação da equipa e coloca claros entraves à continuidade de cuidados. Sem registo no processo do doente, a informação transitava apenas pela transmissão oral aos colegas que seguiam os cuidados ao doente (quer no SU ou para o serviço de internamento). Em situação de alta hospitalar, e caso necessitasse de acompanhamento de enfermagem, por parte dos cuidados de saúde primários, é redigida uma carta de encaminhamento para os colegas e entregue no momento da alta, para a continuidade dos cuidados e partilha de informação.

No que respeita à gestão da equipa, identifiquei outra situação problema que diz respeito à gestão da equipa de enfermagem, num modelo organizacional médico. Este tipo de organização exige do enfermeiro encarregue da gestão do serviço um esforço suplementar, para manter por um lado a dotação de elementos necessários para garantir uma resposta eficaz à necessidade de cuidados, e por outro, manter uma supervisão dos cuidados prestados para garantir uma assistência de enfermagem adequada.

É frequente o enfermeiro responsável de turno assumir um papel ativo na prestação de cuidados, em reforço da equipa sempre que alguma das áreas do serviço está sobrecarregada. Contudo, penso que esta não é a melhor estratégia, dado que durante o período em que assume a prestação de cuidados a supervisão do serviço fica limitada e esta é uma área que no SU requer um acompanhamento permanente.

A melhor estratégia passaria pela presença de pelo menos, mais um elemento de apoio ao responsável de turno, que poderia ser um recurso importante no apoio aos vários setores do SU, fazendo o reforço pontual que faz atualmente o enfermeiro responsável. Este elemento seria também de enorme importância para a resolução de um outro problema do serviço, que se refere às transferências inter-hospitalares.

Neste momento, os transportes inter-hospitalares são assegurados pelo elemento da sala de emergência e durante a sua ausência o enfermeiro responsável de turno assume a sala

de emergência. Mas mais uma vez, esta situação limita a capacidade de resposta do SU. A presença deste elemento seria também importante para a manutenção do normal funcionamento do serviço.

Todas estas sugestões foram apresentadas à enfermeira tutora e ao enfermeiro chefe, e de ambos foi recebida boa aceitação. O enfermeiro chefe tendo em conta a sugestão, irá realizar um levantamento do número de transportes que efetuam, e junto dos responsáveis de turno, perceber com que frequência assume a prestação de cuidados. Desta forma, poderá apresentar à direção de enfermagem a necessidade da criação deste posto de trabalho.

Ao nível da gestão dos recursos materiais e financeiros, estas são duas realidades distintas, mas que se correlacionam profundamente. Com o desenvolvimento da técnica, cada vez mais estão disponíveis materiais e equipamentos, com objetivos variados (monitorização, tratamento, diminuição de risco, conforto, etc). A seleção, compra, implementação e monitorização da sua adequação às necessidades são primordiais para um uso sustentável e justo.

Toda a gestão consciente e ajustada ao contexto da prática assenta em reavaliação contínua, e na monitorização da eficácia das diretrizes, normas de funcionamento, planeamentos de trabalho e avaliação do nível de qualidade dos cuidados prestados. E este foi também um processo de aprendizagem importante, na medida em que como futuro enfermeiro especialista em EMC, a consciência da importância da monitorização contínua, por graus de complexidade e execução, está presente desde a prestação de cuidados diretos até a gestão de fundo das instituições e do próprio sistema nacional de saúde.

Modulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Ora relativamente à gestão de cuidados, esta é realizada a dois níveis: o da gestão e prestação dos cuidados diretos, e a organização e gestão dos cuidados ao nível da unidade funcional e da estrutura organizacional.

Na gestão de recursos humanos e do ponto de vista da gestão na unidade funcional, pude constatar a dificuldade de gestão que está inerente a estas unidades. Uma situação problema que me foi colocada, dizia respeito à gestão do número de enfermeiros por turno. Sabendo que a unidade possui uma dotação máxima de 12 doentes, e atendendo ao rácio que

apresentei anteriormente percebemos a necessidade de, estando a unidade na capacidade máxima, serem necessários 12 enfermeiros de cuidados gerais, 1 enfermeiro de reabilitação. Contudo, quando a unidade não está na capacidade máxima e estando a equipa com algumas horas excedentes é necessário racionar o número de enfermeiros.

Esta não é, contudo, uma gestão fácil porque é necessário precaver a entrada de doentes, sem alocar recurso em excesso (com implicação direta nos custos e no excedente de horas da equipa).

A este nível, a gestão é feita mantendo um rácio que permita a entrada de dois doentes, e reavaliada turno a turno pelo enfermeiro responsável, em quem é delegada esta responsabilidade. Num princípio de justiça é dispensado do turno o elemento que tiver maior excedente de horas. Contudo, facilmente se percebe que esta dinâmica só é possível com uma chefia que fundamenta a sua atuação na liderança com justiça e sentido de grupo.

Esta reflexão leva-me a analisar a liderança com uma característica fundamental no enfermeiro especialista e no enfermeiro gestor. É essencial que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades de liderança para que pela aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades específicas consiga levar a equipa a mudanças do comportamento orientadas para a melhoria dos resultados ao nível dos cuidados e da gestão dos recursos (Simões & Fávero, 2003).

Ao nível da gestão dos recursos materiais pude debater com a enfermeira chefe a política do serviço no que respeita a gestão de recurso materiais e financeiros, perceber a análise de gastos de consumo e a otimização de níveis de *stock* (máximo e mínimo de segurança), metodologia de análise e seleção de material, articulação com aprovisionamento e central de compras. Todas estas dinâmicas são uma importante aprendizagem porque representam o contacto com uma dinâmica de gestão a nível hospitalar com as quais não tinha ainda tido contacto.

Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

No que concerne à APH, a gestão pode ser encarada em várias vertentes, dependendo também do meio de socorro. Relativamente aos elementos que incorporam as equipas, essa gestão é realizada pela delegação do INEM. Quanto à operacionalidade dos meios de socorro

no que diz respeito a equipamento, material e respetivas condições, essa gestão compete aos profissionais destacados a exercer funções. Sendo que existe sempre em cada base, um elemento responsável por cada grupo profissional.

No que diz respeito aos recursos humanos, os horários das equipas são elaborados mensalmente tendo em consideração as preferências dos profissionais, mas sempre tendo em vista o cumprimento de todas as obrigações exigidas, onde se compreende o assegurar todos os turnos dos meios de socorro. Apesar de nos meios sociais e imprensa, se continuar a ouvir que existem meios de socorro inoperacionais por falta de profissionais, durante o período de estágio essa situação não se verificou.

Durante o período de estágio tive ainda oportunidade de colaborar na elaboração da escala de serviço da VMER, em articulação com o enfermeiro coordenador, percebendo a dinâmica de trabalho e a lógica de distribuição de acordo com as disponibilidades e mantendo um número adequado de turnos que garantam o melhor grau de desempenho da equipa. Esta gestão da equipa só é possível por profissionais com elevado sentido organizacional e que possuam um profundo conhecimento da atuação de enfermagem. Como futuro enfermeiro especialista, esta experiência possibilitou melhor a atuação pelo contributo para adquirir um nível profundo de conhecimento na área da EEMC.

No que se refere ao material, este encontra-se sempre definido em listas específicas que garantem que cada meio se equipe com o material necessário a prestar um serviço de qualidade, ou seja, existem listas que definem o material a conter na mala de trauma, na mala de via aérea, no meio de socorro e até no armazém. Esta gestão é feita, para que sempre que o material seja consumido, possa ser repostado com material disponível na viatura/ambulância, e que quando se regressar à base, todo o material em falta seja totalmente repostado. Todo o material consumido é debitado informaticamente, para que haja conhecimento do departamento de logística, para que possa haver reposição.

Relativamente às condições do material já existente, por exemplo o prazo de validade, existem também listas com esse registo para que os profissionais tenham esse conhecimento e possam usar primeiro o material de menor validade, ou pedir a sua substituição no caso do não uso ou aproximação do término da validade.

À semelhança do que acontece a nível hospitalar, existem também *check-list's* com periodicidade regular, de forma a verificar a operacionalidade de equipamentos e de

materiais. Que são obrigatoriamente cumpridos pelas equipas. Preconiza-se que os dias de verificação de *check-list's* ocorram em vários dias, de forma a não sobrecarga de trabalho dos elementos.

Um fator muito importante em toda esta dinâmica é também o facto de todos os meios de socorro se encontrarem com o material disposto de forma semelhante, para que independentemente da ambulância ou viatura, o tempo desperdiçado seja o menor possível, e que seja eficaz a rápida utilização de equipamentos e materiais. Pelo que, se torna impreterível que todos os elementos da APH conheçam bem o material/equipamento disponível e o seu local de armazenamento e reposição, de forma a prestar um apoio de qualidade e excelência.

Pela execução das atividades neste domínio, e com as várias experiências de aprendizagem neste contexto consegui atingir os seguintes objetivos:

- **Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de EEMC**
- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas;**
- **Tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**

No âmbito destes objetivos desenvolvi as seguintes competências:

- Gestão de cuidados na área de EEMC;
- Realização de supervisão de cuidados;
- Liderança e contexto de gestão;
- Orientação e supervisão de tarefas delegadas;

3.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio centra-se no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, baseando o trabalho do enfermeiro em cuidados especializados e em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para que o enfermeiro especialista obtenha os conhecimentos e prática necessários ao desempenho das suas funções de forma especializada e com alto nível de qualidade, a formação revela-se preponderante na aquisição de competências. Espera-se que um enfermeiro especialista, seja um perito na área para a qual se especializou, e que seja um recurso de conhecimento no que concerne a elevar a qualidade da prática de cuidados. Desta forma, foi essencial a busca constante de conhecimentos que realizei e que resultou em aquisição e consolidação de conhecimentos relevantes para a minha prática diária.

No intuito da consecução de aprendizagem neste domínio as principais **atividades desenvolvidas** realizadas foram: gerir e interpretar informação proveniente da formação e da investigação; narrar sob a forma de reflexão crítica as dificuldades e os elementos facilitadores da aprendizagem; avaliar as atividades desenvolvidas, identificando possíveis aspetos de melhoria; abordar questões complexas de modo sistemático e crítico relacionado com o doente e família; expor de forma clara, dúvidas sem menosprezar, a necessidade de pesquisa constante; aplicar conhecimentos teóricos e fundamentar a atuação diária; desenvolver gradualmente ações no âmbito da prestação de cuidados e gestão com vista à independência gradual; desempenhar um papel integrante nas equipas sem menosprezar a postura de estagiário; reunir pesquisa bibliográfica para a resolução de problemas emergentes da prática diária; mobilizar conhecimentos no âmbito da patologia e farmacologia direcionada ao doente crítico em cada contexto.

Modulo I – Serviço de Urgência

Ao longo deste período de estágio, com a integração progressiva na equipa, alicerçada na segurança demonstrada e no crescente domínio do conhecimento técnico e científico, pude

atingir um elevado grau de autonomia. Decorrente desta integração pude assumir (sempre sob a tutoria e supervisão dos enfermeiros tutores) a gestão da assistência de Enfermagem, em situações complexas como: a assistência a doentes politraumatizados, doentes neurocirúrgicos; doente em falência multiorgânica e doentes em cuidados pós PCR. Esta autonomia, fui conseguindo no profundo respeito pelas normas de trabalho e recomendações científicas e técnicas, sem nunca transpor os meus limites de atuação enquanto enfermeiro e estagiário de EEMC.

O processo de integração, suscitou também ele alguns desafios no que respeita ao acompanhamento de vários doentes em simultâneo. No serviço onde trabalho (BO) e nos contextos de estágio em unidade de Cuidados Intensivos e Assistência Pré-Hospitalar, nunca havia contactado uma realidade de cuidado e vigilância simultânea a um número tão elevado de doentes.

Da reflexão sobre esta situação problema, percebi que necessitava de criar um mecanismo que me permitisse tornar a minha gestão dos cuidados mais eficaz. Percebi pela partilha com o enfermeiro tutor e com alguns dos enfermeiros de serviço que seria importante, elaborar um mapa dos doentes e ir atualizando ao longo do turno. Mas a principal estratégia que encontrei foi a nível pessoal, obrigar-me a realizar revisões frequentes do ponto de situação de cada doente, desta forma conseguia não só ter uma melhor noção dos doentes sob minha vigilância, como estar mais atendo ao processo do doente no próprio serviço.

Decorrente destas reflexões identifiquei algumas necessidades de pesquisa em áreas como: abordagem ao síndrome coronário agudo; abordagem ao doente com traumatismo vertebro medular; via verde coronária e acidente vascular cerebral.

A reflexão crítica sobre a prática, funcionou no processo de aprendizagem como um elemento de junção entre a minha identidade profissional e as experiências de aprendizagem. A mais-valia decorrente desta reflexão permanente foi transversal a todas as áreas e foi a base da consciencialização das dificuldades, das estratégias adotadas e dos contributos permanentes para o meu crescimento pessoal e profissional. Esta articulação permitiu despoletar processos de aprendizagem e superação de dificuldades (com estratégias ajustadas) que doutra forma não me teriam sido possíveis. Foram exemplo disso, muitas das experiencias que relatei anteriormente.

Esta dinâmica de reflexão enquanto metodologia de trabalho perpetua-se na minha identidade profissional, na medida em que se tem mostrado uma estratégia positiva de trabalho. Permitindo-me abordar situações complexas da prática, sistematizando a relação entre a pesquisa pelo conhecimento académico avançado e o relacionamento desta com os cuidados prestados ao doente e família.

Em todas as vertentes anteriormente expostas, a pesquisa de conhecimento científico válido é essencial. Os trabalhos efetuados permitiram adquirir conhecimentos específicos na área da elaboração de um guia para estudos de caso e de folhetos para a preparação do regresso a casa dos doentes que recorrem ao SU, mas mais importante que isso, desenvolver ferramentas de trabalho, pesquisa e elaboração de trabalhos, com vista a melhorar a incorporação da pesquisa bibliografia na resolução de problemas concretos da prática.

Modulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Com o desenvolver do processo de integração na equipa multidisciplinar, e com o domínio progressivo das componentes científicas e técnicas foi possível desenvolver a prática assistencial enquanto futuro enfermeiro especialista com autonomia.

Decorrente desta integração pude assumir (sobe tutoria) a gestão da assistência de enfermagem, em situações complexas como: a assistência a doentes politraumatizados, doentes neurocirúrgicos; doente em falência multiorgânica e doentes em cuidados pós PCR. Esta autonomia, fui conseguindo no profundo respeito pelas normas de trabalho e recomendações científicas e técnicas, sem nunca transpor os meus limites de atuação enquanto enfermeiro e estagiário de EEMC.

O processo de integração, suscitou também ele alguns desafios no que respeita a dinâmicas simples: como a gestão das rotinas básicas de posicionamento, banho no leito entre outras. Da análise que fiz desta dificuldade percebi que, na medida em que no meu serviço de trabalho (BO) estas atividades não são de prática habitual, estas originaram-me uma necessidade de esforço evolutivo. A estratégia adotada foi de nos primeiros turnos, realizar o máximo de vezes possível, mesmo em apoio a outros colegas, para sanar esta lacuna.

Em análise conjunta desta dificuldade com o enfermeiro tutor, percebi que também ele havia notado esta dificuldade e este esforço de integração, o que lhe suscitou alguma

curiosidade, porque percebeu que me encontrava familiarizado com os conhecimentos técnicos complexos e com bases de conhecimento teórico em áreas diferenciadas, mas com necessidade de esforço para inicialmente acompanhar as técnicas mais simples, mas que não executo diariamente no meu posto de trabalho.

Esta foi, contudo, uma aprendizagem essencial para o desenrolar do restante estágio, porque sem esse esforço inicial, estas atividades podiam reter a minha atenção e limitar a capacidade de desenvolvimento e de concentração, em pontos mais avançados de aprendizagem.

No campo do desenvolvimento profissional, a reflexão crítica sobre a prática foi fulcral. A procura de efetuar uma permanente reflexão crítica sobre as dificuldades sentidas, na busca de identificar elementos facilitados da aprendizagem, permitiram-me potenciar o meu desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista.

Decorrente destas reflexões identifiquei dificuldades pessoais, ao nível da execução técnica (no caso que apresentei anteriormente), mas também algumas necessidades de pesquisa em áreas como: as técnicas de substituição renal (técnicas dialíticas); a monitorização da pressão intra-abdominal; ventilação em modos específicos de desmame ventilatórios.

Na prática do cuidado assistencial, outro dos elementos importantes que identifiquei no processo de aprendizagem foi a discussão construtiva, em contexto disciplinar e multidisciplinar, das dificuldades e das situações-problema. Esta partilha, que tive oportunidade de manter com a orientadora, enfermeiro tutor, enfermeira chefe, e colegas do serviço, e que do ponto de vista do serviço foi até promovida em contexto de passagem de turno, foram um excelente momento de partilha de conhecimento, esclarecimento de dúvidas e normalização de procedimentos.

A abertura a este tipo de diálogo e discussão, permite avaliar diferentes perspetivas, acrescentou-me empenho motivação e compromisso, que são valores essenciais para a prática diária. E ajudam a disseminar conhecimentos pertinentes e validos, diminuindo o conflito entre equipa.

Os trabalhos efetuados permitiram adquirir conhecimentos específicos na área das úlceras de pressão, mas mais importante que isso, desenvolver ferramentas de trabalho, pesquisa e elaboração de trabalhos, com vista a melhorar a incorporação da pesquisa bibliografia na resolução de problemas concretos da prática. A atividade de enfermagem e em

especial a do enfermeiro especialista obrigam a que para além do acréscimo de competências, exista também o crescimento de responsabilidade pela contínua atualização e desenvolvimento.

Por fim, julgo também importante referir, que a experiência de contacto com a realidade da gestão, foi também um elemento de influência na minha prática. A consciência da importância da gestão e organização dos cuidados aos vários níveis organizacionais, permitiu tornar-me mais consciente do meu papel enquanto elemento da equipa assistencial, e permitiu-me um melhor conhecimento da implicação da prática e do seu aperfeiçoamento na estrutura organizacional, como futuro enfermeiro especialista em EMC.

Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

A pesquisa e mobilização de conhecimento nas mais variadas áreas, como o SBV, SAV, ATLS, Abordagem ao Enfarte Agudo de Miocárdio, Eletrocardiografia, Algoritmos/Protocolos de atuação do INEM, permitiram-me assim integrar-me na dinâmica de trabalho e atualizar conhecimentos que se mostravam essenciais à minha atuação enquanto futuro enfermeiro especialista.

A progressiva integração, e demonstração de segurança e domínio do conhecimento técnico e científico, possibilitou-me adquirir um elevado grau de autonomia, possibilitando que em várias situações me fosse delegada a responsabilidade de liderar a abordagem das situações, sempre sob supervisão do responsável da equipa. Tive assim oportunidade de liderar abordagem a situações de trauma e doença súbita (PCR, edema agudo do pulmão, coma hiperglicémico; dispneia, crise convulsiva).

No desempenho da minha atividade, encontro-me integrado em equipas de SAV (no BO de Urgência e na equipa de reanimação interna do BO) mas toda esta experiência decorre em ambiente controlado. Na APH todas as atividades inerentes ao socorro desde as mais simples às mais complexas com SAV, desenrolam-se em ambiente extra-hospital e por conseguinte sem as mesmas condições de segurança e proteção para o doente e para os profissionais. Neste ambiente, a falta de meios é frequente, e os recursos não existem com a mesma abundância que no meio hospitalar.

Esta foi por isso, um grande ponto de aprendizagem, na medida em que exige dos profissionais, grande capacidade de racionalização dos meios, mas também adaptação pessoal as circunstâncias, com vista a prestar o melhor socorro, não pondo em causa a segurança da vítima nem dos profissionais.

Com o contacto com o doente crítico em ambiente pré-hospitalar, pude também contactar com a primeira abordagem de inúmeras situações que muitas vezes encontro numa segunda fase no meio hospitalar. Este conhecimento, para além de enriquecer o meu conhecimento profissional, ajuda-me a no futuro estar mais atento e desperto para um conjunto de situações que, fruto desta experiência, saberei interpretar melhor (nomeadamente no que se refere a técnicas de imobilização e extração, suspeita de lesões tendo em conta a cinemática do trauma, interpretação de dados relativos à forma como foi encontrada a vítima no domicílio, etc.).

A experiência de comunicação em contexto de APH, mostrou-se também uma enorme fonte de aprendizagem. A comunicação em situação de emergência, em que existe normalmente uma grande carga emocional associada, em que as vítimas e família se encontram expostos a grande *stress* emocional, é um desafio profissional. Com o decurso deste estágio e fruto do empenho pessoal, cumulativamente com a partilha e discussão com a equipa, consegui interiorizar muitos dos princípios específicos ligados a este contexto (APH), que me possibilitaram melhorar a minha comunicação e interagir mais eficazmente no contexto da atuação.

A comunicação é assim uma realidade multifatorial, e que está inerente aos cuidados de enfermagem. Os tipos de comunicação (verbal e não verbal) são determinantes na relação que estabelecemos com o doente e com os restantes profissionais de saúde (Da Silva, 2000).

Estratégias como manter uma postura calma, e um tom de voz que transmita calma e confiança, em situação de emergência quando os próprios profissionais se encontram sujeitos a grande pressão, é uma aprendizagem difícil de se conseguir. Mas assim que se consegue adquirir consciência que é possível este controlo sobre a nossa comunicação, conseguimos controlar mais eficazmente a reação do doente, e melhorar significativamente a comunicação com este. À semelhança desta, consegui adquirir muitas outras estratégias, que passam a ser importantes veículos de comunicação que mesmo em ambiente hospitalar posso usar de forma terapêutica e que sem dúvida serão um acréscimo positivo à minha atuação

No que respeita à componente técnica, tive oportunidade de realizar várias técnicas, desde a realização de eletrocardiograma, colocação de cateter venoso periférico, aplicação de ventilação não invasiva, entubação nasogástrica, algaliação, entubação traqueal, desfibrilação, todas estas técnicas que em ambiente hospitalar estou treinado na execução (porque executo habitualmente), contudo em ambiente pré-hospitalar é necessário uma aprendizagem muito específica que se prende com a segurança e privacidade do doente e a readaptação da técnica para o material e espaço disponível (sem nunca comprometer a rigorosa norma de assepsia que algumas destas técnicas exigem).

Foi por isso um grande momento de aprendizagem, porque em contexto menos estanques à intromissão de terceiros esta não pode deixar de ser uma preocupação do enfermeiro e de toda a equipa.

Outro dos aspetos importantes de aprendizagem profissional, prende-se com a realização do estudo de análise estatística descritiva, que desenvolvi no sentido de caracterizar a casuística da VMER deste centro hospitalar face ao Enfarte Agudo de Miocárdio. Foi uma temática que emanou de uma necessidade que detetei junto da equipa, e que me permitiu desenvolver este estudo, com resultados muito reveladores daquela que é a sua realidade.

Foi um estudo que me despertou muito interesse, e me ajudou a evoluir na aplicação desta metodologia específica, e a consolidar a vertente de investigação como uma dinâmica que se entende próxima da prática assistencial, como forma de melhoria contínua da prática e que possibilita o crescimento do corpo de conhecimento dos profissionais.

Com os resultados obtidos, é agora possível à equipa conhecer melhor a sua casuística relativa ao EAM, sensibilizar a equipa para a temática e para a manutenção da atualização dos conhecimentos, e possibilitar a sua pró-atividade junto da comunidade direcionando as suas ações de sensibilização para a população onde se verifica a maior taxa de incidência (masculinos com menos de 65 anos).

No decurso deste estágio e tendo por base o domínio do desenvolvimento e aprendizagem profissional, estas experiências foram importantes na consecução dos seguintes objetivos:

- **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem de forma autónoma sistemática e crítica;**

- **Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento na área de EEMC;**
- **Refletir sobre a prática, prevenção e sua implicação no controlo de infeção;**
- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e as suas responsabilidades sociais e éticas**
- **Comunicar aspetos complexos do âmbito profissional e académico;**
- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais e novos, relacionados com o doente e com a família, na área de EEMC.**

No âmbito destes objetivos desenvolvi as seguintes competências:

- Sentido Crítico-reflexivo sobre a prática
- Trabalho eficaz na equipa multidisciplinar, no respeito pela competência específica de EEMC;
- Produção de discurso tendo em conta as diferentes perspetivas sobre o problema;
- Domínio de técnicas comunicacionais na relação com os profissionais de saúde, com os doentes e família;
- Comunicação eficaz de aspetos complexos do âmbito profissional e académico;
- Discurso fundamentado em evidência científica;
- Conhecimento da implicação da investigação na prática especializada;
- Gestão de cuidados na área de EEMC;
- Pesquisa direcionada para a prática;

4 Conclusão

Com a elaboração deste relatório procurei traduzir, de forma crítico-reflexiva, aquele que foi o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento profissional, ao longo dos três módulos de estágio, como futuro enfermeiro especialista em EEMC.

Procurei de acordo com os objetivos delineados, orientar a minha atuação para o desenvolvimento de uma prática assistencial fundamentada, com conhecimento técnico e científico válido, no profundo respeito pelo sentido legal, ético e social, e onde a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento profissional são a chave para a construção de um especialista em EEMC.

No âmbito da responsabilidade profissional ética e legal, ficou patente a importância da tomada de decisão ser fundamentada no profundo conhecimento das normas legais e no respeito pelos princípios éticos e deontológicos. Como futuro enfermeiro especialista, procurei atuar no respeito pelos direitos humanos, e com base na análise e interpretação, resolver situações específicas e complexas no âmbito da assistência ao doente/família.

Relativamente à melhoria contínua da qualidade, colaborei pela minha prática, na promoção da formação e na discussão de situações problema, mantendo uma atitude de partilha de conhecimento e de análise da componente assistencial do ponto de vista do planeamento execução e avaliação.

No estágio em SU é de salientar a realização do “Guia de orientação para a elaboração de estudos de caso”, que por impossibilidade cronológica de apresentação ao serviço ficou entregue ao enfermeiro chefe de serviço para apresentação em data a definir. Foi também, elaborado um trabalho subordinado ao tema “Preparação do regresso a casa”, com a realização de folhetos temáticos, sobre cinco temas definidos como essenciais, que servirão de suporte às ações de educação para a saúde nas temáticas abordadas, que ficou a aguardar aprovação do enfermeiro chefe para posteriormente seguir para o plano de aprovação e implementação do Hospital de Braga.

Relativamente ao estágio na UCIP, foi elaborado o conteúdo da ação de formação sobre Úlcera de Pressão, que por impossibilidade cronológica de execução ficou entregue à

enfermeira chefe de serviço e ao grupo de trabalho da área. Foi também elaborada a proposta de melhoria do sistema de registo informático, que ficou no final do estágio a aguardar aprovação do diretor de serviço, esta proposta será paralelamente submetida no projeto hospitalar de melhoria contínua da qualidade do Hospital de Braga.

Quanto ao estágio de APH, este possibilitou experiências extremamente importantes como: a realização do Curso Avançado de Gestão Intra-hospitalar e Extra-hospitalar do Enfarte Agudo de Miocárdio com supra desnivelamento do seguimento ST; frequência da formação INEM sobre segurança do doente; colaboração como formador no curso de ATLS; participação como formador na ação de educação para a Saúde, à população de Guidões-Trofa sobre ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica; realização de um estudo de análise estatística descritiva sobre o Enfarte Agudo de Miocárdio na VMER; assim como a elaboração de um *poster* científico para apresentação dos dados.

Na área da gestão de cuidados, a minha colaboração, permitiu-me adquirir competências no sentido da otimização dos recursos como forma de sustentabilidade, mas também de promoção de um ambiente de trabalho eficaz, dotado dos melhores recursos possíveis, na resposta às situações que carecem de assistência.

Relativamente ao domínio da aprendizagem profissional, procurei basear a minha prática em conhecimento científico válido, e manter uma dinâmica crítico-reflexiva sobre a atuação como forma de análise e melhoria dos cuidados prestados. A reflexão crítica mostrou-se como uma das aprendizagens mais importantes com repercussão direta no meu desempenho profissional enquanto futuro enfermeiro especialista em EMC, mas também desde já na minha prática diária, uma vez que com o interiorizar deste método de análise e reflexão, a prática assistencial é necessariamente melhorada pela análise dos cuidados prestados e da melhoria destes, à luz do estado da arte. O crescimento profissional assenta na capacidade de progressivamente comparar a atuação profissional e as aprendizagens em contexto de prática, com as recomendações científicas na busca de uma constante dinâmica de superação, com vista à melhoria dos cuidados.

Saliento ainda, no decurso da EEMC, a participação como membro da comissão organizadora do IV Fórum de Enfermagem Médico-cirúrgica, tendo como pivô apresentado as conclusões finais do Fórum.

Como dificuldade neste processo de estágio, identifiquei a gestão do tempo e o desgaste físico, decorrente de elevada carga horária e da contínua necessidade de pesquisa e trabalho teórico de suporte, para desempenho de um bom processo de estágio e de aprendizagem.

Concluindo, este relatório, mostrou-se assim uma oportunidade de crescimento profissional, com a aquisição de competências essenciais para o futuro desempenho como enfermeiro especialista em EEMC. Este não é contudo, um processo concluído, sendo a dinâmica de aprendizagem uma constante que se manterá ao longo do meu exercício profissional, atual e futuro.

Este estágio contribuiu para a aquisição de competências no âmbito científico, metodológico e profissional, possibilitando uma prática especializada assente no profundo respeito pelos princípios éticos, deontológicos e sociais. O estágio mostrou-se uma oportunidade de evoluir no âmbito do cuidado de enfermagem, que se pretende fundamentado, dinâmico e direcionado ao doente, alvo de cuidados de excelência.

5 Referências Bibliográficas

- Araujo, C., Pinto, E., Lopes, J., Lopes, L., & Pinto, R. (2008). *Estudo de caso*.
- Ascari, R. A., Veloso, J., Da Silva, O. M., Kessler, M., Jacoby, A. M., Schwaab, G. (2014). Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. (Portuguese). *Pressure ulcers: a challenge for nursing. (English)*, 6(1), 11–16.
- Assis, C. I. C. F. (2010). *O Enfermeiro Gestor: Que dificuldades*. Universidade de Tás-os-Montes e Alto Douro.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4^a ed ed.). New York.
- Carvalho, Priscila O.; Gomes, Andreza; Gomes, Eduardo; Valença, Marília; Cavacanti, A. (2015). Risk assessment for development of pressure ulcers in critical patients. *Journal of Nursing*, 9(7). <http://doi.org/10.5205/reuol.7651-67144-1-SM.0907201502>
- Compton, S., & Fernandez, R. (2014). Presence during cardiopulmonary resuscitation is beneficial to family members in the out-of-hospital setting. *Evidence-based medicine*, 19(1), 13. <http://doi.org/10.1136/eb-2013-101352>
- Da Silva, M. (2000). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *O Mundo da Saúde*, 24, 306–309.
- Direção-Geral da Saúde. Norma da Direção-Geral da Saúde 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) (2013).
- Direção-Geral da Saúde. (sem data). Norma n°018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015, 1–13.
- Direção-Geral Da Saúde. Direção De Serviços De Planeamento. (2010). Circular Normativa n° 13/DQS/DSD, 1, 44.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide. Clinical Practice Guideline*.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). Treatment of pressure ulcers : Quick Reference Guide . *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 1–47.
- Feitosa-Filho, G. S., Sena, J. P., Guimarães, H. P., & Lopes, R. D. (2009). Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 65–71. <http://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000100010>

- Fortuna, C., Gonçalves, M., Silva, M., & dos Santos, R. (2012). A produção de narrativas crítico-reflexivas nos portfólios de estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem*, 46(2), 452–459. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200025>
- Galdeano, E., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev. Latino-Americano Enfermagem*, 11(3), 371–375. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>
- Gonçalves, D., Ramos, N., & Marruncho, A. (2008). *A Preparação Do Regresso a Casa Da Pessoa Idosa Hospitalizada*.
- Goode, W., & Hatt, P. (1979). *Métodos em Pesquisa Social* (5^o edição). São Paulo.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015). O SIEM. Obtido 21 de Junho de 2015, de http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28164
- Lei n^o 15/2014 de 21 de Março, Diário da República, 1^a Série 2127 – 2131.
- Lei n^o 156/2015 16 de Setembro. Lei n^o 156/2015, 2020 Diário da República 4454–4458 (2015).
- Martins, J. C. A. (2010). Informação em Saúde: perspectiva ética. *Ordem dos Enfermeiros*, 34, 18 – 22.
- Martins, O., Weinhal, G. R., Ascari, R. A., Ascari, T. M., Intensiva, T., Assistente, P., ... Membro, U. (2013). Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica: Cuidados De Enfermagem Pneumonia Associated With the Ventilation Mechanics : Cares of Nursing, 3, 49–53.
- McClement, S. E., Fallis, W. M., & Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 41(3), 233–40. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x>
- Ministério da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2013 Versão Resumo, (Maio).
- Nascimento, B., Scarpelini, S., & Rizoli, S. (2007). Coagulopatia no trauma. *Medicina*, 40(4), 509–517.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Lisboa 6 (1996).
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de

Doentes Críticos - Recomendações, 45.

- Pazes, M. C. E., & Nunes, P. D. L. (2014). Factores que influenciam a vivência do processo terminal e de luto: Perspectivas do cuidador principal. *Revista de Enfermagem Referência, Serie IV n*, 125.
- Pinto, S. (2012). Hipotermia Terapêutica na Paragem Córdio-Respiratória.
- Pompeo, D., Pinto, M. H., Cesarino, C., Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*, 20(3).
- Saúde, D. G. de. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*.
- Serpa, L. F., Carolina, T., & Faustino, G. (2011). Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19(1), 1–8.
- Simões, A. L. de A., & Fávero, N. (2003). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 567–573. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500002>
- Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., ... Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 100–147. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.016>
- Souza, L. B. de, & Barroso, M. G. T. (2009). Reflexion on the care as essence of nursing leadership. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 181–187.
- Van Den Bos, J., Rustagi, K., Gray, T., Halford, M., Ziemkiewicz, E., & Shreve, J. (2011). The \$17.1 billion problem: The annual cost of measurable medical errors. *Health Affairs*, 30(4), 596–603. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0084>
- World Health Organization. The top 10 causes of death. (sem data). Obtido 20 de Junho de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/#>
- Yin, R. (2001). *Estudo De Caso - Planejamento E Metodos*.

6 Apêndices

APÊNDICE I:

Guia de orientação para a elaboração de estudo de caso



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Guia de orientação para a elaboração de Estudo de Caso

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Porto, Janeiro de 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Guia de orientação para a elaboração de Estudo de Caso

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, Janeiro de 2016

Lista de abreviaturas:

| | |
|-----|----------------------------------|
| HB | Hospital de Braga |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| SU | Serviço de Urgência |
| UCP | Universidade Católica Portuguesa |

Índice

| | |
|---|-----|
| 1 - Introdução: | 83 |
| 2 – Definição de estudo de caso | 85 |
| 3 – Objetivos e características do estudo de caso..... | 87 |
| 4 – Como elaborar um estudo de caso | 89 |
| 5 - Operacionalização da formação à equipa sobre a utilização do guia | 93 |
| 6 - Conclusão | 95 |
| 7 – Referências Bibliografias..... | 97 |
| 8 - Apêndices | 99 |
| Apêndice A: Diapositivos da ação de formação – “Guia de Orientação para a Elaboração de Estudos de Caso” | 101 |
| Apêndice B: Inquérito de avaliação da ação de formação – “Guia de Orientação para a Elaboração de Estudos de Caso” | 109 |
| Apêndice C: Plano de sessão da ação de formação – “Guia de Orientação para a Elaboração de Estudos de Caso”..... | 113 |

1 - Introdução:

Este trabalho foi realizado no decurso do modulo I de estágio do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), especificamente no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Braga (HB),

Na análise conjunta com os Enfermeiros tutores e com o Enfermeiro Chefe, foi perceptível que a metodologia do estudo de caso ainda não é utilizada com estratégia de formação. O estudo de caso, é um método de que pela sua abrangência, permite abordar os mais diversos casos, e pela descrição, análise e discussão que lhe estão inerentes, possibilita o desenvolvimento do corpo de conhecimento próprio de Enfermagem (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003).

No sentido de dar resposta a esta situação problema, resolvi elaborar um guia de orientação para a elaboração de estudos de caso, com o intuito de ser um elemento facilitador, para a implementação desta metodologia.

A elaboração deste trabalho e tem como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a realização de estudos de caso;
- Promover a realização de estudos de caso;
- Elaborar um guia de apoio a elaboração de estudos de caso;
- Dar cumprimento a um dos objetivos pessoais de estágio previamente definido

O estudo de caso já é um método antigo usado em Enfermagem, Florence Nightingale já o usava como meio de ensino aos seus alunos, permitindo-os analisar caso a caso e sendo questionados em relação à aprendizagem que daí faziam (Ibidem).

A metodologia utilizada para a realização do trabalho foi descritiva através da pesquisa bibliográfica, com base nesta foi compilada a informação relevante e atual necessária para a realização deste.

Neste trabalho iremos inicialmente começar por definir estudo de caso, tendo em conta as suas características e objetivos e em seguida iremos abordar como elaborar um estudo de caso. Por fim, seguir-se-ão as conclusões e os apêndices.

2 – Definição de estudo de caso

A definição de estudo de caso é tão vasta como as possibilidades que permite estudar. São vários os autores que aditam informação àquilo que pode ser entendido como a verdadeira definição do termo.

Estudo de caso apresenta-se como um método de investigação (de carácter qualitativo, quantitativo ou misto) que pretende sistematizar, compreender e descrever determinado acontecimento/fenómeno através da análise intensa de um caso específico (Araujo et al, 2008).

Para Goode e Hatt, o estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando o seu carácter unitário do objeto estudado.(Goode & Hatt, 1979) Yin acrescenta que o estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planeamento, da colheita e da análise de dados (Yin, 2001).

Os estudos de caso foram os percursos dos planos de cuidados na Enfermagem, permitindo a sistematização dos cuidados

O enfermeiro especialista é fundamental na promoção da excelência dos cuidados da prática assistencial, e tem também um papel fulcral na investigação e na produção de novos conhecimentos que possam conduzir à melhoria da sua intervenção. O enfermeiro especialista é por isso um elemento chave e com alta ligação a este método, e deve usá-lo como ferramenta no seu processo de busca, partilha e discussão de conhecimento.

3 – Objetivos e características do estudo de caso

À semelhança da definição de estudo de caso, este também é um tema que suscita várias definições por parte dos autores.

O objetivo de um estudo de caso é explorar, descrever e analisar um determinado evento. A Saúde é das maiores áreas onde este método é utilizado, e os Enfermeiros, especialmente os enfermeiros especialistas, têm um papel ativo e preponderante na sua utilização e conseqüente contribuição para a evolução na saúde e na profissão.

O estudo de caso contribui para a fundamentação de Enfermagem, proporciona uma assistência individual, e capacita o Enfermeiro relativamente à familiarização com a literatura científica para melhorar o seu desempenho e fundamentar as suas decisões (Galdeano et al., 2003).

São várias as características que devem estar na gênese de um estudo de caso, são algumas delas (Araujo et al., 2008):

- Ter em conta o contexto em que se inserem;
- Ter como objetivo encontrar informação nova, a compreensão do estudo é realizada a partir dos dados e em sua função;
- Usar diversos meios para recolher dados (observação, entrevista, questionário, diários...)
- Analisar uma ou mais entidades (individuo, grupo...)
- Apresentar os diferentes pontos de vista, quando aplicáveis;
- Usar diferentes fontes de informação;
- Permitir generalizações;
- Retratar a realidade de forma aproximada (ter em conta os detalhes);
- Utilizar linguagem acessível e clara;
- Responder a questões de “como?” e “porquê?” em vez de “o quê?” e “quantos?”

4 – Como elaborar um estudo de caso

São várias as etapas que estão na génese de um estudo de caso, e que são determinantes para a consecução dos objetivos da sua elaboração. As várias etapas abordam assim áreas como a definição da questão problema; a colheita de dados; a análise e categorização da informação colhida; a fundamentação teórica; a identificação de alternativas; a descrição da alternativa escolhida; a discussão do caso; o registo (Galdeano et al., 2003). De seguida serão abordadas cada uma das etapas anteriormente mencionadas, tendo por base o mesmo autor:

- **Defina as questões a colocar:**

Normalmente nesta fase irão usar-se as questões “quê? quem? como? por quê? e qual?” (*Ibidem*).

Estas questões devem servir de mote ao estudo de caso, funcionando de guia de orientação para a problemática abordada. Devem ser tidas em conta ao longo de todo o processo de elaboração do estudo de caso, por forma a não surgirem desvios que descentralizem a atenção da questão principal.

Devem permitir a quem contacta com o estudo um rápido enquadramento sobre o âmbito (*Ibidem*).

- **Colheita de dados:**

Devem ser utilizados vários instrumentos para recolher a informação, com o objetivo de estudar profundamente o fenómeno. Deve ser criado ou utilizado um instrumento de colheita de dados específico, para facilitar a recolha e aprofundar a informação que se pretende colher.

No decorrer do estudo a nossa atenção não se poderá focar exclusivamente no objeto em estudo, deverá permitir que a envolvência seja considerada, bem como os pormenores que o compõe, permitindo a análise holística do problema, indivíduo/grupo (*Ibidem*).

- **Analisar e categorizar a informação colhida:**

Nesta fase pretende-se detetar os problemas de Enfermagem, através dos dados obtidos. Categorizar as alterações encontradas, as necessidades sem resposta, tudo aquilo que se prevê como base para se poder intervir.

Nesta fase pode e deve ser incluído o processo de Enfermagem do doente, dando especial relevo às situações de dúvida ou de divergência, passíveis de discussão e análise (*Ibidem*).

- **Fundamentação teórica:**

Pretende-se perceber e procurar fundamentação na literatura que justifique o problema detetado, de forma a dar resposta a: “Como? Porquê?”

Devem ser definidos os principais conceitos abordados, tendo em conta a literatura (*Ibidem*).

- **Alternativas:**

Momento de procurar na literatura as estratégias a adotar que nos permitam resolver ou melhorar os problemas levantados. É pertinente caso hajam mais do que um ponto de vista, apresenta-los de forma a servirem de ponto de partida para a análise e discussão (*Ibidem*).

- **Descrever a alternativa selecionada:**

Descrever a alternativa que irá servir de ferramenta para melhorar ou resolver o problema previamente detetado, e justificar por que motivo foi esse o selecionado. Registrar o procedimento, as mudanças e a evolução (*Ibidem*).

- **Discussão:**

Discutir o estudo em equipa, de forma a potenciar a troca de experiências, a aprendizagem comum e determinar novas propostas. Fomentar a partilha de situações semelhantes e opções abordadas, dando espaço ao contributo da experiência profissional de cada interveniente com forma de aproximação à realidade (*Ibidem*).

- **Registro:**

É essencial que o estudo de caso seja registrado na totalidade, de forma a fazer perdurar a informação e ser acessível a mais profissionais (*Ibidem*).

De acordo com as etapas apresentadas, o estudo de acaso obedece a uma abordagem sistemática e sequencial. A replicação do método é preponderante para o domínio do mesmo, e para que sejam potenciados os possíveis resultados, sem que exista perda de informação ou desatenção para com informação essencial.

5 - Operacionalização da formação à equipa sobre a utilização do guia

Do ponto de vista de operacionalização da formação à equipa sobre a utilização do guia, os elementos desta formação serão disponibilizados aos tutores e ao EC e ficará a aguardar a implementação de acordo com o seu programa de formação.

No âmbito da formação foi elaborada uma apresentação PowerPoint (Apêndice A); Inquérito de avaliação da ação de formação (Apêndice B); o plano de sessão (Apêndice C); o manual da formação será disponibilizado este trabalho, para que o SU possa englobar nos seus manuais de formação, e ser completado ao longo do tempo com novas evidências que possam surgir.

6 - Conclusão

O estudo de caso é um método amplo que permite ser aplicado a uma grande variedade de problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em Enfermagem

O Enfermeiro e em especial o enfermeiro especialista devem estar cientes da importância que o seu cuidado e o seu planeamento da assistência detêm na investigação para a saúde.

Não há dúvida de que a investigação é um procedimento complexo, necessário e permanente no trabalho do enfermeiro especialista, estando sujeito a um contínuo aperfeiçoamento para atender às necessidades dos doentes.

A especialização em Enfermagem deve ser também promotora de outras competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação.

A investigação na saúde é sem sobre de dúvida um pilar fundamental na promoção da saúde, na prevenção da doença e na adaptação do doente à sua situação de saúde/doença, e o estudo de caso é sem dúvida uma ferramenta importante neste processo.

A constante evolução dos contextos de trabalho, e a exigência diária fazem com que seja necessário a cada dia pensar e repensar os conteúdos e métodos utilizados com vista à otimização dos resultados. Neste sentido com a implementação de um guia de apoio à elaboração de estudos de caso, pretende-se facilitar o processo de adesão a esta metodologia, potenciando assim a sua utilização pela equipa do SU.

Deste ponto de vista o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na reflexão sobre o seu contexto e sobre a sua área de especialização, com vista a promoção de benefícios de saúde efetivos para o doente/família alvo de cuidados.

7 – Referências Bibliografias

Araujo, C., Pinto, E., Lopes, J., Lopes, L., & Pinto, R. (2008). *Estudo de caso*.

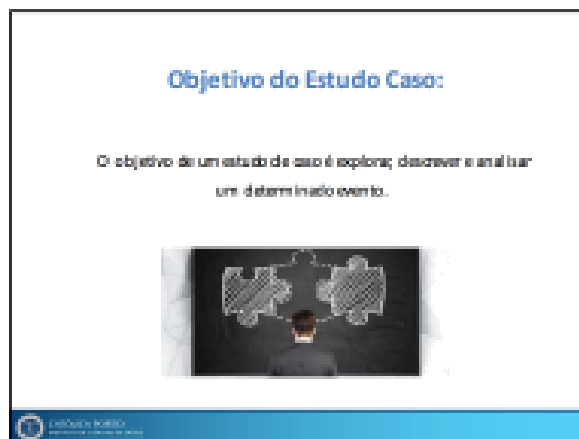
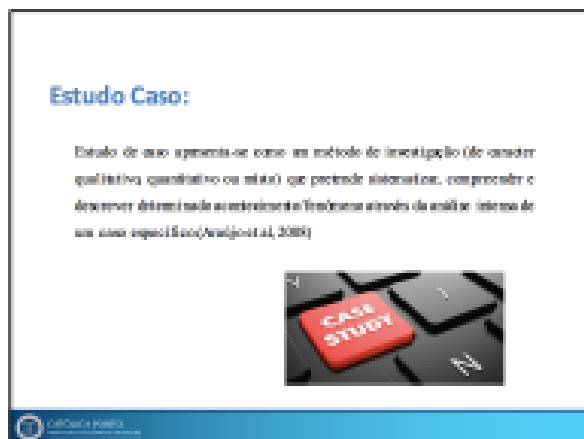
Galdeano, E., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev. Latino-Americano Enfermagem*, 11(3), 371–375.
<http://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

Goode, W., & Hatt, P. (1979). *Métodos em Pesquisa Social* (5ª edição). São Paulo.

Yin, R. (2001). *Estudo De Caso - Planejamento E Metodos*.

8 - Apêndices

Apêndice A: Diapositivos da ação de formação – “Guia de Orientação para a Elaboração de Estudos de Caso”



Características do Estudo Caso:



- Ter um contexto claro em quais áreas;
- Ter como objetivo apresentar informações novas, e contextualizar do estudo a realidade, quanto aos dados e ao contexto;
- Usar diversos meios para a coleta de dados (entrevista, mídias, questionário, diários...)
- Analisar contextos mais específicos (indivíduos, grupos...)
- Apoiar-se em diferentes perspectivas, quando aplicável;
- Usar diferentes fontes de informação;
- Permitir generalizações;
- Realizar a validade de formação externa (ter um contexto real);
- Utilizar linguagem acessível e clara;

Etapas da elaboração do Estudo Caso:

- Definir as questões a serem:
- Coleta de dados
- Analisar e categorizar a informação colhida;
- Fundamentação teórica
- Alternativas
- Descrever a alternativa selecionada
- Discussão
- Conclusão



• Definir as questões a serem:



Normalmente nesta fase irão usar-se as questões "Qual? Quem? Como? Por qual? Onde? e Qual?".

Essas questões devem servir de norte ao estudo de caso, funcionando de guia de orientação para a problemática abordada. Devem ser tidas em conta ao longo de todo o processo de elaboração do estudo de caso, por fim e a não surgirem dúvidas que desorientem a atenção da questão principal.

Devem permitir a quem trabalhar com o estudo um rápido empunhamento sobre o âmbito.

• Coleta de dados:



Devem ser utilizados vários instrumentos para recolher a informação, com o objetivo de estudar profundamente o fenómeno. Deve ser criado ou utilizado um instrumento de coleta de dados específicos, para facilitar a recolha e aprofundar a informação que se pretende colher.

No decorrer do estudo a nossa atenção não se poderá focar exclusivamente no objeto em estudo, desde permitir que a investigação seja abrangente, bem como os pormenores que o compõe, permitindo a análise holística do problema, indivíduo/grupo.

• **Analisar a categoria e a informação obtida:**

Nesta fase pretende-se debater os problemas de interpretação, através dos dados obtidos. Categorizar as atenções encontradas, as necessidades sem resposta, tudo aquilo que se prevê como base para se poder ler.

Nesta fase pode edever ser iniciado o processo de formação do texto, dando especial relevo às situações de dúvida ou de divergência, para o efeito de discussão crítica.



• **Fundamentação teórica:**

Pretende-se perceber e procurar fundamentação na literatura que justifique o problema debatido, de forma a dar resposta a: "Como? Porquê?"

Devem ser definidos os principais conceitos abordados, tendo em conta a literatura.



• **Alternativas:**

Momento de procurar na literatura as estratégias a adotar que nos permitam resolver ou melhorar os problemas levantados. É pertinente caso hajam mais de que um ponto de vista, apresentá-los de forma a servirem de ponto de partida para a análise e discussão.



• **Descobrir a alternativa selecionada:**

Descobrir a alternativa que irá servir de ferramenta para melhorar ou resolver o problema previamente debatido, e justificar por que motivo foi esse o selecionado. Registrar o procedimento, as mudanças e a evolução.



• **Discussão:**

Discutir o estudo em equipe, de forma a potencializar a troca de experiências, a aprendizagem comum e determinar novas propostas. Fomentar a partir de situações semelhantes e opções abordadas, dando espaço ao contributo da experiência profissional de cada interveniente com forma de aproximação à realidade.



• **Registro:**

É essencial que o estudo de caso seja registado na totalidade, de forma a fazer perdurar a informação e ser acessível a mais profissionais.

Conclusão

O estudo de caso é um método amplo que permite ser aplicado a uma grande variedade de problemas e contextual, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em Enfermagem.

Deste ponto de vista o EE desempenha um papel fundamental na reflexão sobre o seu contexto e sobre a sua área de especialização, com vista à promoção de benefícios de saúde efetivos para o doente/família alvo de cuidados.



**Apêndice B: Inquérito de avaliação da ação de formação –
“Guia de Orientação para a Elaboração de Estudos de
Caso”**

Avaliação da Ação de Formação

Guia de Orientação para a elaboração de estudos de caso

Local:

Data:

Escala de Avaliação

| Discordo Totalmente | Discordo | Não Concordo Nem Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Formação: | | | | | |
| Adequação do material pedagógico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organização da formação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conteúdo: | | | | | |
| Pertinência da temática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aplicabilidade da temática no desempenho profissional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formador: | | | | | |
| Domínio da temática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade de motivação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clareza na transmissão do conteúdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice C: Plano de sessão da ação de formação – “Guia de Orientação para a Elaboração de Estudos de Caso”

Plano de Sessão

Formador:

Data:

Duração: 40 minutos

Tema: Guia de elaboração de estudos de caso

Público-alvo: Enfermeiros do SU do HB

Objetivo geral: apresentar o guia de apoio a elaboração de estudos de caso

| Momento | Conteúdos | Métodos/Técnicas | Recursos Didáticos | Tempo |
|------------------------|---|--|------------------------|-------|
| Introdução | <p>Avaliação dos pré-requisitos</p> <p>Introdução ao conteúdo da sessão</p> <p>Comunicação dos objetivos gerais e específicos</p> | Método expositivo/Técnica de exposição e Método interrogativo/Técnica de formulação de perguntas | Computador e Data show | 3 |
| Desenvolvimento | <p>Definição de estudo de caso</p> <p>Objetivos e características do estudo de caso</p> <p>Como elaborar um estudo de caso</p> | Método expositivo/Técnica de exposição | Computador e Data show | 30 |
| Conclusão | Síntese da sessão | Método expositivo/Técnica de exposição | Computador e Data show | 2 |
| Avaliação | Avaliação da formação | Método interrogativo/Técnica de formulação de perguntas aos formandos aleatoriamente | Computador e Data show | 5 |

APÊNDICE II:

Preparação do regresso a casa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Preparação do Regresso a Casa

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Porto, Janeiro de 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Preparação do Regresso a Casa

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, Janeiro de 2016

Lista de abreviaturas:

| | |
|-----|----------------------------------|
| DM | Diabetes Mellitus |
| HB | Hospital de Braga |
| HTA | Hipertensão Arterial |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| SU | Serviço de Urgência |
| UCP | Universidade Católica Portuguesa |

Índice

| | |
|---|-----|
| 1 - Introdução: | 127 |
| 2 – Enquadramento Teórico | 129 |
| 3 – Relevância | 131 |
| 4 – Processo de Implementação: | 133 |
| 5 - Conclusão | 135 |
| 6 – Referências Bibliografias | 137 |
| 7 - Apêndice - Folhetos Temáticos | 139 |
| a) Hipertensão Arterial | 141 |
| b) Diabetes | 143 |
| c) Colesterol | 145 |
| d) Sonda Nasogástrica..... | 147 |
| e) Algália..... | 149 |

1 - Introdução:

Este trabalho foi realizado no decurso do modulo I de estágio do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), especificamente no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Braga (HB),

A elaboração deste trabalho surge no sentido de dar resposta a uma situação problema identificada durante o período de estágio. Constatei durante o estágio que devido à elevada afluência e elevada carga de trabalho a que as equipas de enfermagem se encontram sujeitas, a educação para a saúde, nomeadamente na preparação do regresso a casa, poderia ser otimizada e melhorada.

A realização deste trabalho visa a elaboração de instrumentos de apoio às sessões de educação para a saúde na preparação do regresso a casa dos utentes que recorrem ao SU e que beneficiam de informação nas áreas da hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, cuidados com a sonda nasogástrica e algália, e tem como objetivos:

- Sistematizar a educação para a saúde na preparação do regresso a casa
- Compilar a informação mais importante a transmitir ao utente e família, nas áreas de enfoque deste trabalho;
- Elaborar folhetos temáticos a fornecer ao utente/família para servir de suporte à informação transmitida;
- Dar cumprimento a um dos objetivos pessoais de estágio previamente definido

A metodologia utilizada para a realização do trabalho foi descritiva através da pesquisa bibliográfica, com base nesta foi compilada a informação relevante e atual necessária para a realização deste.

Este trabalho irá iniciar-se por um enquadramento teórico, relevância do tema em análise e o processo de implementação dos folhetos. Por fim, seguir-se-ão as conclusões e os apêndices.

2 – Enquadramento Teórico

A preparação do regresso a casa é um processo sistemático, numa tríade de relacionamento entre utente, família e profissionais de saúde. Este processo visa garantir a continuidade dos cuidados necessários após a alta hospitalar (Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo, & Poletti, 2007).

É desta forma, um foco essencial, do ponto de vista assistencial, e deve iniciar-se no momento de admissão, permitindo de forma antecipada identificar necessidades de cuidados e avaliar a capacidade de resposta do utente e família a estas (Gonçalves, Ramos, & Marruncho, 2008). Deve ser contínuo e gradual e ser permeável aos contributos decorrentes da avaliação de necessidades identificadas, de forma a melhor personalizar a informação transmitida à real situação do utente e família, dando as alternativas possíveis para que o utente/família possam ser parte ativa no ajustamento do ensino.

A necessidade de transmissão de informação clara e objetiva direcionada às necessidades identificadas tem claros benefícios, tendo já sido comprovada a sua importância na prevenção, tratamento, recuperação da doença e mudança de comportamentos (Martins, 2010).

A mudança de paradigma, na descentralização com foco de cuidado na doença para a centralização na pessoa alvo de cuidado e no seu processo de resposta aos processos de saúde e doença, conduziu a uma prática de enfermagem com um claro investimento na promoção da saúde e na prevenção da saúde, pelo bem-estar e autocuidado e readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

De entre a equipa de saúde, o enfermeiro especialista é assim o elemento preponderante na prestação de cuidados de saúde, especialmente vocacionados para a educação para a saúde, na medida em que reúne competência na conjugação entre domínio técnico e científico, com competências avançadas de comunicação e relação terapêutica.

Pela educação para a saúde o enfermeiro deve promover a capacitação do utente para a autogestão e autorresponsabilização da sua situação de saúde, possibilitando desta forma o seu envolvimento, cooperação participação, no profundo respeito pelos seus direitos e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

3 – Relevância

Atendendo ao contexto específico de atuação em SU, e no âmbito deste estágio, identifiquei a educação para a saúde na preparação do regresso a casa, como uma situação problema passível de melhoria. Como futuro enfermeiro especialista, percebi que a necessidade de otimizar a preparação da alta e regresso a casa dos utentes seria um enorme desafio.

Da análise de algumas situações, pude perceber que existiam inúmeros fatores que influenciavam a implementação das ações de educação para a saúde. O SU pela elevada afluência, pela rotatividade dos utentes, pela enorme carga de trabalho que imputa aos profissionais que nele trabalham, limita a capacidade de resposta da equipa de enfermagem.

Deste ponto de vista o desafio seria procurar mecanismos que possibilitassem otimizar os momentos de educação para a saúde, permitindo uma uniformização da informação transmitida, não limitando a personalização desta à situação específica do utente. Também devido ao nível cultural diverso dos pacientes que recorrem ao SU do HB.

Outro dos desafios, seria conseguir garantir a apreensão da informação mais importante, permitindo ao utente o acesso a um suporte de informação perdurável para consulta posterior. No SU esta é uma componente de grande importância, na medida em que os utentes fazem por vezes períodos de permanência muito curtos no serviço, o que limita a realização de sessões de reforço dos ensinamentos efetuados.

Atendendo a todas estas exigências, e em articulação com os enfermeiros tutores e orientadora, identifiquei como possível estratégia a elaboração de folhetos temáticos, que compilem, de forma simples e objetiva, a principal informação a transmitir aos utentes e família. Estes folhetos, são assim entregues ao utente/família no momento da preparação da alta, permitindo ao utente e família familiarizarem-se com a informação e esclarecer dúvidas que dos ensinamentos efetuados que da informação contida no folheto.

Atendendo ao limite temporal do estágio e à impossibilidade de abranger todas as áreas passíveis de inclusão nestes folhetos, foi realizada uma seleção dos temas mais prementes, tendo sido selecionadas as seguintes áreas: HTA, DM, dislipidemia, e cuidados com a sonda nasogástrica e algália. Sobre estes temas foram elaborados folhetos temáticos (ver apêndice), compilando de forma simples e objetiva a principal informação. Os folhetos foram elaborados seguindo um modelo de cores por temas, de forma a facilitar

a identificação, e dando assim oportunidade de no mesmo modelo de organização do folheto e de acordo com a intenção do serviço, elaborarem mais folhetos em outras áreas de interesse.

A implementação dos folhetos elaborados está sujeita à realização de um conjunto de procedimentos de validação e aprovação por parte do serviço e da direção de enfermagem, bem como, da equipa de qualidade do hospital, que são descritos no capítulo seguinte.

4 – Processo de Implementação:

Do ponto de vista da implementação dos folhetos como recurso para a educação para a saúde na preparação do regresso a casa, existe todo um processo de validação e aprovação que se mostra necessário.

Os folhetos elaborados foram, depois de analisados pelos enfermeiros tutores, disponibilizados ao enfermeiro chefe, que após avaliação dos folhetos e não existindo alterações necessárias, valida localmente o folheto. Após validação do enfermeiro chefe e apresentado ao diretor de serviço, e com o parecer positivo deste avança para aprovação por parte da direção de enfermagem.

Após aprovação pela direção de enfermagem, os folhetos são então submetidos à equipa da gestão da qualidade para normalização e identificação do modelo e disponibilização dos mesmos no portal da qualidade do hospital, ficando também disponíveis a todos os serviços do hospital para uniformização dos conteúdos e dos ensinamentos nestas temáticas.

Todos estes elementos da formação serão disponibilizados à chefia do serviço, após validação por parte do tutor de estágio e da professora responsável pela minha orientação em contexto de estágio, para seguirem os passos anteriormente descritos. Ficam também disponíveis os modelos para posterior melhoria e adequação, de acordo com a evolução da evidência científica.

5 - Conclusão

Não há dúvida de que o cuidado é um procedimento complexo, necessário e permanente no trabalho do enfermeiro especialista, estando sujeito a um contínuo aperfeiçoamento para atender às necessidades do utente.

A especialização em enfermagem deve ser também promotora de outras competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação.

A educação para a saúde é sem um pilar fundamental na promoção da saúde, na prevenção da doença e na adaptação do utente à sua situação de saúde/doença.

A constante evolução dos contextos de trabalho, e a exigência diária fazem com que seja necessário a cada dia pensar e repensar os conteúdos e métodos utilizados com vista à otimização dos resultados. Deste ponto de vista o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na reflexão sobre o seu contexto e sobre a sua área de especialização, com vista a promoção de benefícios de saúde efetivos para o utente/família alvo de cuidados.

O enfermeiro e em especial o enfermeiro especialista devem estar cientes da importância que o seu cuidado e o seu planeamento da assistência, detêm na educação para a saúde.

6 – Referências Bibliografias

- Gonçalves, D., Ramos, N., & Marruncho, A. (2008). *A Preparação Do Regresso a Casa Da Pessoa Idosa Hospitalizada*.
- Martins, A. (2010). Informação em Saúde: perspectiva ética. *Ordem dos Enfermeiros*, 34, 18 – 22.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Pompeo, D., Pinto, M. H., Cesarino, C., Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*, 20(3).

7 - Apêndice - Folhetos Temáticos

a. Hipertensão Arterial

b. Diabetes

c. Colesterol

d. Sonda Nasogástrica

e. Algiação



Em caso de dúvida
consulte o seu
Enfermeiro de Família

Proteja a sua saúde



Hipertensão Arterial



Como Prevenir HTA.

- Redução da ingestão de sal na alimentação;
- Preferência por uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas;
- Prática regular de exercício físico;
- Consumo moderado do álcool (um máximo de 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres);
- Cessação do hábito de fumar;
- No caso dos indivíduos obesos é aconselhável uma redução de peso.

Elaborado por:

- Enf. Simão Silva¹
- Enf. Esp. Fernando Gonçalves²
- Enf. Esp. Luísa Ribeiro²
- Mestre Patrícia Coelho³

¹ Aluno do curso de pós-licenciatura em enfermagem de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

² Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Hospital de Braga e tutor de estágio

³ Professora do Instituto de Ciência da Saúde – Porto, Orientadora de estágio.

O que é Hipertensão Arterial?

Designam-se de hipertensão arterial (HTA) todas as situações em que se verificam valores de tensão arterial aumentados.



Para esta caracterização, consideram-se valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mm Hg.



Sintomas da HTA

- Dores de cabeça;
- Tonturas;
- Sangramento pelo nariz;
- Dor no peito;
- Visão nublada;
- Náuseas;
- Confusão;
- Vômitos.

Quais são os factores de risco?

- Obesidade;
- Consumo exagerado de sal e de álcool;
- Sedentarismo;
- Má alimentação;
- Tabagismo;
- Stress.

Riscos da HTA!



Entarte do Miocárdio



Insuficiência Cardíaca



Angina



AVC



Insuficiência Renal



Valores de referência de

Glicemia Capilar

| Glicemia | Ótimo | Aceitável | Mau |
|-------------------|---------------|---------------|-------------|
| Em jejum | 80-110 mg/dl | 111-140 mg/dl | > 140 mg/dl |
| Após as refeições | 100-145 mg/dl | 146-180 mg/dl | > 180 mg/dl |



Em caso de dúvida
consulte o seu
Enfermeiro de Família

Elaborado por:

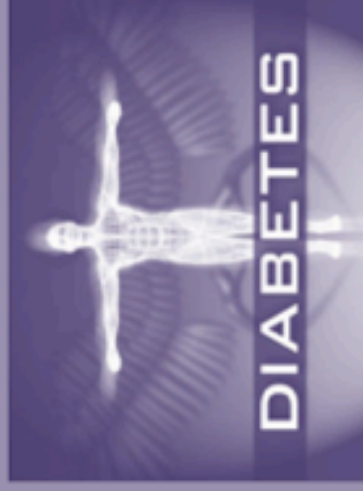
- Enf. Simão Silva¹
- Enf. Esp. Fernando Gonçalves²
- Enf. Esp. Luísa Ribeiro²
- Mestre Patrícia Coelho³

¹ Aluno do curso de pós-licenciatura em enfermagem de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

² Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Hospital de Braga e tutor de estágio

³ Professora do Instituto de Glória da Saúde – Porto, Orientadora de estágio.

Proteja a sua saúde



Diabetes



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRAGANÇA
Instituto de Ciências da Saúde

Hospital
Bragança

O que é a diabetes?

A diabetes é uma doença crónica provocada por uma deficiência nas células do pâncreas que produzem insulina.

A falta de insulina caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue.

Diabetes – Tipo I



Insulino - Dependente
Não produzem insulina

Diabetes – Tipo II



Não Insulino - dependentes
Produção insuficiente de insulina

Principais Sintomas de diabetes



O que fazer:

- Manter uma alimentação equilibrada;
- Respeitar o horário das refeições
- Realizar 3 refeições principais (pequeno-almoço, almoço, jantar)
- Realizar 3 refeições intermédias (lanche da manhã, lanche da tarde, ceia)
- Respeitar a medicação;
- Realizar exercício físico regular;
- Realizar auto-vigilância (pesquisa de glicemia capilar);
- Realizar exame físico aos pés
- Evitar fumar.

Alimentos Indicados:

- Cenoura, couve-de-bruxelas e couve-flor;
- Amora, pêssego, pêra, figo e ameixa preta;
- Ervilha e feijão;
- Pão e cereais integrais, aveia e cevada.



Em caso de dúvida
consulte o seu
Enfermeiro de Família

Elaborado por:

- Enf. Simão Silva¹
- Enf. Esp. Fernando Gonçalves²
- Enf. Esp. Luísa Ribeiro²
- Mestre Patrícia Coelho³

¹ Aluno do curso de pós-licenciatura em enfermagem de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

² Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Hospital de Braga e tutor de estágio

³ Professora do Instituto de Ciência da Saúde – Porto, Orientadora de estágio.

Proteja a sua saúde



Colesterol

O que é o Colesterol?

O colesterol é uma substância gordosa presente em todas as células do organismo, necessária, em pequenas quantidades, ao seu funcionamento.

Contudo o excesso de "mau" colesterol (LDL) é prejudicial para a saúde

HDL e LDL



"Bom Colesterol"

Metaboliza/Elimina o colesterol



"Mau Colesterol"

Acumula-se nas artérias provocando doenças cardiovasculares

Riscos do Colesterol elevado!



Hipertrofia Ventricular Esquerda



Angina



Infarto do Miocárdio



AVC



Insuficiência Cardíaca



Insuficiência Renal



Doença Vascular Periférica



Alimentos Proibidos:

- Leite gordo, queijos gordos, manteiga, banha e margarinas;
- Carnes vermelhas, enchidos e fumados;
- Camarão, lagosta e ovas de peixe;
- Gema de ovos;
- Natas, chantilly, creme de leite, sorvetes, biscoitos amanteigados, entre outros doces



Cuidados com a Sonda Nasogástrica

- ✓ Trocar diariamente o adesivo de fixação da sonda à pele, mudando o local de fixação;
- ✓ Executar diariamente cuidados às narinas (limpeza e lubrificação).
- ✓ Verificar a permeabilidade e posicionamento da sonda antes de cada refeição;
- ✓ Realize a higiene oral com desinfetante oral 2 a 3 vezes por dia.
- ✓ Substituir a seringa de 50cc de 4/4 dias, ou sempre que necessário.
- ✓ Proceda à limpeza da seringa após cada utilização.
- ✓ A sonda nasogástrica de curta duração deve ser substituída de 4 em 4 semanas no máximo,
- ✓ A sonda nasogástrica de longa duração (Silicone) deve ser substituída de 3 em 3 meses no máximo.
- ✓ Manter o saco de drenagem em suporte próprio, se aplicável.
- ✓ Substituir saco coletor de 4/4 dias ou sempre que tenha 1000cc.



Em caso de dúvida
consulte o seu
Enfermeiro de Família

Elaborado por:

- Enf. Simão Silva¹
- Enf. Esp. Fernando Gonçalves²
- Enf. Esp. Luísa Ribeiro²
- Mestre Patrícia Coelho³

¹ Aluno do curso de pós-licenciatura em enfermagem de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

² Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Hospital de Braga e tutor de estágio

³ Professora do Instituto de Ciência da Saúde – Porto, Orientadora de estágio.

Proteja a sua saúde



Sonda Nasogastrica



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Hospital
Braga

O que é a Sonda Nasogástrica

A sonda nasogástrica consiste em um tubo flexível que é introduzido através da narina ou boca, ao longo da região nasofaríngea e esfago até ao estômago



Cuidados com a Sonda Nasogástrica

Consiste num conjunto de procedimentos que visam manter a permeabilidade e a funcionalidade da sonda nasogástrica



Verificar a posição da Sonda Nasogástrica

- Marcar a posição da sonda para facilmente perceber se se moveu da posição habitual;



- Aspire o conteúdo do estomago, se conseguir aspirar até 100 ml, volte a introduzir o que aspirou e alimento o doente normalmente;
- Se aspirar mais de 100 ml, volte a introduzir o que aspirou, não alimente o doente e aguarde 1 horas antes de voltar a testar.
- Se não Conseguir aspirar conteúdo do estomago, avance para o próximo teste.
- Teste com ar, adapte a seringa com 30 ml de ar, à sonda e após colocar a mão sobre o estomago injete rapidamente o ar.
- Deve ouvir e ou sentir borbulhar no estomago.



- Aspire com a seringa o ar que introduziu



Se não tiver a certeza de que a sonda está corretamente posicionada não alimente o doente, contacte o seu centro de saúde e fale com o enfermeiro de família, ou recorra ao SASU (Serviço de Atendimento de Situações Urgentes) da sua área de residência.

Alimentar pela Sonda Nasogástrica

- Lavar as mãos;
- Elevar a cabeceira 30º ou sentar o doente;
- Verificar o posicionamento da Sonda nasogástrica;
- Ajustar a seringa com a alimentação à sonda, “desclampar” a sonda e introduzir lentamente a alimentação na quantidade pretendida;
- Observar a reação do cliente durante a alimentação.
- Lavar a sonda com 50 a 100 cc de água,
- Manter o doente com a cabeceira elevada de 30 minutos a 1 hora.
- Vigiar o conforto do doente;
- Realizar a higienização oral.
- Lavagem do material reutilizável usado na alimentação;
- Higienizar as mãos.



Algumas possíveis dúvidas

- A algália não irá sair?
 - A algália apresenta um balão na extremidade que fica dentro da bexiga, que é cheio aquando da sua colocação, evitando que esta possa sair
- A algália saiu por algum motivo, posso voltar a colocar?
 - Não o faça, a algáliação é um procedimento de Enfermagem, usando técnica asséptica e material esterilizado. Nunca a reintroduza ou troque, contate o enfermeiro.
- Por vezes necessário de pousar o saco no chão, nunca o devo fazer?
 - O saco não deve ser colocado no chão, mas caso não tenha outra opção, coloque-o primeiro protegido, dentro de um saco plástico por exemplo



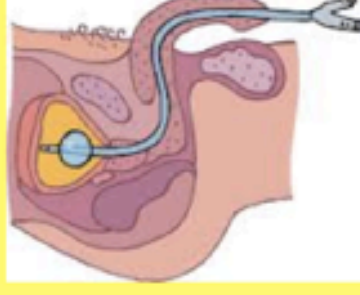
Em caso de dúvida
consulte o seu
Enfermeiro de Família

Elaborado por:

- Enf. Simão Silve¹
- Enf. Esp. Fernando Gonçalves²
- Enf. Esp. Luísa Ribeiro²
- Mestre Patrícia Coelho³

¹ Aluno do curso de pós-graduação em enfermagem de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
² Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Hospital de Braga e tutor de estágio
³ Professora do Instituto de Ciências da Saúde – Porto, Orientadora de estágio.

Proteja a sua saúde



Algália

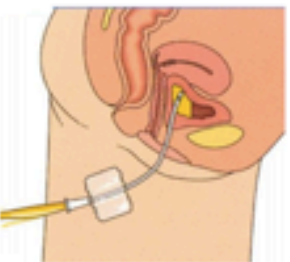


CATÓLICA
Instituto de Ciências da Saúde

Hospital
Braga

O que é a Algália

A algália consiste num tubo flexível que é introduzido através do pénis ou vagina, até à bexiga com o objetivo de drenar a urina que lá se encontra.



Porque é necessária

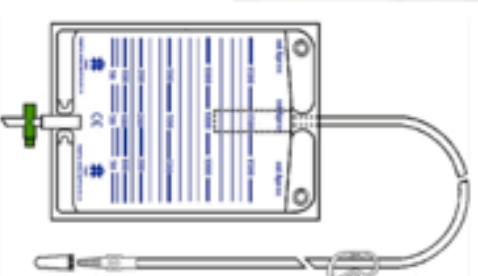
A algáliação pode ser aconselhada em três situações

- Para prevenir complicações (depois de uma cirurgia por exemplo);
- Para permitir que as vias urinárias se mantenham permeáveis;
- Para se poder contabilizar a quantidade de urina em determinado momento ou circunstância.



Cuidado a ter com a Algália

- A algália deve ser substituída com a periodicidade que o material que a compõe exige:
 - Latex: semanalmente;
 - Com revestimento de silicone: 30 em 30 dias;
 - Silicone: 3 em 3 meses;
- Os sacos coletores devem ser trocados semanalmente e esvaziados regularmente, sem nunca os deixar encher demasiado;
- Lave sempre bem as mãos antes de tocar na ligação entre a algália e o tubo do saco coletor;
- No caso de pessoas que deambulam existem sacos de menor dimensão e que podem ser adaptados à perna;
- Enquanto sentado, o saco deve sempre ficar abaixo da cintura, e no caso de estar deitado, deve ficar sempre abaixo do nível do corpo;
- O saco nunca deve estar no chão;
- A algália deve ser fixada com adesivo, na zona interna da coxa para evitar repuxamentos;
- Deve lavar bem o pénis/vagina diariamente com água e sabão;
- Deve beber cerca de 2 ou 3 litros de água, salvo indicação médica contrária.



Sinais de alerta

- Hemorragia;
- Febre; urina com mau cheiro e com sedimentos (consulte o seu Médico de Família);
- Se houver interrupção de urina, confirme se não esta dobrada em algum lugar, se não resolver, mobilize cuidadosamente a algália;
- Caso nada resolva facto de não sair urina, ou a algália se exteriorize, recorra ao seu Enfermeiro de Família

APÊNDICE III:

Formação Úlceras de Pressão



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Úlcera de Pressão

Prevenção e Tratamento

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Porto, Outubro de 2015



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Úlcera de Pressão

Prevenção e Tratamento

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, Outubro de 2015

Lista de abreviaturas:

| | |
|-------|--|
| EPUAP | European Pressure Ulcer Advisory Panel |
| HB | Hospital de Braga |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| NPUAP | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| UCI | Unidade de Cuidados Intensivos |
| UCIP | Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente |
| UCP | Universidade Católica Portuguesa |
| UP | Úlcera de Pressão |

Índice

| | |
|--|-----|
| 1 - Introdução: | 161 |
| 2 – Enquadramento Teórico | 163 |
| 2.1 – Classificação da Úlcera de Pressão: | 164 |
| 2.2 – Recomendações para a avaliação de risco: | 166 |
| 2.3 – Fatores que contribuem para a diminuição de risco: | 168 |
| 3 – Operacionalização da formação | 171 |
| 4 - Conclusão | 173 |
| 5 – Referências Bibliografias | 175 |
| 6 - Anexos | 177 |
| Anexo 1: Classificação por Nível de Evidência | 181 |
| 7 - Apêndices | 183 |
| Apêndice 1: Plano de sessão da ação de formação – “Úlcera de Pressão” | 185 |
| Apêndice 2: Diapositivos PowerPoint da formação – “Úlcera de Pressão” | 189 |
| Apêndice 3: Inquérito de avaliação da ação de formação – “Úlcera de Pressão” | 197 |

1 - Introdução:

Este trabalho foi realizado no decurso do modulo II de estágio do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), especificamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga (HB),

A realização do trabalho visa a execução de uma formação à equipa de Enfermagem da UCIP do HB, subordinada ao tema Úlceras de Pressão (UP), e tem como objetivos:

- Sensibilizar para a problemática das UP
- Definir UP
- Apresentar a classificação das UP
- Dar cumprimento a um dos objetivos pessoais de estágio previamente definido

Esta temática surge da necessidade manifestada pela equipa, em contexto de trabalho. Existe já no serviço um grupo de trabalho dedicado às feridas, e em articulação com este grupo, percebi o interesse da equipa pelas UP.

Pela atuação a este nível foi possível perceber impacto que esta temática teve nos cuidados prestados na UCIP, nomeadamente na alteração do registo e descrição das lesões.

As Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), fornecem cuidados diferenciados, a doentes em falência orgânica ou multiorgânica, com vista à recuperação e manutenção das funções vitais. Estes doentes encontram-se sujeitos a terapias invasivas como: a ventilação mecânica; sedação; realização de medicação vasoativa, entre outras, que lhes condicionam uma maior propensão ao desenvolvimento de UP (*Carvalho, Priscila O.; Gomes, Andreza; Gomes, Eduardo; Valença, Marília; Cavacanti, 2015*).

As UP são consideradas um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde, sendo que a maioria destas são evitáveis (*European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2014*) (*Van Den Bos et al., 2011*).

A formação contínua dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, bem como a correta alocação de recursos humanos para a avaliação de risco de

desenvolvimento de UP e a implementação de cuidados preventivos e terapêuticos, são um importante mecanismo de redução da incidência de UP (*ASCARI et al., 2014*).

Além do trabalho da equipa de Enfermagem, faz-se necessário o acompanhamento multidisciplinar na prevenção das UP.

A metodologia utilizada para a realização do trabalho foi descritiva através da pesquisa bibliográfica, com base nesta foi compilada a informação relevante e atual necessária para a realização deste.

Relativamente a sua estrutura interna o trabalho irá iniciar-se por um enquadramento teórico do tema em análise, seguindo-se da classificação das UP em 4 categorias/fases; as recomendações para avaliação de risco e os fatores que contribuem para a diminuição de risco de desenvolvimento de UP. Por fim, seguir-se-ão as conclusões e os apêndices.

2 – Enquadramento Teórico

A UP é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente consequente da exposição a forças de pressão ou à conjugação de força de pressão e torção, surgindo habitualmente em locais de proeminências ósseas (European Pressure Ulcer Advisory Pane, 2009).

Apesar dos enormes avanços conseguidos nos últimos anos, no que se refere à prevenção e tratamento das UP, estas continuam a ser uma importante causa de morbidade e mortalidade, constituindo um enorme impacto para a vida e qualidade de vida dos doentes, e acarretando um enorme impacto económico e social para a saúde pública (Ascari et al., 2014).

No que respeita a doentes internados em UCI têm sido vários os fatores de risco associados ao desenvolvimento de UP, que incluem: alterações/deficits nutricionais; ventilação mecânica; alterações circulatórias; idade; períodos prolongados de hospitalização; sepsis; nefropatias; lesão medular e doenças crónicas como diabetes (Serpa, Carolina, & Faustino, 2011).

A implementação de medidas preventivas, tem demonstrado uma significativa redução da incidência das UP em contexto hospitalar. Como parte integrante das medidas de prevenção encontra-se a avaliação de risco, pela aplicação de escalas validadas, sendo que a escala de Braden é a mais utilizada pela sua especificidade e sensibilidade (Carvalho, Priscila O.; Gomes, Andreza; Gomes, Eduardo; Valença, Marília; Cavacanti, 2015).

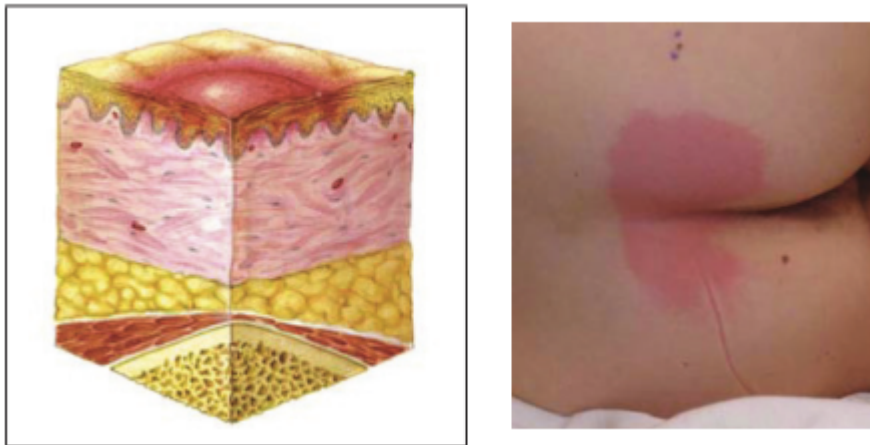
As principais medidas preventivas, no que concerne a redução do risco de desenvolvimento das UP, são a implementação de mecanismos de distribuição da pressão a mudança periódica de posição, controlo da incontinência, cuidados com a pele e nutrição (Ascari et al., 2014).

2.1 – Classificação da Úlcera de Pressão:

Quanto à classificação das UP, o European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel apresentam um modelo de classificação de UP por categorias/fases (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009).

Categoria/fase I: Eritema não branqueável: Eritema não branqueável em pele íntegra, localizado habitualmente sobre proeminências ósseas, descoloração da pele, edema e calor, podendo por vezes apresentar tumefação e dor. A área de eritema pode ser dolorosa ao toque, tensa, com alteração térmica face à pele circundante. Este eritema é por vezes difícil de identificar em indivíduos com tons de pele mais escuros.

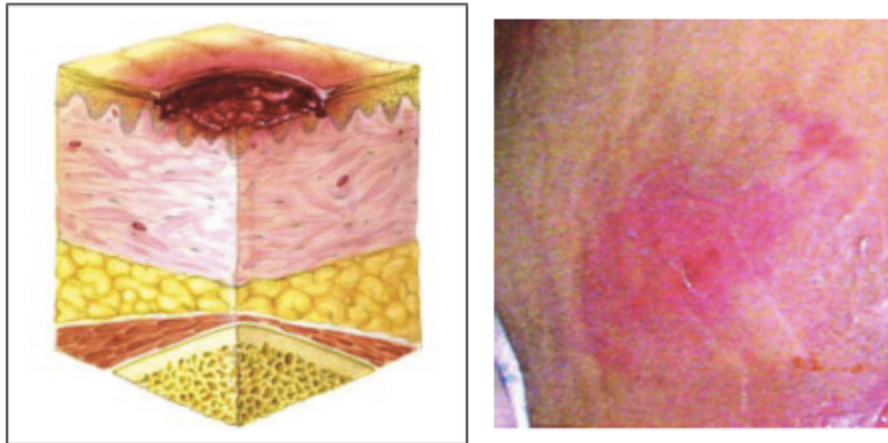
Imagem 1 Úlcera de Categoria I



Fonte: (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

Categoria/fase II: Perda parcial da espessura da pele ou flictena: Ferida superficial, brilhante ou seca, caracterizada por perda parcial da derme, com leito da ferida vermelho ou rosa, não se verificando presença de crosta. Pode também apresentar-se sob a forma de flictena, fechada ou aberta, com líquido seroso ou sero-hemático.

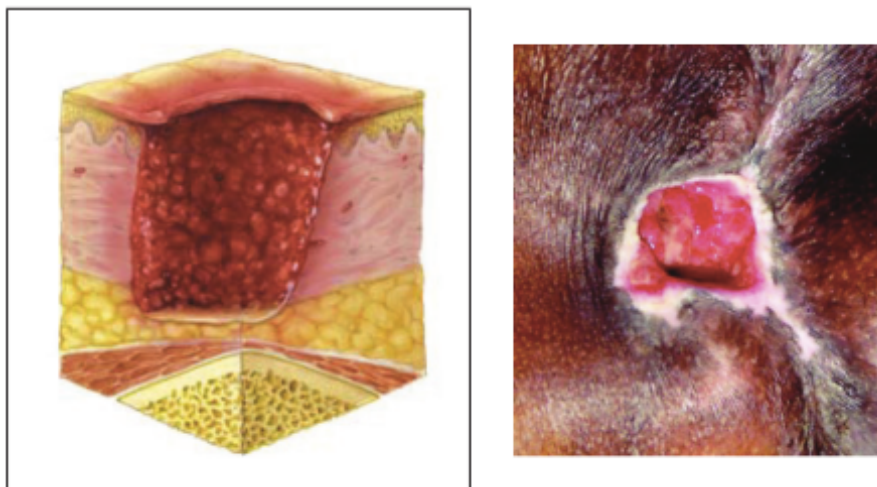
Imagem 2: Úlcera de Categoria II



Fonte: (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

Categoria/fase III: Perda total da espessura da pele: Ferida com perda total da espessura da derme, com exposição do tecido celular subcutâneo, pode apresentar tecido desvitalizado (como fibrina húmida). Pode também incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade deste tipo de úlcera pode variar dependendo da região anômica. Locais com grande espessura de tecido subcutâneo podem apresentar feridas cavitárias, locais sem tecido celular subcutâneo (locais cartilágíneos por ex.) apresentam feridas planas. Nestas lesões, as estruturas como osso ou tendão não se encontram visíveis ou diretamente palpáveis.

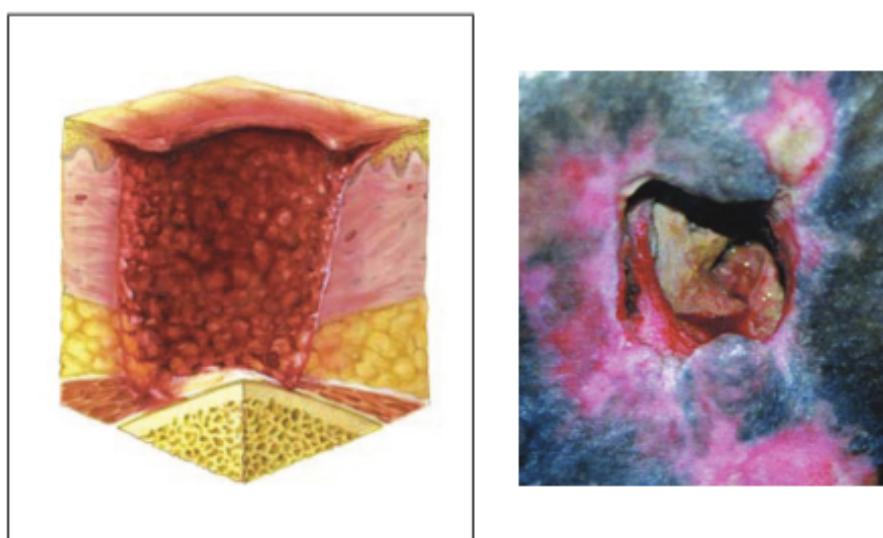
Imagem 3: Úlcera de Categoria III



Fonte: (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

Categoria/fase IV: Perda total da espessura dos tecidos: Lesão com perda total da espessura dos tecidos com exposição de músculo e tendões. Pode apresentar tecido desvitalizado como fibrina húmida ou tecido de necrose. São muito frequentemente cavitárias e podem apresentar trajetos fistulosos. Pela exposição de estruturas profundas como músculo, fâscias, cápsulas articulares e osso, diretamente visíveis ou palpáveis, estas lesões acarretam um risco considerável de osteíte e osteomielite.

Imagem 4: Úlcera de Categoria III



Fonte: (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

2.2 – Recomendações para a avaliação de risco:

A investigação em torno da problemática das UP tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, proporcionando assim um melhor conhecimento sobre os fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento das UP.

Com base neste conhecimento específico, e tendo por base a classificação do nível de evidencia de cada recomendação (ver Anexo 1), o EPUAP juntamente com o NPUAP apresentam como princípios básicos para a avaliação de risco:

1. Realizar uma avaliação de risco estruturada assim que possível, nas primeiras

- oito horas após a admissão do doente, no sentido de identificar os indivíduos em risco de desenvolver UP (Nível de evidencia C);
2. Repetir a avaliação de risco sempre que necessário tendo em conta a situação do doente (Nível de evidencia C);
 3. Repetir a avaliação sempre que exista alguma alteração significativa a condição do doente (Nível de evidencia C);
 4. Incluir a avaliação da condição da pele como parte integrante de qualquer avaliação de risco, com vista a identificar qualquer alteração ao estado normal da pele (Nível de evidencia C);
 5. Formar os profissionais de saúde, sobre a metodologia para obter uma avaliação de risco rigorosa e fiável (nível de evidencia B);
 6. Registar todas as avaliações de risco (Nível de evidencia C);
 7. Desenvolver e implementar um plano de prevenção de risco, para todos os doentes identificados como em risco de desenvolver UP (Nível de evidencia C);
 8. Usar uma abordagem estruturada de avaliação de risco que inclua avaliação da atividade e mobilidade (Nível de evidencia C);
 9. Ter em consideração os principais fatores de risco na avaliação do doente em risco de desenvolver UP (Nível de evidencia C):
 - a. Indicadores nutricionais;
 - b. Fatores que afetam a perfusão e a oxigenação;
 - c. Humidade da pele;
 - d. Idade avançada;
 10. Ter em consideração o potencial impacto dos seguintes fatores na avaliação de risco (Nível de evidencia C):
 - a. Fricção e forças de torção;
 - b. Perceção sensorial;
 - c. Estado geral de saúde;
 - d. Temperatura corporal;

2.3 – Fatores que contribuem para a diminuição de risco:

Posto isto, percebe-se que vários são os fatores preponderantes para o aparecimento ou maior potencial de UP. Pelo que se associam a estes ainda, outros fatores ou necessidades para diminuir a probabilidade de aparecimento das UP.

A **avaliação da pele**, surge como essencial em todo este processo. A realização de uma avaliação completa, realizada por profissionais experientes e formados com capacidade de intervir no caso de branqueamento da pele, calor local, edema e tumefação. A inspeção de zonas ruborizadas e com maior periodicidade em doente com maior pigmentação cutânea, bem como a inspeção regular devido à pressão provocada por dispositivos médicos, sem nunca descorar a colaboração que o doente nos pode oferecer, na medida em que pode referir as áreas em que sente maior desconforto, que possa surgir devido à pressão.

No seguimento das intervenções de avaliação, surgem os **cuidados com pele**, na medida em que é crucial que o profissional que posiciona o doente, não o faça sob estruturas que ainda se encontram ruborizadas devido a pressão prévia; não massage esse local; utilize hidratantes de forma a aumentar a capacidade elástica da pele e proteja a pele da humidade excessiva, como é o caso de fluidos corporais, usando como exemplo os cremes de barreira.

Quando se fala em risco de UP, automaticamente das primeiras atitudes que surgem é referente à **alternância de decúbitos**. Esta técnica tem por objetivo reduzir a duração e amplitude da pressão exercida em determinada zona corporal. Sendo que deverá ter-se sempre em conta o conforto, a dignidade e capacidade funcional do doente. Assim, deverá implementar-se posicionamentos em que a pressão seja aliviada ou redistribuída; em que se evite sujeitar a pele à pressão ou a forças de torção; em que se evite que o doente fique em pressão sob dispositivos médicos; sob proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável; evitar posicionamentos como semi-deitado, lateral a 90° ou fowler acima de 30°. Ainda neste fator, é necessário sublinhar a importância da **frequência do posicionamento**, na medida em que, apesar de essa frequência estar estritamente ligada às variáveis do doente e à superfície de contacto, sabe-se que deverá ser definida mediante a tolerância dos tecidos, pela condição médica do doente, pelos

objetivos do tratamento e pelo seu nível de mobilidade/atividade, tendo como base o conforto e vontade do próprio doente.

Como já referido anteriormente, **a superfície de contacto** do doente, é de extrema importância no que se refere ao risco de UP, na medida em que pode funcionar como potenciadora de risco ou pelo contrário, ser usada a favor do doente como minimizadora do risco de UP. No momento da seleção das superfícies de contacto, deve ter-se em linha de conta a mobilidade do doente, a prestação de cuidados e ainda o microclima pretendido.

No caso dos colchões, devem optar-se por colchoes de espuma altamente específicos em vez dos de espuma standard. Os colchões de pressão alterna só devem ser usados no caso das células não serem demasiado pequenas (inferiores a 10cm), dado que não têm capacidade de alívio de pressão das células desinsufladas.

Para prevenir a pressão nos calcâneos deve optar-se por mecanismos que os coloquem numa posição elevada, não permitindo o contacto dos mesmos com a superfície do leito, mas sem colocar demasiada tensão no tendão de Aquiles ou zona poplíteia, usar por exemplo uma almofada na zona dos gêmeos, o mesmo deverá ser feito no caso dos membros superiores relativamente aos cotovelos por ex.

No caso da posição de sentado, vários estudos comprovam que as almofadas de assento de redistribuição de pressão previnem o desenvolvimento das UP, sendo que à semelhança de outros posicionamentos, a alternância de decúbitos é de extrema importância.

Independente do mecanismo que usemos para nos apoiar na diminuição do risco de UP, nenhum substitui ou coloca de parte os posicionamentos estipulados para o doente em causa, os mecanismos seleccionados devem ser usados como uma parceria.

Todos estes fatores carecem de um registo constante e pormenorizado de forma a, não só promover e desenvolver um melhor cuidado, como a produzir indicadores que nos permitam crescer enquanto profissão.

3 – Operacionalização da formação

Sendo a área do tratamento das úlceras de pressão um foco da atenção da equipa, existe já na UCIP, uma grupo de trabalho especialmente vocacionada para o tratamento de feridas. Neste sentido, esta formação faz todo o sentido que seja articulada com este grupo, para que se enquadre da melhor forma no seu plano de formação.

Do ponto de vista de operacionalização da formação, os elementos desta formação serão disponibilizados ao grupo e a formação ficará a aguarda a implementação de acordo com o seu programa de formação.

No âmbito da formação foi elabora um plano de sessão (Apêndice 1); Apresentação PowerPoint (Apêndice 2); Inquérito de avaliação da ação de formação (Apêndice 3); como manual da formação será disponibilizado o presente trabalho, para que o grupo de trabalho possa englobar nos seus manuais de formação.

Todos estes elementos da formação serão disponibilizados ao grupo de trabalho e igualmente disponibilizados à chefia do serviço, após validação por parte do enfermeiro tutor de estágio e da professora responsável pela minha orientação em contexto de estágio.

4 - Conclusão

Não há dúvida de que o cuidado é um procedimento complexo, necessário e permanente no trabalho do Enfermeiro, estando sujeito a um contínuo aperfeiçoamento para atender às necessidades do doente.

A especialização em Enfermagem deve ser também promotora de outras competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação.

O doente crítico, por si só, necessita de cuidados diferenciados do enfermeiro, mas estes cuidados só serão globais se atenderem a todas as dimensões e acima de tudo se valorizarem os pequenos grandes pormenores, o implícito e o que pode ser prevenido.

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

As UP são um foco dos cuidados de Enfermagem, e a sua prevenção e tratamento são determinantes na vida e qualidade de vida dos doentes. São um importante foco de morbilidade e é imperativo que o planeamento e execução dos cuidados sejam efetivos e no respeito pelo estado da arte.

O enfermeiro e em especial o especialista em EMC devem estar cientes da importância que o seu cuidado e o seu planeamento da assistência são uma componente determinante da excelência na prevenção e tratamento das UP.

Não basta ser excelente na prática, dominar a componente da patologia e do tecnicismo que estas unidades emanam, é necessário enveredar pela excelência dos cuidados alicerçados no conhecimento de enfermagem

5 – Referências Bibliografias

- Ascari, A.; Veloso, J.; Silva, O. M.; Kessler, M.; Jacoby, A. M.; Schwaab, G. (2014). Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. (Portuguese). *PRESSURE ULCERS: A CHALLENGE FOR NURSING. (English)*, 6(1), 11–16.
- Carvalho, P.; Gomes, A.; Gomes, E.; Valença, M.; Cavacanti, A. (2015). Risk assessment for development of pressure ulcers in critical patients. *Journal of Nursing*, 9(7). <http://doi.org/10.5205/reuol.7651-67144-1-SM.0907201502>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). Treatment of pressure ulcers : Quick Reference Guide . *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 1–47.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide. Clinical Practice Guideline*.
- Serpa, L., Carolina, T., & Faustino, G. (2011). Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19(1), 1–8.
- Van Den Bos, J., Rustagi, K., Gray, T., Halford, M., Ziemkiewicz, E., Shreve, J. (2011). The \$17.1 billion problem: The annual cost of measurable medical errors. *Health Affairs*, 30(4), 596–603. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0084>

6 - Anexos

Anexo 1: Classificação por Nível de Evidência

Anexo 1: Classificação por Nível de Evidência

| Nível de evidência | |
|--------------------|---|
| A | A recomendação é suportada por uma evidência científica direta proveniente de ensaios controlados devidamente concebidos e implementados em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera de pressão), fornecem resultados estatísticos que suportam de forma consistente a recomendação. |
| B | A recomendação é suportada por evidência científica direta de estudos clínicos devidamente concebidos e implementados em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlceras de pressão), fornecendo resultados estatísticos que suportam a recomendação de forma consistente (estudos de nível 2,3,4 e 5) |
| C | A recomendação é suportada por uma evidência indireta (e.g., estudos em sujeitos humanos saudáveis, humanos com outro tipo de feridas crônicas, modelos animais) e/ou opinião de peritos. |

Fonte:(Epuap, 2009)

7 - Apêndices

Apêndice 1: Plano de sessão da ação de formação – “Úlcera de Pressão”

Plano de Sessão

Formador:

Data:

Duração: 50 minutos



Tema: Úlcera de Pressão: Classificação, Princípios para a Avaliação do Risco e Fatores que Diminuem o Risco

Público-alvo: Enfermeiros da UCIP do HB

Objetivos gerais: Compreender a importância de uma correta avaliação de risco de desenvolvimento de UP e potenciar a diminuição do Risco de desenvolver UP

| Momento | Conteúdos | Métodos/Técnicas | Recursos Didáticos | Tempo |
|------------------------|--|--|---------------------------|--------------|
| Introdução | Avaliação dos pré-requisitos Introdução ao conteúdo da sessão Comunicação dos objetivos gerais e específicos | Método expositivo/Técnica de exposição e Método interrogativo/Técnica de formulação de perguntas | Computador e Data show | 5 |
| Desenvolvimento | Apresentação da classificação de úlcera de pressão Princípios da avaliação de risco de úlcera de pressão Fatores que influencia o risco de úlcera de pressão | Método expositivo/Técnica de exposição | Computador e Data show | 35 |
| Conclusão | Síntese da sessão | Método expositivo/Técnica de exposição | Computador e Data show | 3 |
| Avaliação | Avaliação da formação | Método interrogativo/Técnica de formulação de perguntas | Computador e Data show | 7 |

Apêndice 2: Diapositivos da Ação de formação – “Úlcera de Pressão”


CATÓLICA PORTO
 CIÊNCIAS DA SAÚDE


Úlcera de Pressão
 Classificação - Princípios para a Avaliação de Risco e
 Fatores que Diminuem o Risco

Sandra Silva

Úlcera de Pressão


- Definição
- Classificação
- Avaliação de Risco
- Diminuição de Risco




Slide nº 1 - Autor: Sandra Silva

Definição:

A úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, consequente à exposição a forças de pressão ou à conjugação de força de pressão e torção, surgindo habitualmente em locais de proeminência óssea. (Egusa, 2008)




Slide nº 2 - Autor: Sandra Silva

Classificação

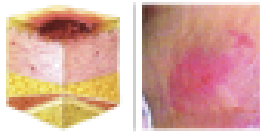
Categoria/fase I: Eritema não branqueável: Eritema não branqueável em pele íntegra, localizada habitualmente sobre proeminências ósseas, descoloração da pele, edema e calor, podendo por vezes apresentar tumefação e dor. A área de eritema pode ser dolorosa ao toque, tensa, com alteração térmica face à pele circundante. Este eritema é por vezes difícil de identificar em indivíduos com tons de pele mais escuros.




Slide nº 3 - Autor: Sandra Silva

Classificação

Categoria/fase II: Perda parcial da espessura da pele ou flictena: Ferida superficial, brilhante ou seca, caracterizada por perda parcial da derme, com leito da ferida vermelho ou rosa, não se verificando a presença de crosta. Pode também apresentar-se sob a forma de flictena, fechada ou aberta, com líquido seroso ou sero-fibrinoso.



Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas

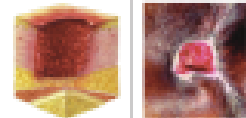


Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas

Slides 48 | Agrad. Dra. Joana Silva

Classificação

Categoria/fase III: Perda total da espessura da pele: Ferida com perda total da espessura da derme, com exposição do tecido celular subcutâneo, pode apresentar tecido desvitalizado (como fibrina húmida). Pode também incluir lesão cartilágea e encapsulamento. A profundidade deste tipo de úlcera pode variar dependendo da região anatómica. Locais com grande espessura de tecido subcutâneo podem apresentar feridas cartilágeas, sem tecido celular subcutâneo apresentam feridas planas. Nestas lesões as estruturas como osso ou tendão não se encontram visíveis e a distância palpáveis.



Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas

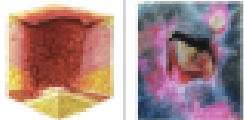


Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas

Slides 49 | Agrad. Dra. Joana Silva

Classificação

Categoria/fase IV: Perda total da espessura dos tecidos: Lesão com perda total da espessura dos tecidos com exposição de músculo e tendões, pode apresentar tecido desvitalizado como fibrina húmida ou tecido de necrose. São muito frequentemente cartilágeas e podem apresentar trajetos fistulosos. Pela exposição de estruturas profundas como músculos, fálxias, cápsulas articulares e osso, diretamente visíveis ou palpáveis, estas lesões acarretam um risco considerável de celulite e osteomielite.



Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas



Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas

Slides 50 | Agrad. Dra. Joana Silva

Princípios para a Avaliação de Risco



1. Realizar uma avaliação de risco estruturada desde assim que possível, nas primeiras oito horas após a admissão do utente, no sentido de identificar os doentes em risco de desenvolver úlceras de pressão (Nível de evidência C);
2. Repetir a avaliação de risco sempre que necessário tendo em conta a situação do doente (Nível de evidência C);



Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas



Sociedade Portuguesa de Cuidados das Feridas

Slides 51 | Agrad. Dra. Joana Silva

Princípios para a Avaliação de Risco



3. Repetir a avaliação sempre que exista alguma alteração significativa a condição do doente (Nível de evidência C);
4. Incluir a avaliação da condição da pele como parte integrante de qualquer avaliação de risco, com vista a identificar qualquer alteração ao estado normal da pele (Nível de evidência C);

Princípios para a Avaliação de Risco



5. Formar os profissionais de saúde, sobre a metodologia para obter uma avaliação de risco rigorosa e fiável (Nível de evidência B);
6. Registrar todas as avaliações de risco (Nível de evidência C);

Princípios para a Avaliação de Risco



7. Desenvolver e implementar um plano de prevenção de risco, para todos os doentes identificados como em risco de desenvolver úlceras de pressão (Nível de evidência C);
8. Usar uma abordagem estruturada de avaliação de risco que inclua avaliação da atividade e mobilidade (Nível de evidência C);

Princípios para a Avaliação de Risco



9. Ter em consideração os principais fatores de risco na avaliação do doente em risco de desenvolver úlceras de pressão (Nível de evidência C):
 - a. Indicadores nutricionais;
 - b. Fatores que afetam a perfusão e a oxigenação;
 - c. Humidade da pele;
 - d. Idade avançada.

Princípios para a Avaliação de Risco



10. Ter em consideração o potencial impacto dos seguintes fatores na avaliação de risco (Riesgo de incidência C):

1. Fricção e forças de tração;
2. Perceção sensorial;
3. Estado geral de saúde;
4. Temperatura corporal.



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Site: www.sppg.pt

Fatores que Diminuem o Risco



• **Avaliação da pele:** Vigiar branqueamento da pele, calor local, edema, tumefação e zonas ruborizadas (com maior periodicidade em doentes com maior pigmentação cutânea), vigiar a pele seca (emite-se devido à pressão provocada por dispositivos médicos, num cuidadosar a coloboração que o doente nos pode oferecer; na realidade em que pode referir as áreas em que sente maior desconforto).



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Fatores que Diminuem o Risco

• **Cuidados com a pele:** Não posicionar sob estruturas que ainda se encontram ruborizadas devido a pressão prévia; não massajar esse local; utilizar hidratantes de forma a aumentar a capacidade elástica da pele e proteger a pele da humidade excessiva;



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Fatores que Diminuem o Risco

• **Atenção de deórticos:** Optar por posicionamentos em que a pressão seja alternativa e redistribuída; em que se evite sujeitar a pele à pressão ou a forças de tração; em que se evite que o doente fique em pressão sob dispositivos médicos; sob proeminências ósseas que apresentem entumescimento brando (até 30º ou fover acima de 30º).



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Fatores que Diminuem o Risco

• **Frequência do posicionamento:** A frequência está intimamente ligada às variáveis do doente e à superfície de contacto, sabendo que deverá ser definida mediante a tolerância dos tecidos, pela condição médica do doente, pelos objetivos do tratamento e pelo seu nível de mobilidade/atividade, tendo como base o conforto e ventação do próprio doente.



Fatores que Diminuem o Risco

• **Superfície de contacto:** A seleção da superfície de contacto irá depender da mobilidade do doente, a prestação de cuidados e ainda o microclima pretendido.



Fatores que Diminuem o Risco

Superfície de contacto:

1. **Colchões:** Devem optar-se por colchões de espuma altamente espessificados em vez dos de espuma standard. Os colchões de pressão a termo só devem ser usados no caso das cúlitas não serem demasiado pequenas (inferiores a 30cm).



2. **Posição de sentado:** Vários estudos comprovam que as almofadas de assento de redistribuição de pressão previnem o desenvolvimento das úlceras de pressão.

3. **Membros superiores e inferiores:** Deve cotar-se por mecanismos que os coloquem numa posição elevada, não permitindo o contacto das mesmas com a superfície do leito, mas sem colocar demasiada tensão nas estruturas subjacentes.

Conclusão

O doente crítico por si só necessita de cuidados diferenciados do enfermeiro mas estes cuidados só serão globais se atenderem a todas as dimensões e acima de tudo se se valorizarem os pequenos gestos preventivos, o implícito é o que pode ser prevenido.

As Úlceras de Pressão são um foco dos cuidados de enfermagem, e a sua prevenção e tratamento são determinantes na vida e qualidade de vida dos doentes. São um importante foco de mobilidade e é imperativo que o planeamento e execução dos cuidados sejam efetivos e no respeito pelo estado da arte.



**Apêndice 3: Inquérito de avaliação da ação de formação –
“Úlcera de Pressão”**

Avaliação da Ação de Formação

Úlceras de Pressão

Local:

Data:

Escala de Avaliação

| Discordo Totalmente | Discordo | Não Concordo Nem Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Formação:

1 **2** **3** **4** **5**

Adequação do material pedagógico

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Organização da formação

Conteúdo:

Pertinência da temática

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

Conteúdo:

Domínio da temática

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Capacidade de motivação

Clareza na transmissão do conteúdo

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE IV:
Proposta de Melhoria Sistema de Registro
B-Simple



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Úlcera de Pressão

Proposta de Melhoria do Sistema de Registo

B-Simple

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Porto, Outubro de 2015



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Úlcera de Pressão

Proposta de Melhoria do Sistema de Registo

B-Simple

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, Outubro de 2015

Lista de abreviaturas:

| | |
|-------|--|
| EPUAP | European Pressure Ulcer Advisory Panel |
| HB | Hospital de Braga |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| MOWA | Mobile Wound Analyser |
| NPUAP | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| PUSH | Pressure Ulcer Scale for Healing |
| UCI | Unidade de Cuidados Intensivos |
| UCIP | Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente |
| UCP | Universidade Católica Portuguesa |
| UP | Úlcera de Pressão |

Índice

| | |
|---|-----|
| 1 - Introdução:..... | 211 |
| 2 – Enquadramento Teórico | 213 |
| 3 – Proposta de Melhoria ao Sistema de Registo Informático..... | 215 |
| 4 – Fluxograma de Aprovação e Implementação | 217 |
| 4 - Conclusão | 219 |
| 5 – Referências Bibliografias | 221 |

1 - Introdução:

Este trabalho foi realizado no decurso do modulo II de estágio do curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), especificamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga (HB),

A realização deste trabalho visa dar resposta a uma necessidade sentida no que respeita à gestão dos registos relativos a úlceras de pressão (UP), no sistema B-Simple[®]. Da análise conjunta, desta problemática, realizada com a Enfermeira Chefe e com o tutor de estágio, propus-me a apresentar uma proposta de melhoria para o aplicativo informático, com vista a melhor responder à exigência dos registos, e para tornar possível uma melhor análise da evolução do processo cicatricial da ferida.

Os objetivos para este trabalho são:

- Identificar aspetos importantes de registo da avaliação das UP;
- Sensibilizar para a problemática das UP;
- Sensibilizar para a importância da avaliação objetiva das UP;
- Apresentar uma proposta de melhoria ao modelo de registo atual;
- Dar cumprimento a um dos objetivos pessoais de estágio previamente definido.

As Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), fornecem cuidados diferenciados, a doentes em falência orgânica ou multiorgânica, com vista à recuperação e manutenção das funções vitais. Estes doentes encontram-se sujeitos a terapias invasivas como: a ventilação mecânica; sedação; realização de medicação vasoativa, entre outras, que lhes condicionam uma maior propensão ao desenvolvimento de UP (*Carvalho, Priscila O.; Gomes, Andreza; Gomes, Eduardo; Valença, Marília; Cavacanti, 2015*).

As UP são consideradas um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde, sendo que a maioria destas são evitáveis (*European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014*) (*van den Bos et al., 2011*).

A formação contínua dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, bem como a correta alocação de recursos humanos para a avaliação de risco de desenvolvimento de UP e a implementação de cuidados preventivos e terapêuticos, são um importante mecanismo de redução da incidência de UP. (*Ascari et al., 2014*)

Além do trabalho da equipa de Enfermagem, faz-se necessário o acompanhamento multidisciplinar na prevenção das UP.

Este trabalho irá iniciar-se por um enquadramento teórico do tema em análise, em segundo ponto, procede-se à apresentação da proposta de alteração ao sistema de registo informático, seguindo-se a apresentação do fluxograma e aprovação/implementação. Por último, seguir-se-ão as conclusões.

2 – Enquadramento Teórico

A UP é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente consequente da exposição a forças de pressão ou à conjugação de força de pressão e torção, surgindo habitualmente em locais de proeminências ósseas (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2009).

Apesar dos enormes avanços conseguidos nos últimos anos, no que se refere à prevenção e tratamento das UP, estas continuam a ser uma importante causa de morbilidade e mortalidade, constituindo um enorme impacto para a vida e qualidade de vida dos doentes, e acarretando um enorme impacto económico e social para a saúde pública. (Ascari et al., 2014).

A medição bidimensional é a forma mais simples e mais comum utilizada para a medição da dimensão das UP, este método inclui técnicas como a medição linear, traçados por decalque e fotografias (Carvalho et al., 2006).

O NPUAP apresenta uma escala de cicatrização de úlceras de pressão (PUSH - Pressure Ulcer Scale for Healing), com vista à monitorização do processo cicatricial, que assenta em três variáveis: a área de superfície (comprimento x largura), quantidade de exsudado e tipo de tecido (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998).

A medição da superfície da ferida, pelas técnicas de traçado (utilizando uma superfície estéril de decalque) ou a medição “largura x altura”, são sujeitas a um menor custo imediato, mas no entanto condicionam uma maior manipulação da ferida e podem incorrer mais facilmente na produção de estímulo doloroso. O registo fotográfico pode desta forma ser uma alternativa mais vantajosa, na medida em que permite, pela utilização de software específico, fornecer o tamanho relativo da ferida, bem como registar as características da lesão e da pele circundante (Carvalho et al., 2006).

Existe atualmente disponível entre os softwares de planimetria de feridas, o MOWA[®] (Mobile Wound Analyser), um software em formato de aplicativo para smartphones e tablets, que permite através do registo fotográfico calcular a dimensão da ferida em centímetros, permite ainda guardar o registo ou exporta-lo em formato “.pdf” para outros dispositivos. Possui ainda outras funcionalidades ligadas à análise do tipo de

tecido presente na ferida e gera recomendações de tratamento com base nas orientações da NPUAP. (Healthpath, acessado em 01.11.2015)

3 – Proposta de Melhoria ao Sistema de Registo Informático

Atendendo à análise realizada da realidade do serviço, percebi que do ponto de vista documental existia algum deficit no registo da informação relativa às feridas, e em particular às UP. O sistema informático em utilização permite o registo das características das feridas mas a subjetividade de alguns dados e a ausência de registo fotográfico da evolução da ferida geram alguma dificuldade em acompanhar com a devida acuidade a evolução do processo cicatricial da ferida.

Perante esta dificuldade sentida, algum dos elementos da equipa optam por realizar um registo fotográfico que armazenam em suporte digital (sem estar disponível no processo informático do doente), como forma de melhor relatar as feridas e poderem avaliar convenientemente a evolução das feridas, sempre na procura do melhor cuidado para o doente.

Neste sentido, e pelo anteriormente exposto, percebi que seria importante a formulação da proposta de alteração ao sistema de registo informático com vista à integração do registo fotográfico da avaliação da ferida (em que se incluem as UP).

O segundo ponto de alteração visaria a possibilidade de criar uma interligação entre o relatório de planimetria por registo fotográfico com o sistema de registo do doente. Ou seja, estando disponível no serviço um equipamento portátil (tablet ou smartphone) equipado com o software MOWA[®], permitia a migração dos dados de planimetria deste para o sistema de registo B-Simple[®].

Desta forma seria possível diminuir a margem de erro na avaliação da área da ferida, evitar a manipulação excessiva e desnecessária da ferida, melhorar o conforto do doente, diminuir o risco de infeção da ferida e melhorar o registo e acompanhamento do processo cicatricial da ferida, com especial enfoque nas UP (por ser uma área na qual o serviço nutre uma preocupação especial de melhoria).

4 – Fluxograma de Aprovação e Implementação

No que se refere ao processo de aprovação e implementação da proposta de alteração, este tem de respeitar o fluxograma institucional, neste sentido, numa primeira fase este projeto deve ser exposto à Enfermeira Chefe da UCIP e ao Diretor de Serviço. Após avaliação e aprovação deste, a proposta segue para a Direção de Enfermagem, que avaliará a proposta podendo requerer parecer técnico, científico, e ético de acordo com a sua avaliação.

Avança depois para a desenvolvimento técnico, junto do departamento de informática do hospital, que avalia a operacionalidade e procede à elaboração da atualização a ser instalada com a alteração pretendida.

Após a conclusão do processo técnico, surge a necessidade de elaboração de uma formação com base no interface criado para a nova atualização, a ser ministrada à equipa de Enfermagem e médica do serviço, numa formação que deve ser conjunta entre o engenheiro informático e o enfermeiro responsável pelo processo de implementação. Após esta formação pode ainda ter lugar uma fase de teste da aplicação, com vista a identificar falhas ou conflitos de implementação.

Por fim, estando o processo desenvolvido e testado, e a atualização pronta para implementação, resta apenas implementar de forma generalizada no serviço, e assumir a ferramenta como padrão de registo para as suas áreas de aplicação.

Para mais fácil compreensão apresento de seguida o resumo do fluxograma de Aprovação e Implementação da alteração.

Fluxograma de Aprovação para Implementação



4 - Conclusão

Não há dúvida de que o cuidado é um procedimento complexo, necessário e permanente no trabalho do Enfermeiro, estando sujeito a um contínuo aperfeiçoamento para atender às necessidades do doente.

A especialização em Enfermagem deve ser também promotora de outras competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação.

A utilização do saber científico, no melhor recurso da tecnologia, é uma importante ferramenta ao alcance dos Enfermeiros. É um imperativo que com o avançar do estado da arte e com o contributo dos recursos tecnológicos, o Enfermeiro e em especial o Enfermeiro Especialista seja capaz de pensar a sua prática na busca do melhor cuidado para o doente.

A planimetria é assim um recurso importante, na promoção de um registo sistemático e rigoroso, que potencia a continuidade dos cuidados na melhor tradução e visibilidade do processo de cicatrização das UP.

No contexto da prática, o contributo de todos os profissionais é essencial para a evolução e ajustamento de todos os sistemas de registo, na medida em que é neste que a operacionalização dos cuidados ganha forma e sentido.

5 – Referências Bibliográficas

- Ascari, r. A., Veloso, J., da Silva, O. M., Kessler, M., Jacoby, a. M., & Schwaab, G. (2014). Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. (portuguese). *Pressure ulcers: a challenge for nursing. (english)*, 6(1), 11–16.
- Carvalho, D., Gomes, F., Carmo, D., Bastista, J., & Viana, M. (2006). Planimetry as a method for measuring wounds. *Reme*, 10(4), 425–428.
- Carvalho, Priscila O.; Gomes, Andreza; Gomes, Eduardo; Valença, Marília; Cavacanti, A. (2015). Risk assessment for development of pressure ulcers in critical patients. *Journal of nursing*, 9(7). [Http://doi.org/10.5205/reuol.7651-67144-1-sm.0907201502](http://doi.org/10.5205/reuol.7651-67144-1-sm.0907201502)
- Epuap. (2009). Treatment of pressure ulcers : quick reference guide . *European pressure ulcer advisory panel and national pressure ulcer advisory panel*, 1–47.
- European pressure ulcer advisory panel and national pressure ulcer advisory panel, p. P. P. I. A. (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers : quick reference guide. Clinical practice guideline*.
- Healthpath. Mowa user manual. Obtido 1 de novembro de 2015, de <http://www.healthpath.it/files/mowa-manual-rev-1.2-eng.pdf>
- National pressure ulcer advisory panel. (1998). Pressure ulcer scale for healing (push) push tool 3.0. *Push tool*, 3.0, 0–1.
- Van Den Bos, J., Rustagi, K., Gray, T., Halford, M., Ziemkiewicz, E., & Shreve, J. (2011). The \$17.1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. *Health affairs*, 30(4), 596–603. [Http://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0084](http://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0084)

APÊNDICE V:

Enfarte Agudo de Miocárdio com elevação do segmento ST – Análise estatística na Viatura Médica de Emergência e Reanimação



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Enfarte Agudo de Miocárdio com elevação
do segmento ST – Análise estatística na
Viatura Médica de Emergência e
Reanimação**

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Porto, Junho de 2015



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Enfarte Agudo de Miocárdio com elevação
do segmento ST– Análise estatística na
Viatura Médica de Emergência e
Reanimação**

Aluno: Simão Pedro Pereira da Silva

Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, Junho de 2015

Lista de abreviaturas:

| | |
|---------|--|
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| BCRE | Bloqueio Completo de ramo Esquerdo |
| CEC | Conselho Europeu de Cardiologia |
| DCA | Doença Coronária Aguda |
| EAM | Enfarte Agudo de Miocárdio |
| EAMcsST | Enfarte Agudo de Miocárdio com Supra-desnívelamento do segmento ST |
| EAMssST | Enfarte Agudo de Miocárdio sem Supra-desnívelamento do segmento ST |
| ECG | Eletroencefalograma |
| ICP | Intervenção Coronária Percutânea |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| INEM | Instituto Nacional de Emergência Médica |
| PCR | Paragem Cardiorrespiratória |
| SCA | Síndrome Coronária Aguda |
| UCP | Universidade Católica Portuguesa |
| VMER | Viatura Médica de Emergência e Reanimação |

Índice

| | |
|---|-----|
| 1 - Introdução:..... | 235 |
| 2 – Enquadramento Teórico | 237 |
| 2.1 - Enfarte Agudo de Miocárdio – Definição, Sinais e Sintomas. | 237 |
| 2.2 – Abordagem da vítima com suspeita de SCA..... | 238 |
| 2.3 – Abordagem da vítima com suspeita de EAMcsST | 239 |
| 3 - Metodologia: | 241 |
| 4 – Apresentação de Resultados..... | 243 |
| 5 - Conclusão | 247 |
| 6 – Referências Bibliografias..... | 249 |
| 7 – Apêndice | 251 |
| Apêndice A - Poster Enfarte Agudo do Miocárdio - VMER | 253 |
| 8 - Anexos..... | 257 |
| Anexo A: Autorização para a realização do estudo..... | 259 |
| Anexo B: Algoritmo de Abordagem SCA..... | 263 |
| Anexo C: Algoritmo de Abordagem EAMcsST | 267 |

Índice de imagens:

| | |
|---|-----|
| Imagem 1: Miocárdio com Área de Enfarte | 237 |
|---|-----|

Índice de Gráficos:

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1: Tipologia da Ativação | 243 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Gráfico 2: EAM ano 2014 por Género | 244 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Gráfico 3: EAM por Idade Ativa e Género | 245 |
|---|-----|

1 - Introdução:

A doença coronária aguda (DCA) é, a nível mundial, a principal causa de morte isolada no adulto, representando 13,2% do número total de mortes («WHO | The top 10 causes of death», acedido a 03-06-2015). Atendendo à elevada incidência da DCA, esta tem sido alvo de grande atenção por parte da comunidade científica no intuito de identificar as melhores práticas (procedimentais e farmacológicas) com vista à redução da mortalidade e morbilidade associadas a esta patologia.

Este trabalho foi realizado no decurso do módulo III de estágio em pré-hospitalar, efetuado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), inserido na Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O trabalho surge no sentido de dar resposta a um interesse manifestado pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), pretendendo analisar a sua casuística quanto ao Enfarte Agudo de Miocárdio (EAM), atualizar conhecimentos e servir de suporte para a realização de um poster a apresentar à equipa sobre esta mesma temática. Previamente foi solicitado, ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar, autorização para a realização do estudo, que foi aceite (Anexo A)

Tendo em conta a temática supracitada, este trabalho terá como objetivo: Realizar um enquadramento teórico sobre o EAM (definir Enfarte Agudo de Miocárdio (EAM); apresentar principais sinais e sintomas; apresentar a abordagem à vítima com suspeita de EAM; apresentar a abordagem ao EAM com supra-desnivelamento do segmento ST (EAMcsST)), e apresentar os dados colhidos relativos à atividade da VMER do Centro Hospitalar na abordagem às vítimas de EAM.

Este trabalho apresentará uma organização interna de acordo com a seguinte disposição, em primeiro lugar o enquadramento teórico, onde abordaremos o EAM, e seus sinais e sintomas, bem como a abordagem a vítimas com suspeita de SCA e EAMcsST; seguindo-se da metodologia do trabalho, a apresentação dos resultados, e por fim, as principais conclusões.

2 – Enquadramento Teórico

Este capítulo tem como objectivo definir o tema do trabalho, de forma a que se perceba a envolvência e relevância da temática.

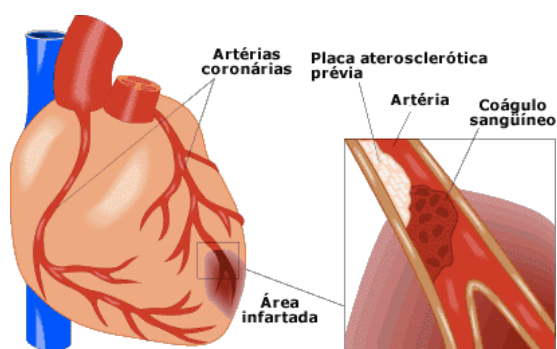
Segundo Fortin 1999, este momento refere-se ao processo de colocar de forma ordenada a formulação de ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo.(Fortin, 1999)

Assim, iremos começar por definir EAM, os seus sinais e sintomas; seguindo-se da análise da abordagem a vítima com suspeita de SCA; e por fim iremos analisar a abordagem à vítima com suspeita de EAMcsST

2.1 - Enfarte Agudo de Miocárdio – Definição, Sinais e Sintomas.

Enfarte Agudo de Miocárdio define uma situação clínica em que ocorre necrose tecidual do músculo cardíaco, subsequente a um evento isquémico (Thygesen et al., 2012).

Imagem 5: Miocárdio com área de enfarte



Fonte: www.culturamix.com

Encontra-se universalmente estabelecido que estamos perante um EAM, quando existe subida dos biomarcadores cardíacos (preferencialmente troponina) acima do percentil 99 do limite superior de referência, acompanhado de pelo menos um dos seguintes achados: sintomas de isquemia; alterações do segmento ST ou bloqueio

completo de ramo esquerdo (BCRE) de novo; surgimento de ondas Q patológicas; evidência imagiológica de alteração funcional do miocárdio de novo (Steg et al., 2012).

O EAM habitualmente surge acompanhado de sintomatologia que é sugestiva do diagnóstico, e caracteriza-se por dor:

- precordial, retroesternal ou epigástrica;
- tipo aperto, constrição ou peso;
- de intensidade variável;
- com possível irradiação para o membro superior esquerdo, mento ou dorso;
- e de duração variável.

O EAM pode ainda apresentar-se com sintomatologia menos específica como a síncope, dispneia ou cansaço de início súbito. É de salientar a importância de valorizar a dor torácica atípica em doente com elevado risco cardiovascular: com antecedentes de doença coronária (EAM, angioplastia, cirurgia coronária); antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial periférica, ou doença renal; com fatores de risco cardiovascular (tabagismo, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade)(Thygesen et al., 2012).

2.2 – Abordagem da vítima com suspeita de SCA

Na presença de sintomatologia que fundamente a suspeita clínica de Síndrome Coronária Aguda (SCA), é essencial a realização imediata (<10min) de um Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações (Steg et al., 2012).

Da análise do ECG é importante perceber se existe elevação do segmento ST, caso este se verifique é suficiente para o diagnóstico de EAMcST com indicação para terapêutica de reperfusão imediata. Não se verificando elevação do segmento ST, ou seja na presença de um ECG normal ou com alterações ST-T sugestivas de isquemia, existindo elevação dos biomarcadores cardíacos estamos perante um Enfarte Agudo de Miocárdio sem supra-desnivelamento do segmento ST EAMssST, no caso de não existir elevação dos biomarcadores estamos perante uma situação de angina instável.

Nas situações de EAMssST ou angina instável, deve ser realizada estratificação do risco isquêmico e hemorrágico para ponderar entre a abordagem invasiva ou conservadora (Thygesen et al., 2012).

Logo após a definição da estratégia de reperfusão deve ser iniciada dupla antiagregação plaquetar, associando o Ácido Acetilsalicílico (AAS) 300mg, com um inibidor P2Y12: Ticagrelor 180mg, Prasugrel 60mg ou Clopidogrel 600mg (este último na ausência ou contra-indicação de utilização dos anteriores).

A abordagem ao EAM respeita assim um algoritmo de abordagem, que reúne todas estas recomendações (Anexo B).

2.3 – Abordagem da vítima com suspeita de EAMcsST

Na abordagem ao enfarte agudo de miocárdio com supra-desnívelamento do segmento ST o tratamento com maior eficácia é a intervenção coronária percutânea (ICP) primária (Steg et al., 2012).

De acordo com as recomendações do Conselho Europeu de Cardiologia (CEC) 2012, perante o diagnóstico de EAMcsST, encontrando-se o utente numa unidade hospitalar com laboratório de hemodinâmica, este deve realizar ICP de imediato. O tempo ótimo entre o primeiro contacto médico e a realização da revascularização coronária deve ser inferior a 60 minutos.

No caso de o utente se encontrar numa unidade hospitalar sem capacidade de realizar ICP, ou encontrando-se em ambiente extra-hospitalar (abordado pelas equipas de emergência médica), deve ser avaliada a proximidade a uma unidade hospitalar com capacidade de realizar ICP em menos de 120 minutos, caso se verifique esta possibilidade o utente deve de imediato ser encaminhado para essa mesma unidade, estando a equipa hospitalar informada do seu encaminhamento.

Constituem indicação para ICP:

- Início dos sintomas à menos de 12 horas, com elevação persistente do segmento ST ou BCRE de novo;
- Início dos sintomas à mais de 12 horas, mas existam sintomas de isquemia persistente;

- Insuficiência cardíaca ou choque cardiogénico;
- Ser sobrevivente de paragem cardiorrespiratória (PCR), quando apresente supra-desnivelamento do segmento ST no ECG; ou sobreviventes com suspeita de SCA.

Sempre que perante um EAMcsST não seja impossível efetuar a ICP em tempo útil, de acordo com os tempos anteriormente apresentados, deve-se optar pela fibrinólise imediata.

A abordagem ao EAMcsST respeita assim um algoritmo de abordagem, que reúne todas estas recomendações (Anexo C)

3 - Metodologia:

A metodologia selecionada para este trabalho foi a análise estatística descritiva, que nos permite descrever e resumir um conjunto de dados com vista a descrever os dados recolhidos da amostra.

A análise estatística permite assim tratar a informação, proveniente da colheita de dados organizando-a de forma a identificar, de acordo com os critérios definidos, os dados que caracterizam a amostra.

A colheita de dados foi realizada através da base de dados da VMER do Centro Hospitalar, com autorização escrita de ambos os coordenados (médico e enfermeiro), e tratada em Microsoft Excel.

4 – Apresentação de Resultados

No âmbito do estágio realizado na VMER e respondendo a uma necessidade manifestada pela equipa, realizei uma análise dos dados relativos às ativações de 2014, visando analisar a sua casuística de EAM.

No ano de 2014 a VMER deste Centro Hospitalar teve um total 1725 ativações, sendo que 39 foram abortadas, 308 relativas a situações de trauma, 1186 situações de doença súbita, e 192 por PCR (ver gráfico 1)

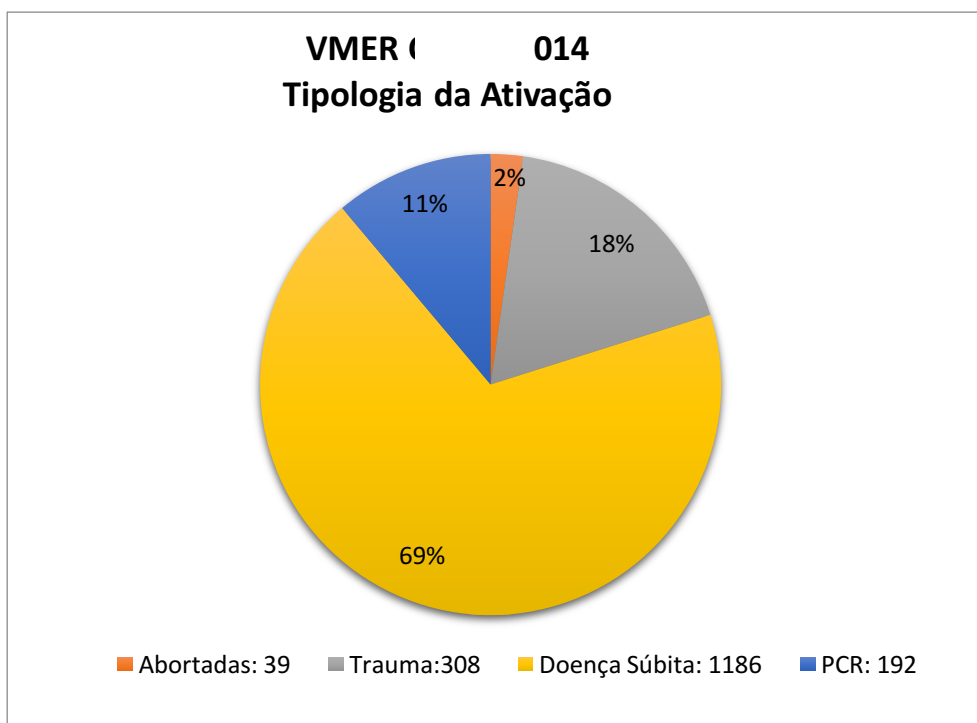


Gráfico 1: Tipologia da Ativação

Entre as ativações por doença súbita foram selecionadas as que foram identificadas pela equipa como EAM, tendo-se verificado um total 65 ativações, o que representa 3,8% das ativações totais e 5,5% das ativações por doença súbita.

Analisando a distribuição por género, conclui-se que 46 vítimas são do género masculino e 19 são do género feminino. Existe assim, claramente uma discrepância de incidência entre géneros, representando o género masculino 70% das ativações enquanto o género feminino representa 30% das ativações, de acordo com o gráfico seguinte.

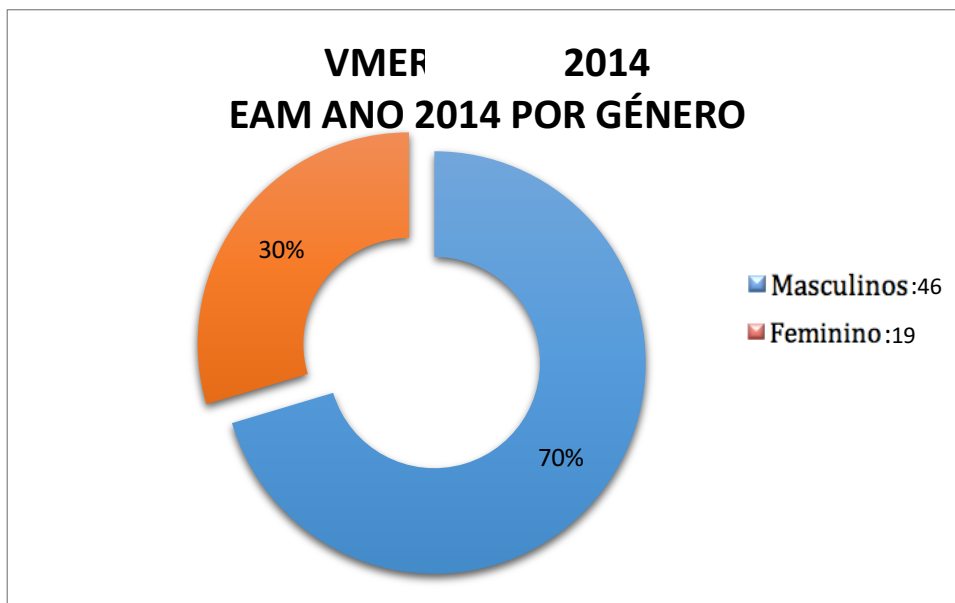


Gráfico 2: EAM ANO 2014 POR GÉNERO

Analisando a incidência e tendo em conta a idade ativa, que iremos considerar até aos 64 anos, percebe-se uma alteração significativa. Dos dados recolhidos, e relativos às vítimas com idade igual ou superior a 65 anos, existe uma incidência ligeiramente superior no género masculino com 15 ativações face a 11 ativações para vítimas do género feminino.

Contudo, analisando os dados relativos às vítimas com menos de 65 anos, existe uma discrepância acentuada no que respeita à incidência, tendo-se verificado 31 ativações para vítimas do género masculino, e apenas 8 ativações para vítimas do género feminino (ver gráfico 3).

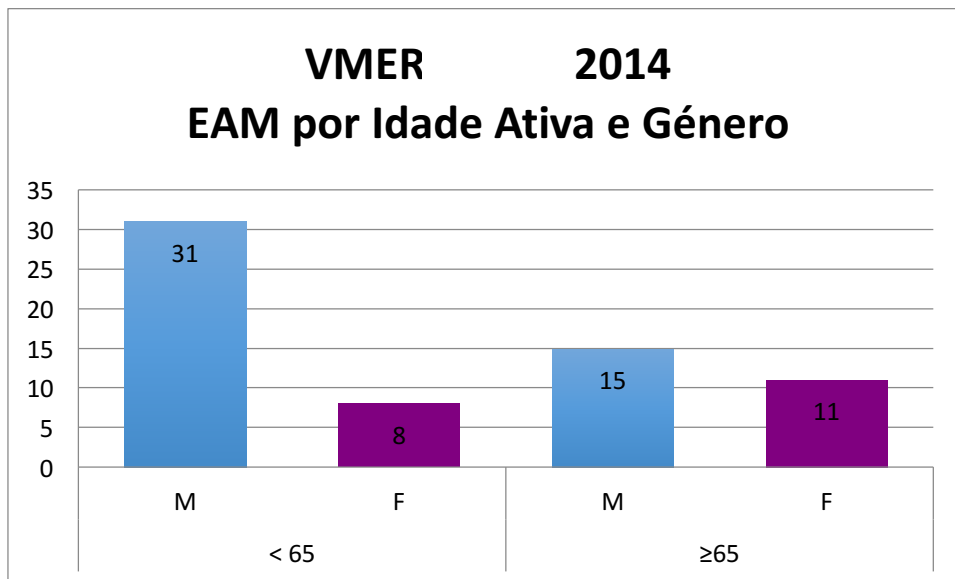


Gráfico 3: EAM POR IDADE ATIVA E GENERO

Relativamente à abordagem farmacológica, não foi possível realizar o tratamento de dados uma vez que a base de dados não discrimina as vítimas em que a VMER fez a abordagem primária, e aquelas que eram abordagem secundária (transporte inter-hospitalar), existindo também falta de registos da terapêutica farmacológica, que pode ter sido realizada nos registos da instituição de saúde. Este facto faz com que seja impossível sem recurso aos dados das instituições de saúde (que não foi possível até ao término deste estágio) fazer uma análise correta desta informação.

O EAM é assim uma área de grande relevância na emergência médica, e a presença de profissionais treinados é fundamental na abordagem, estabilização e transporte da vítima. Dos dados recolhidos, nenhuma das vítimas, entrou em PCR ou morreu após a abordagem da equipa da VMER, o que corrobora o facto de a abordagem atempada, o diagnóstico precoce, e a correta abordagem constituem critério de bom prognóstico na resposta pré-hospitalar. Não sendo possível com este estudo perceber o impacto desta 1ª abordagem na mortalidade e morbilidade no momento da alta hospitalar.

5 - Conclusão

A ocorrência do EAM constitui uma situação de emergência médica, que carece de uma resposta pronta e diferenciada. A presença de equipas diferenciadas e treinadas na resposta a estas situações, são critério de melhor prognóstico permitindo o diagnóstico precoce, a correta estabilização e transporte das vítimas para as unidades hospitalares com o nível de recurso necessário.

O Conselho Europeu de Cardiologia, é claro nas recomendações quanto ao algoritmo de abordagem e aos tempos de resposta e de instituição das medidas de tratamento.

O EAM representa 5,5% das ativações desta VMER no ano de 2014, sendo que destas 70% são vítimas do sexo masculino e 30% vítimas do sexo feminino. Da análise da incidência, e tendo em consideração a idade e sexo da vítima, o maior número refere-se a menores de 65 anos do sexo masculino.

Com este trabalho foi possível perceber a incidência e caracterizar a amostra, no sentido de dar a conhecer estes mesmo resultados bem como transmitir as recomendações do CEC. No sentido de divulgar os resultados obtidos foi elaborado um poster (Apêndice A), que será afixado na base desta VMER.

A VMER deste Centro Hospitalar apresenta uma casuística de EAM significativa, e com uma incidência marcada em vítimas em idade ativa do género masculino.

Este foi um estudo que me despertou muito interesse, e me ajudou a evoluir na aplicação desta metodologia específica, e a consolidar a vertente de investigação como uma dinâmica que se entende próxima da prática assistencial, como forma de melhoria contínua da prática e que possibilita o crescimento do corpo de conhecimento dos profissionais.

Com os resultados obtidos, é agora possível à equipa conhecer melhor a sua casuística relativa ao EAM, sensibilizar a equipa para a temática e para a manutenção da atualização dos conhecimentos, e possibilitar a sua pró-atividade junto da comunidade direcionando as suas ações de sensibilização para a população onde se verifica a maior taxa de incidência (masculinos com menos de 65 anos).

6 – Referências Bibliográficas

Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lusociência.

Steg, P. G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Lundqvist, C. B., Borger, M. a., ... Wallentin, L. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 33(20), 2569–2619. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs215>

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., White, H. D., ... Wagner, D. R. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 33(20), 2551–2567. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs184>

World Health Organization. The top 10 causes of death. (sem data). Obtido 20 de Junho de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/#>

7 – Apêndice

Apêndice A - Poster Enfarte Agudo do Miocárdio - VMER

INTRODUÇÃO:

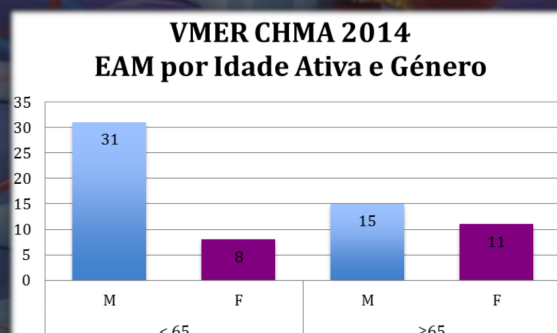
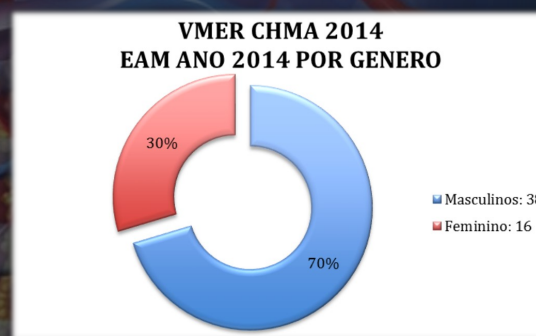
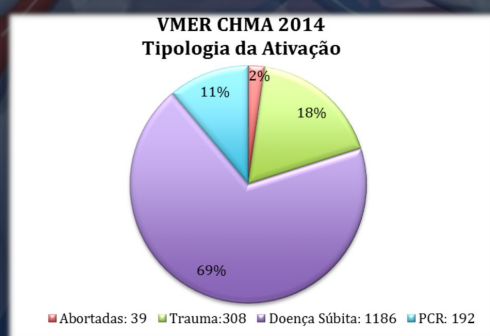
A doença coronária aguda (DCA), é a nível mundial a principal causa de morte isolada no adulto, representando 13,2% do número total de mortes (*WHO | The top 10 causes of death*). Atendendo à elevada incidência da DCA, esta tem sido alvo de grande atenção por parte da comunidade científica no intuito de identificar as melhores práticas (procedimentais e farmacológicas) com vista à redução da mortalidade e morbilidade associadas a esta patologia.

Este poster foi realizado no decurso do módulo III de estágio em pré-hospitalar, efetuado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), inserido na Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), com o objetivo de apresentar os dados relativos atividade da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), no ano de 2014, no que respeita ao Enfarte Agudo de Mlocárdio.

METODOLOGIA:

A metodologia utilizada foi a análise estatística descritiva, que consiste na recolha e análise de dados numéricos, criando instrumentos adequados para a transmissão dos dados relativos à atividade da VMER do CHMA.

RESULTADOS:



CONCLUSÃO:

A VMER do CHMA apresenta uma casuística de EAM significativa, e com uma incidência marcada em vítimas em idade ativa do género masculino. Neste sentido esta é um grupo sobre os quais as ações de sensibilização e educação para a saúde devem incluir.

Com este trabalho foi possível perceber a incidência, e caracterizar a amostra, e no sentido de dar a conhecer estes mesmo resultados, bem como transmitir as recomendações do Conselho Europeu de Cardiologia.

BIBLIOGRAFIA:

- Steg, P. G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Lundqvist, C. B., Borger, M. a., ... Wallentin, L. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 33(20), 2569–2619. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs215>
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., White, H. D., ... Wagner, D. R. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 33(20), 2551–2567. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs184>
- WHO | The top 10 causes of death. (sem data). Obtido 20 de Junho de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/#>

8 - Anexos

Anexo A: Autorização para a realização do estudo



COMUNICAÇÃO INTERNA

INFORMAÇÃO

PROPOSTA

N.º VMER/32/2015
(serviço/número/ano)

DATA: 10/09/2015

Reg. em 10/9/15 Reg. nº 589

PARERES

*Tomei conhecimento.
Uma vez que se trata
acessar a base de dados
da VMER, sem identificação
dos doentes, parece-me
que se encontra
na CA, para a decisão.*

DELIBERAÇÃO

Conselho de Administração
Ata n.º 32/2015 de 30, 09, 2015
Nada a opor

| Presidente CA | 1.º Vice | 2.º Vice | 3.º Vice | 4.º Vice |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <i>[Signature]</i> Afonso | <i>[Signature]</i> Miguel | <i>[Signature]</i> Fátima | <i>[Signature]</i> Norberto | <i>[Signature]</i> Cristina |
| | | | | |

ASSUNTO: Pedido de Consulta de Dados

DESTINATÁRIO: Conselho de Administração

C/ CÓPIA:

No âmbito de um estágio opcional do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, um Enfermeiro do Hospital de Braga, identificado no pedido em anexo, tem feito estágios na VMER do [REDACTED]

Enquadrado no campo de estágio, o aluno em questão tem que desenvolver um trabalho de investigação, e com vista a ser simultaneamente útil para a VMER do [REDACTED] este propõe-se realizar um estudo sobre os cidadãos vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos pela VMER do [REDACTED] e encaminhados para intervenção Coronária Primária em Braga.

Nesse sentido vem, na carta em anexo, solicitar autorização para aceder aos dados registados na base de dados interna da VMER.

Esta base de dados foi desenvolvida internamente, pela equipa, como base no Microsoft Access, e tem informações sobre dias, horas, tipo de atendimento, situação e destino, mas sem identificação da vítima.

Sendo que do lado do Hospital de Braga ele terá que fazer um pedido que inclua a identificação dos doentes, na VMER do [REDACTED] o dado identificativo é o N.º de Ficha CODU, número atribuído pelo INEM à ativação (não especificamente à vítima).

Não sendo a Coordenação qualquer entrave ou impedimento à cedência destes dados, e sendo os resultados inclusive do nosso interesse, para melhor tratar doentes futuros, avaliando a mais-valia atual da nossa intervenção, vimos apresentar o nosso parecer favorável.

1) Sem outro assunto,

A Coordenação da VMER

[Signature]

Francisco Sampaio, Médico Coordenador

[Signature]

Carlos Esteves, Enf. Coordenador



Porto, 30 de Julho de 2015

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração



Eu, Simão Pedro Pereira da Silva, enfermeiro com cédula profissional nº 69639, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio solicitar autorização para obter acesso à informação presente na vossa base de dados, no âmbito de um estudo que pretendo realizar sobre Enfarte Agudo de Miocárdio, durante o período de realização do mesmo.

Atenciosamente

Peço deferimento,

Estudante

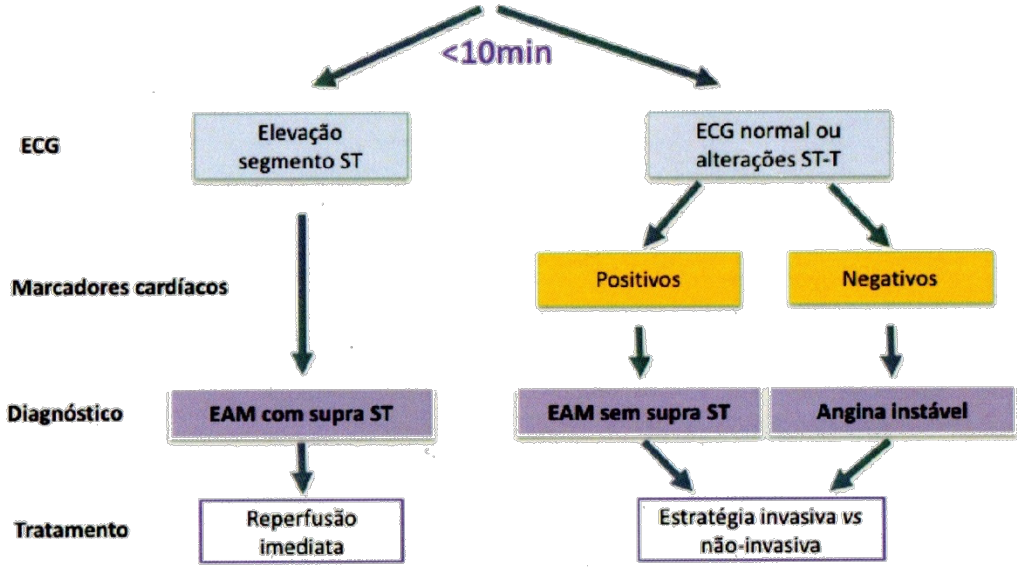
(Enf. Simão Silva)

Orientadora do curso

(Mestre Patrícia Coelho)

Anexo B: Algoritmo de Abordagem SCA

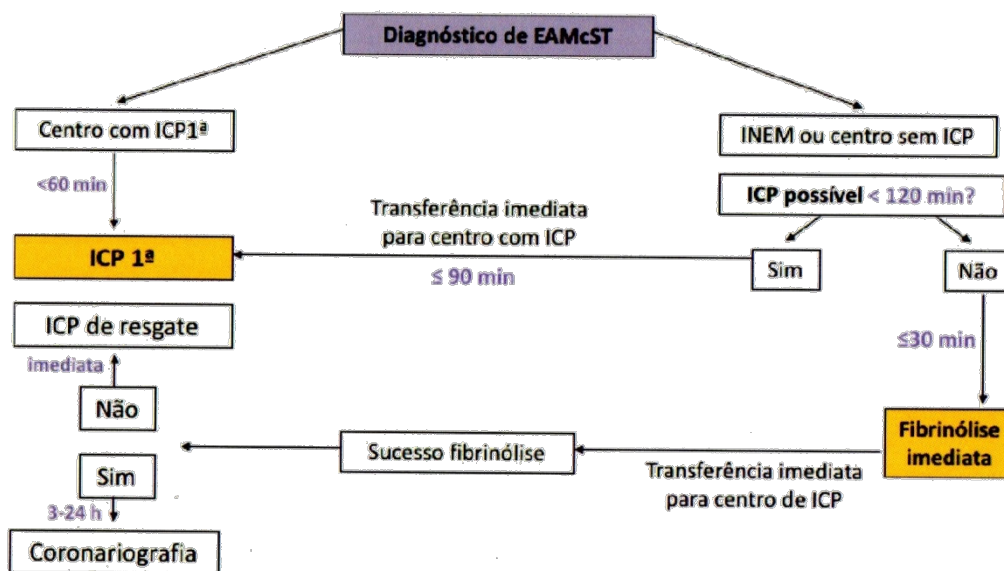
SUSPEITA DE SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA



Fonte: (Steg et al., 2012)

Anexo C: Algoritmo de Abordagem EAMcsST

ESTRATÉGIAS DE REPERFUSÃO



Fonte: (Steg et al., 2012)

