



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Joana Marta Vale Morais Magalhães

Julho de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Joana Marta Vale Morais Magalhães

Sob orientação de Enfermeira Irene Oliveira

Julho de 2011

RESUMO

O presente relatório descreve os processos de planeamento, desenvolvimento e avaliação dos módulos de estágio realizados no âmbito dos conteúdos funcionais do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no sentido de ser uma apreciação global sobre as experiências vividas e reflectidas.

Serão descritos neste relatório por ordem cronológica, o módulo II realizado na Unidade de Cuidados intermédios Cirúrgicos do Hospital Pedro Hispano, o módulo I no serviço de Urgência do mesmo hospital, e finalmente o módulo III – assistência pré-hospitalar realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica, cuja metodologia utilizada será analítica e descritiva.

O Relatório realça o que foi realizado durante o estágio, através da reflexão crítica dos objectivos específicos traçados para cada módulo, dá visibilidade às actividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos, relata as situações e problemas encontradas, referindo as estratégias sugeridas e respectiva implementação para a sua resolução, assim como, menciona as competências adquiridas. O Estágio permitiu realizar uma integração global, bem como desenvolver e aprofundar os conhecimentos e as competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a nível das componentes teórico-práticas. Também foi possível desenvolver a tomada de decisão, favorecendo uma aquisição de autonomia no desempenho profissional futuro, como Enfermeira Especialista.

Durante o Estágio foram adquiridas e/ou desenvolvidas determinadas competências, tendo sido necessário para tal, adquirir outros saberes, que permitiram fazer a ligação entre a teoria e a prática, de forma a desenvolver um espírito crítico-reflexivo, o que aumentou a minha preparação para mobilizar, aprofundar e fazer uma actualização constante de conhecimentos, com vista a uma melhor adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios da Enfermagem.

Conclui-se que os estágios ampliaram os domínios na prestação, supervisão, formação e gestão de cuidados para a atribuição do título de enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

ABSTRACT

This report describes the processes of planning, development and evaluation of training modules conducted within the functional content of the Post-Graduate Specialization in Medical-Surgical Nursing, to be an overall assessment on their experiences and reflected.

Described in this report are in chronological order, the module II was carried out at intermediate Care Surgical in Hospital Pedro Hispano, the module I in the Emergency at the same hospital, and finally the module III - pre-hospital care performed at the National Emergency Medical, whose methodology is descriptive and analytical.

The report highlights what has been accomplished during the internship, through critical reflection of the specific objectives set for each module, gives visibility to the activities undertaken to achieve the same, reports the situations and problems encountered, referring to the suggested strategies and their implementation for its resolution, as well as mention of the acquired competencies. The Stage has helped achieve a global integration, as well as develop and deepen the knowledge and skills inherent to the degree of Nurse Specialist Medical-Surgical Nursing at the level of theoretical and practical components. It was also possible to develop decision-making, favoring an acquisition of autonomy in future professional performance as Nurse Specialist.

Were acquired during the internship and / or develop certain skills, it was necessary to do so, acquire other knowledge, which allowed to link theory and practice in order to develop a critical-reflective, which increased my preparation for mobilize, strengthen and make a constant updating of knowledge in order to better adapt to new situations and consequent response to the constant challenges of nursing. We conclude that the stages have expanded the fields in providing supervision, training and care management for the award of tittle of nurse specialist in medical-surgical nursing.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS- Acido Acetilsalicílico

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CE- Conselho de Enfermagem

CIAV- Centro de Informação Antivenenos

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de enfermagem

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPLEE- Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

DAE - Desfibrilador Automático Externo

DNI- Dinitrato Isossorbido

ECG- Electrocardiograma

ENG- Entubação Nasogástrica

EV- Endovenoso

EVN- Escala Visual Numérica

FC- Frequência Cardíaca

FR- Frequência Respiratória

GNR- Guarda Nacional Republicana

HPH- Hospital Pedro Hispano

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

OBS- Observação

OE- Ordem dos Enfermeiros

PA- Pressão Arterial

PCR- Paragem Cardio-Respiratória

PEM- Postos de Emergência Médica

PLS- Posição Lateral de Segurança

PO- Per-ós

PR- Paragem Respiratória

PSP- Polícia de Segurança Pública

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar

RNAE- Rede Nacional de Ambulâncias de Emergência

SAP- Serviço de Atendimento Permanente

SAPE- Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem
SASU- Serviço de Atendimento Situações de Urgência
SAV- Suporte Avançado de Vida
SBV- Suporte Básico de Vida
SCIM- Serviço de Cuidados Intensivos Médicos
SDR- Sinais de Dificuldade Respiratória
SE- Sala de Emergência
SIEM- Sistema Integrado Emergência Médica
SIV- Suporte Imediato de Vida
SU- Serviço de Urgência
ST- Sistema de Triagem
TAE - Técnico de Ambulância de Emergência
TCE- Traumatismo Crânio Encefálico
TVM- Traumatismo Vertebro-Medular
ULS- Unidade Local de Saúde
URD- Unidade de Rápido Diagnóstico
VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VOSP- Ver, Ouvir, Sentir e Pulso

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	6
1. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DESENVOLVIDO	11
1.1. Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos - Módulo II	12
1.2. Serviço de Urgência – Módulo I	20
1.3. Assistência pré-hospitalar – INEM – Módulo III	31
1.3.1. Centro de Orientação para Doentes Urgentes	37
1.3.2. Ambulâncias Suporte Básico de Vida	39
1.3.3. Ambulâncias Suporte Imediato de Vida	41
1.3.4. Veículo Médico de Emergência Médica e Reabilitação	47
2. COMPETÊNCIAS	50
3. CONCLUSÃO	54
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

0.INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior Politécnica da Saúde do Porto, do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, estava previsto a realização de três módulos de estágio, que se desenvolveram ao longo do 2º e 3º semestres do curso, cada um dos módulos com um total de 180 horas de contacto.

Esta unidade curricular engloba três módulos (I, II, III) aos quais corresponderam:

- Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia - ULS Matosinhos de 12 Maio a 7 Julho de 2008,
- Serviço de Urgência – ULS Matosinhos de 6 Outubro a 22 Novembro de 2008,
- Assistência pré-hospitalar – INEM de 24 Novembro a 28 Janeiro de 2009.

Para atingir os objectivos propostos pela equipa pedagógica, enunciados no plano de estudos, foi realizado um projecto de estágio onde se planeou e estruturou o trajecto a percorrer durante os estágios. Para cada um dos objectivos gerais do plano de estudos foram traçados objectivos específicos pessoais, delineadas e organizadas actividades/estratégias consideradas pertinentes e adequadas à concretização dos objectivos previamente definidos, que levassem ao desenvolvimento de competências inerentes ao grau de enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No final de cada um dos módulos de estágio foi elaborado um portefólio reflexivo da aprendizagem realizada, para além de constituir um elemento de avaliação, o mesmo pretendeu dar a conhecer o percurso realizado ao longo do estágio, bem como os conhecimentos e competências adquiridas e as dificuldades sentidas, através de uma metodologia não apenas descritiva, mas também reflexiva.

Estes documentos integraram os trabalhos planeados e realizados ao longo do estágio, que ajudam a melhor entender o percurso realizado. Procurando-se registar, arquivar e documentar o trabalho realizado durante todo o processo de desenvolvimento de competências.

A exercer funções no serviço de Cirurgia C, a Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia do Hospital Pedro Hispano, foi a escolhida para realizar o primeiro módulo. Considerou-se juntamente com a equipa pedagógica, que esta unidade, reunia as condições necessárias para o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da especialização. Tendo sido possível a intervenção a vários níveis: da prestação de cuidados, gestão e investigação.

O trabalho desenvolvido foi também em consonância com os objectivos da instituição. O módulo I, no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano. O módulo II, Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia do mesmo Hospital e o módulo III, opcional, realizou-se em assistência pré-hospitalar INEM e todas as actividades que haviam sido planeadas foram concretizadas. A decisão de cada Módulo de estágio foi ao encontro da busca de experiências e aquisição e consolidação de conhecimentos nas áreas de interesse pessoal.

Quanto ao módulo em serviço de Urgência tendo em conta que diariamente cerca de 300 pessoas, maioritariamente provenientes das freguesias do concelho de Matosinhos, embora receba também utentes com residência em Vila Conde, Povoia de Varzim e Maia, cuja localização se enquadra na rede de referência em vigor, este serviço proporciona um vasto leque de situações, emergentes, urgentes (e algumas situações nada urgentes), o que proporciona uma diversificação de cuidados e competências, inerentes a uma especialização. Diariamente, os enfermeiros do serviço lidam com a afluência de utentes, utilizando um método de triagem - Triagem de Manchester. Trata-se de um método reproduzível, que é submetido a auditorias contínuas, para estabelecer uma hierarquia em termos de prioridades do atendimento. Como parte integrante de um hospital com a acreditação da qualidade, valoriza as questões relacionadas com a qualidade organizacional, disponibilização de serviços e cuidados prestados.

A Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgica, é uma unidade concebida para efectuar o tratamento de doentes com condições patológicas bastante específicas, de risco elevado e com necessidade de recursos diferenciados. São locais onde simultaneamente coexistem a angústia e a esperança, perante situações clínicas críticas e complexas, onde se associam meios, saberes e competências para promover a recuperação da vida e da

saúde. A escolha desta unidade para a realização do meu estágio deve-se ao reconhecimento como enfermeira na prestação de cuidados ao doente cirúrgico e seguimento deste tipo de doentes, à qualificação e diferenciação dos elementos nela envolvidos, sobretudo, ao verdadeiro espírito de equipa e vocação formativa que me permitiram seguramente, enriquecer do ponto de vista científico, técnico e humano. Foi a oportunidade de mais uma nova experiência, com a aquisição de “Saberes” inerentes a este local.

Decorrendo o meu desempenho profissional diário no Serviço de Cirurgia, presumo ser pertinente este estágio, uma vez que os utentes algumas vezes têm necessidade de ser temporariamente internados nesta unidade, após a cirurgia e só, posteriormente, quando estabilizados é que passam para o serviço de origem. Pretendi conhecer o circuito do utente desde a sua admissão, á saída da Unidade, aprimorar aspectos técnicos relacionados com complicações pós operatórias que necessitem de cuidados na Unidade, bem como esclarecer as funções do enfermeiro especialista nesta unidade. Ter conhecimento da dinâmica e do funcionamento de uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirurgia, é sem dúvida um contributo importante para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, nomeadamente nesta área de especialização. A Unidade é um local de cuidados diferenciados, diversificados, que exigem um programa de integração específico, para colmatar a inexistência de uma especialização em Enfermagem de Cuidados Intensivos.

Para o módulo de opção, escolhi Assistência Pré-Hospitalar. De igual modo, presumo ser pertinente esta escolha para a realização do estágio opcional, em função do meu local de actividade diário – Serviço de Cirurgia. A escolha deste campo de estágio prende-se com a oportunidade de mais uma nova experiência, com a aquisição de “Saberes” inerentes a este local e também pelo facto de nunca ter trabalhado nesta área. Pretendi complementar o circuito de atendimento ao doente no pré-hospitalar e aprimorar aspectos técnicos relacionados com complicações, bem como esclarecer as funções do enfermeiro na SIV e VMER. Ter conhecimento da dinâmica e do funcionamento da prestação de cuidados de um enfermeiro numa ambulância SIV e VMER, é sem dúvida um contributo importante para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, nomeadamente nesta área de especialização. O INEM é um meio diferenciado de cuidados diversificados, que exigem um programa de integração

específico, para colmatar a inexistência de uma especialização em Enfermagem do Pré-Hospitalar. Toda a actividade dos meios do INEM é sempre desenvolvida em grupo, por uma equipa composta por todos os profissionais de saúde, com funções específicas, relacionadas com a sua participação do Pré-Hospitalar.

Os estágios realizados visaram especificamente o desenvolvimento de competências para uma assistência de enfermagem avançada ao doente crítico.

Este relatório para além de constituir um instrumento de avaliação tem como objectivos: dar a conhecer o percurso efectuado ao longo dos módulos de estágio, tendo como linha de orientação os objectivos específicos traçados inicialmente no projecto e as actividades implementadas para a consecução dos mesmos; expor os conhecimentos e as competências desenvolvidas bem como as dificuldades sentidas.

Ao reflectir sobre as diferentes situações, pretendo demonstrar o desenvolvimento das minhas competências e da realização de actividades específicas na área médico-cirúrgica, com vista à qualidade de cuidados prestados, através do desenvolvimento da minha capacidade de articular os conhecimentos teóricos inerentes a esta especialização e através do desenvolvimento de estratégias para os aplicar na prática.

Esta reflexão constitui um desafio pessoal, dado que a minha formação inicial académica e profissional, obedeceu a uma metodologia de ensino diferente. O que era memorização de matérias, transformou-se em reflexão crítica de conhecimentos, oferecendo aos alunos a possibilidade de entender, apreender e aplicar de forma pessoal os conhecimentos. Assim, este documento também representa a nova metodologia de ensino levada à sua expressão mais significativa.

Está estruturado de forma objectiva, utilizando uma metodologia descritiva baseada na discussão e reflexão das experiências vividas fundamentadas por uma pesquisa bibliográfica, assim como pela consulta dos portefólios pessoais realizados para cada um dos módulos de estágio, no âmbito da área de especialização realizada.

Assim, no primeiro ponto deste relatório será descrita a concretização dos módulos de estágio tendo em conta a ordem cronológica pelo que foram realizados. Seguidamente

uma síntese reflexiva e análise das competências consolidadas no sentido da atribuição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Em título de conclusão finaliza-se com a contextualização deste relatório e o documentar o percurso académico, assim como as conclusões obtidas das actividades realizadas em cada módulo, que originaram a aquisição, solidificação e mobilização dos conhecimentos na área da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1. ANÁLISE E REFLEXÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO

O Estágio constituiu um espaço/tempo de desenvolvimento de saberes e competências específicas que permitiram reflectir sobre a complexidade e exigência das práticas cuidativas no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

Neste contexto de prática clínica, foi principal objectivo a aquisição de competências específicas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por conseguinte, o estágio realizado permitiu o desenvolvimento de novas experiências e conhecimentos no âmbito da abordagem ao doente crítico, possibilitando uma intervenção ajustada às necessidades detectadas, numa perspectiva de saúde integrada.

O percurso realizado nos módulos de estágio teve em conta de certo modo as necessidades práticas mas também o direccionar para áreas específicas e alvos do interesse pessoais.

Como foi já referido, realizou-se um projecto de estágio, com vista a planear, estruturar o trajeto a percorrer durante todo o processo, definindo-se objectivos e competências a atingir, assim como as actividades para a sua consecução, pretendendo-se com a sua realização descrever, de forma sucinta, o planeamento dos estágios referentes aos módulos I, II e III.

Os objectivos traçados no projecto de estágio foram de acordo com o Plano de Estudos e o Conteúdo Funcional do Enfermeiro Especialista, salientando essencialmente as competências de saber, saber fazer e saber ser.

Os objectivos gerais que serão mencionados constituíram a base para o plano de actividades, pois a resposta face aos mesmos descreve as actividades/tarefas e a sua execução ao longo dos módulos:

I Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;

II Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

III Gerir e interpretar, de forma adequada, informação/conhecimentos provenientes da minha formação inicial, da minha experiência profissional e da área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na aplicação de conhecimentos na prática;

IV Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto á população em geral de forma clara e objectiva;

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

Neste capítulo pretende-se expor de forma crítica as actividades desenvolvidas, que possibilitaram a consecução dos objectivos definidos.

1.1. Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos - Módulo II

A Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia encontra-se localizada estruturalmente no Serviço de Cirurgia C do Hospital Pedro Hispano, no piso 1 na ala central.

A Unidade recebe maioritariamente doentes de médio risco, não existindo formalmente critérios para a entrada dos doentes. Normalmente são provenientes da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos ou Médicos, Bloco Operatório e Urgência e, esporadicamente, doentes de outros hospitais de onde tem protocolo como Póvoa do Varzim, Vila do Conde e Maia.

A Unidade de Cuidados Intermédios é um serviço de internamento onde os doentes recebem cuidados de saúde sob um paradigma diferente dos restantes doentes cirúrgicos. Os focos de atenção destes doentes são o suporte de vida e a optimização do organismo na recuperação da doença/cirurgia, remetendo-se para segundo plano a evolução da sua situação cirúrgica.

Um dos objectivos dos cuidados aos doentes da Unidade de Cuidados Intermédios é manter a função dos sistemas orgânicos vitais. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na monitorização e vigilância desses sistemas.

Pretende-se que nesta unidade todos os elementos da equipa tenham como base os seguintes objectivos:

- Conhecer as causas e prevenção da PCR no adulto;
- Reconhecer doentes de risco;
- Compreender o papel do enfermeiro desta unidade;
- Compreender o papel da equipa de emergência intra-hospitalar.

Assim tendo em conta os meus objectivos de estágio, anteriormente descritos, estes foram tidos em conta no sentido de desenvolver o máximo de competências no âmbito específico do doente crítico na Unidade.

Neste módulo como referido nos objectivos supracitados foi organizado para a consecução dos mesmos. Inicialmente a integração em toda a unidade, a sua estrutura e organização, a apresentação à equipa multidisciplinar (maioritariamente conhecida até então), o aprofundamento de conhecimentos e competências no âmbito da especialidade e a transmissão de conteúdos específicos.

A resolução de questões complexas foi um ponto a alcançar, pois nesta unidade o tratamento de um doente crítico exige muitos cuidados de enfermagem específicos, assim como a informação à família.

No que concerne aos recursos físicos, humanos e materiais são integrados na totalidade no Serviço de Cirurgia C. A gestão de recursos físicos especificamente da Unidade consiste numa enfermaria de “porta aberta” de 6 camas disposta na zona central do

Serviço, em frente à sala de enfermagem, estrategicamente posicionado tendo em conta a elevada vigilância necessária aos doentes críticos.

Os recursos humanos consistem na equipa de Cirurgia que alterna de 2 em 2 anos, e tendo em conta a experiência profissional, é integrada na Unidade ou é destacada para o internamento. Esta metodologia de trabalho na equipa intradisciplinar é considerada uma opção de motivação para a equipa pois quebra o stress na equipa, o “*burnout*” e a motivação e empenho da mesma.

No que se refere aos recursos materiais estes são pelo método do “*carro de reposição*” que semanalmente é trocado com material requisitado anteriormente, a terapêutica é pelo método de “*unidose*” e prescrições electrónicas. Ambos são métodos actuais na gestão de materiais a nível hospitalar minimizando os gastos excessivos de material e exigindo uma rigorosa requisição do material necessário para a semana posterior. Quanto à “*unidose*” apresenta a desvantagem de prescrições médicas fora da hora da entrega da medicação diária, ser necessário o contacto da farmacêutica e a realização de requisições manuais, o que mesmo assim é considerado o melhor método de preparação de medicação pois minimiza os erros.

Fisicamente a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgica dispõe de 6 unidades de doentes equipadas: cama articulada com suporte de soroterapia, monitor, 2 bombas perfusoras, saída de oxigénio, de ar e vácuo, kit constituído por termómetro, tesoura, creme e pente, assim como uma mesa de apoio com 2 gavetas com todo material necessário como: eléctrodo, kit de pensos, adesivo, compressas, ampolas de soro fisiológico, fralda e resguardo e material para punção venosa. Todo este material é repostado e verificado pela auxiliar destacada diariamente e supervisionado pela enfermeira responsável pelos doentes. Esta é uma boa prática pois diminui a perda de tempo em situações de emergência e organiza o trabalho.

Dentro da Unidade existe também um balcão de enfermagem com stock de material, assim como 2 computadores com SAPE onde são realizados todos os registos de enfermagem do doente tendo em conta a classificação CIPE.

A Unidade contém um manual de integração. Este manual apresenta-se dividido por capítulos de acordo com os tipos de abordagens ao doente, isto é: precauções de segurança, via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição corporal, algoritmo de SAV, procedimentos mais comuns e em anexo um panfleto de acolhimento à família.

A existência de Unidade de Cuidados Intermédios leva a um paradigma na instituição que se prende fundamentalmente com a natureza económica e organizacional. Numa análise dos diversos estudos de natureza económica publicados, Keenan afirma haver evidência insuficiente para determinar sob que circunstâncias as Unidades representam uma alternativa válida, com uma relação custo/eficácia superior aos cuidados intensivos.¹ O principal argumento deriva de a sua existência gerar custos hospitalares acrescidos, superiores aos custos da transferência dos doentes para as enfermarias ou mesmo na sua permanência em Unidades de Cuidados Intensivos. Para Vincent, a fragmentação dos cuidados intensivos tem potencial para interferir na qualidade de desempenho e motivação do “*staff*” e originar prestação de cuidados inferiores aos adequados, defendendo cuidados intermédios integrados em Unidade de Cuidados Intensivos de maior dimensão, permitindo a flexibilização do “*staff*” e dos equipamentos.²

As Unidades de Cuidados Intermédios são definidas como locais para monitorização e tratamento de doentes com instabilidade fisiológica moderada ou potencialmente grave, requerendo suporte técnico, mas não necessariamente suporte artificial de vida. Recomenda também deverem possuir um Director médico e de enfermagem nomeados, responsáveis pela manutenção duma triagem adequada dos doentes, através da aplicação cuidados administrados, com base nas necessidades da Instituição, nas qualificações do “*staff*” e nos recursos da Unidade.³

¹ Cit: KEENAN; SP, MASSEL D; INMAM KJ; SIBBALD WJ; A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Noncardiac Transitional Care Units.1998; pág: 172-177.

² Cit: VINCENT JL, BURCHARDI H. Do we need intermediate care units? Intensive Care Med 1999; pág. 1345-1349.

³ Cit: AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE: Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. Crit Care Med 1998; pág. 607-610.

O doente cirúrgico crítico exige intervenções de enfermagem específicas. Na Unidade de Cuidados Intermédios, o doente na maior parte das vezes em estado crítico, mantém-se imóvel, dependente de equipamentos que proporcionam a esperança, a hipótese de superar esta fase.

O doente na Unidade é um alvo de cuidados vitais como mencionado anteriormente: estabilização dos parâmetros hemodinâmicos, função renal, função cardio-respiratória, cirúrgica, nutrição assim como os aspectos psicológicos da presença nesta unidade. Todos estes cuidados carecem de formação especializada para ir ao encontro da vigilância rigorosa dos doentes críticos. Tornou-se imprescindível o aprofundamento de conhecimentos e competências para a excelência de cuidados no sentido de obter cuidados de enfermagem, mais especializados na área dos cuidados ao doente crítico.

A monitorização e vigilância permanente dos doentes por enfermeiros treinados são condições fundamentais para o sucesso do pós-operatório e cuidados aos doentes cirúrgicos e estão disponíveis nas Unidades de Cuidados Intermédios, permitindo libertar as camas e os recursos das Unidades de Cuidados Intensivos para os doentes críticos mais complexos com falência multiorgânica.⁴

A vigilância das funções renal e cardiovascular implica uma vigilância da diurese horária, pelo que todos os doentes críticos nesta unidade se encontram algaliados e com debitómetro para maior rigor, assim como a monitorização electrocardiográfica com 3 e/ou 5 eléctrodos.

A nutrição do doente crítico, especificamente do doente cirúrgico crítico têm como objectivo minimizar as repercussões da desnutrição como: disfunção do tracto digestivo, (absorção) alterações imunológicas, disfunção da musculatura respiratória, dificuldade de cicatrização das feridas, aparecimento de úlceras de pressão, limitação do prognóstico e aumento do tempo de hospitalização.

Relativamente aos aspectos psicológicos do doente na Unidade estes embora não estejam sedados, estão num ambiente que lhes desperta vários estímulos que eram até

⁴ Cit: FOX AJ; OWEN-SMITH O; SPIERS P. The immediate impact of opening an adult high dependency unit on intensive care unit occupancy. *Anaesthesia* 1999; pág: 280-283.

então desconhecidos. Parte dos enfermeiros adequar as suas intervenções ao doente de forma a minimizar estes estímulos e sentimentos vividos.

Assim, após uma pesquisa e entrevistas informais em busca de conhecimentos e competências do doente crítico numa Unidade de Cuidados Intermédios, integrada numa fase inicial na unidade, posteriormente foi assumida a prestação de cuidados a 3 doentes por turno, a comunicação com a equipa foi crucial para a integração na Unidade, a enfermeira especialista teve um papel activo no sentido de orientar para as suas competências mais específicas desta unidade.

O papel da enfermeira especialista nesta unidade passa por orientar a equipa nos problemas mais complexos quer da equipa, quer na tomada de decisões, gestão, supervisão ou situações graves dos doentes.

Passo a citar que durante o estágio as situações experienciadas na organização e gestão da equipa foram no sentido de que os planos de trabalho fossem de encontro à continuidade de cuidados reduzindo a rotação pelos doentes. A enfermeira especialista supervisiona o rigor na prestação de cuidados, pelo que propõe formação de acordo com as necessidades da equipa

Uma das questões complexas com que me deparei na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos consistiu na admissão de doentes sem critérios de gravidade para a sua entrada na Unidade, apenas pedidas por Médicos pela inexistência de vagas no Hospital na área cirúrgica. Esta foi uma questão discutida por toda a equipa, especificamente pela enfermeira especialista, pois como não existem critérios instituídos parte da decisão do médico a recepção do doente, contudo a vaga seria ocupada por um doente não crítico que exclui a entrada de um doente crítico. A decisão baseou-se em recusar a entrada do doente, internando num serviço de internamento (para posterior transferência para um serviço do departamento cirúrgico), mantendo assim a vaga para um doente crítico que pode surgir a qualquer altura.

Outra deveu-se aos procedimentos de controlo de infecção em doentes com rastreios infecciosos positivos que exigiam isolamentos de contacto segundo o perfil de

resistência da bactéria. Os isolamentos de contacto baseiam-se segundo a comissão de controlo de infecção do Hospital Pedro Hispano ULS:

- Quarto individual (ou com outro doente infectado pelo mesmo microrganismo);
- Luvas e lavagem das mãos (sempre que se entra no quarto e se cuida do doente);
- Uso de bata (quando se prevê um contacto próximo com o doente, com superfícies ou objectos utilizados pelo doente, caso o doente esteja incontinente ou se a drenagem da ferida não está protegida);
- O equipamento “não crítico” deve ser exclusivo do doente, o restante deve ser limpo e desinfectado adequadamente antes de ser utilizado noutro doente;
- Educação ao doente e família;
- Contenção na fonte.

Assim na unidade apenas o quarto individual é substituído pelo uso de cortinas sempre corridas, e preferencialmente estes doentes estão o mais longe da entrada e do balcão de enfermagem e esta unidade do doente contém baldes de lixo do Grupo II apenas para os despejos deste doente.

Os cuidados paliativos na Unidade de Cuidados Intermédios foram outra das questões complexas identificadas pela enfermeira especialista e alvo de interesse e participação por minha parte. Um doente que após cirurgia necessitou de cuidados diferenciados na Unidade de Cuidados Intermédios por ter sido submetido a uma cirurgia maior e apresentar instabilidade cardíaca com aporte de aminas. Durante a cirurgia o médico concluiu que este doente apresentava uma lesão irrisecável e metastizada pelo que no âmbito cirúrgico nada mais haveria a propor como tratamento e o tempo médio de vida esperado seria curto. Neste contexto decidiu-se uma reunião com a família na presença do médico e da enfermeira especialista, tendo sempre como princípio as experiências da família com o seu doente numa Unidade:

- Experiência difícil, dolorosa;
- Aproximação do sofrimento do doente;
- Rotura do quotidiano familiar;
- O medo da morte do doente;
- Preocupação com os cuidados ao doente;
- Unidade de Cuidados Intermédios – cenário temido, mas necessário;

- Preocupação com o cuidado do familiar.⁵

Por se tratar da comunicação de uma má notícia, foi tido em conta o proporcionar de um ambiente adequado, avaliar o que a família já sabe, perceber o que quer saber, partilhar informação o mais perceptível possível, responder com verdade às questões, planear e acompanhar.

Após a comunicação à família, o doente foi informado dentro dos mesmos princípios, e decidido pela equipa multidisciplinar que este continuaria na Unidade de Cuidados Intermédios até estabilização e posteriormente transferido para o internamento já com pedido de colaboração de Cuidados Paliativos. A transmissão de informação à família é sempre um momento pelo qual os enfermeiros na sua maioria não estão preparados, tenta-se ser o mais vago e apenas informar de situações muito pontuais do doente, assim a transmissão de más notícias é uma lacuna a ser melhorada. Contudo, as más notícias não podem ser dadas de uma forma agradável, mas devem ser dadas de uma forma sensível, pelo que não há forma de transformar a má notícia numa boa notícia, mas podemos-nos empenhar em mudar a forma como a transmitimos. É esse o trabalho que tem vindo a ser feito na equipa de Cuidados Intermédios através das formações em reunião de serviço no sentido de melhorar a informação e a forma como é transmitida.

Passo a referir as técnicas de enfermagem mais específicas desta Unidade de Cuidados Intermédios, as quais foram sendo experienciadas como a colocação de um cateter central, dreno torácico, terapêutica (que exige monitorização contínua), assim como também os cuidados específicos aos doentes nos diferentes tipos de choque e doentes politraumatizados. Todas experiências foram benéficas para o crescimento de competências específicas no âmbito do doente crítico. Não considero importante a descrição destas técnicas pois foi um aperfeiçoamento e aprofundamento profissional anteriormente apreendido.

Terminada a apresentação da consecução dos objectivos propostos, considero importante descrever que todos os momentos de aprendizagem na Unidade de Cuidados Intermédios foram bastante produtivos para o atingir de competências no âmbito de

⁵ Cit: URIZZI, Fabiane; CORRÊA, Adriana – Vivências de Familiares em Terapia Intensiva: o Outro Lado da Internação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* –Ribeirão Preto. – Vol. 15, n.º 4 (Julho/Agosto 2007).

especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica no sentido de gerir e reflectir de forma crítica a prática.

1.2. Serviço de Urgência - Módulo I

A enfermagem em Urgência exige dos seus profissionais a prestação de cuidados de excelência num “*timing*” descrito como adequado, assim como a gestão de prioridades de atendimento. Este serviço apresenta áreas de actuação diferentes pelo que exige que os seus profissionais sejam versáteis e se consigam adequar às situações de saúde que se deparam.

A missão do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano é prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, português ou estrangeiro, que ali acorra em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. E é no cumprimento desta missão que se empenham todos os dias, 24 horas por dia, médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde.

O estágio do Módulo I realizou-se no serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano que se localiza estruturalmente no piso -1.

No que se refere à organização deste serviço de urgência divide-se: sala de pré-triagem, triagem, Unidade de Rápido Diagnóstico, OBS, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia.

Na pré-triagem os enfermeiros têm formação em Triagem de Manchester, conhecimentos dos algoritmos e seus discriminadores. Os enfermeiros no seu dia-a-dia de trabalho, utilizam metodologias de recolha de informação sendo a Triagem de Manchester um exemplo, que apesar do seu benefício potencial, constituem sempre uma ingerência na vida e sentimentos pessoais. Daí que haja necessidade de assegurar a confidencialidade de toda a informação, tanto dos dados narrados pelo próprio como por terceiros. Muitos são os dilemas éticos no que diz respeito a esta primeira abordagem, cujo objectivo é compreender um atendimento efectuado por critérios técnicos de

gravidade, procurando oferecer um acolhimento mais justo e adequado ao caso específico de cada utente.

A Unidade de Rápido Diagnóstico, unidade aberta que comporta 15 até 20 macas, destina-se a receber doentes em estudo, sem vaga de internamento que não seja necessária monitorização e num período que deveria ser no máximo 48h. O enfermeiro presta cuidados ao doente no sentido de colaborar na realização de um diagnóstico e estabilização de sintomas. Esta unidade apresenta muita escassez de meios pelo que muitas vezes, a lotação da mesma é ultrapassada exigindo-se os mesmos cuidados, o que vai de certa forma ter um ratio inadequado e prejudicar de certa forma a prestação de cuidados aos doentes.

A unidade de OBS, comporta 15 camas, sendo 3 delas destinadas para a unidade de dor torácica com unidades específicas para receber estes doentes, estas unidades de OBS apresentam monitorização electrocardiográfica, sendo as da Unidade de dor torácica mais específicas com um monitor portátil e máquinas perfusoras para a terapêutica de base na abordagem a estes doentes. O enfermeiro tem de prestar cuidados ao doente crítico e ter conhecimentos na área da monitorização electrocardiográfica.

Na sala de pequena cirurgia e ortopedia o enfermeiro destacado tem formação em trauma e ortopedia. A prestação de cuidados consiste na abordagem ao doente vítima de trauma, colaboração com os médicos na colocação de gesso, administração de terapêutica analgésica e realização de pensos e suturas se necessário.

No sentido de responder aos objectivos inicialmente traçados irei descrever as actividades de aprendizagem em cada área específica do serviço de Urgência.

Na área de pré-triagem, na sequência do protocolo estabelecido com o Grupo Português de Triagem, foi instituído o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester no Serviço de Urgência.

As urgências Hospitalares existem para o atendimento rápido das situações de risco para a saúde, pelo que é claro que quanto mais grave a situação clínica mais rapidamente devem ser atendidos O Sistema de Triagem de Manchester, teve origem, tal como o

nome indica, na cidade de Manchester, em Inglaterra, está testado internacionalmente e em funcionamento em vários hospitais portugueses. Está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros e é entendido como mais um passo, no sentido de melhor atender quem recorre a um Serviço de Urgência, no qual se exige rapidez, na proporção da gravidade.

Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência. Este método permite uma rápida identificação dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não, necessariamente, quem chega primeiro.

Mesmo tendo sido enviado de um SAP, ou pelo Médico Assistente terá de ser avaliado na triagem de prioridades, e se a sua situação for considerada não urgente deverá aguardar o atendimento dos doentes mais graves. Após efectuar a sua inscrição na Admissão de Doentes é encaminhado para o gabinete de triagem, onde é submetido a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas ou de sinais que permitem atribuir uma cor que corresponde a um grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado, até à primeira observação médica. Existem 5 cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada uma representando um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para o doente ser submetido a observação médica.

Decorrente do contacto inicial no gabinete de triagem, o doente é identificado com uma cor, representando um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para atendimento.

Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, que corresponde a um atendimento imediato. Os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de até dez minutos. Os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de até 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de entre duas e quatro horas, respectivamente, após atendimento dos doentes mais graves.⁶

⁶ Cf: GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM; Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando (2.ª ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group. (2002).

Para entender a utilidade da Triagem de Manchester, é importante ter em consideração que a missão de um Serviço de Urgência é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergente a urgente), representativas de situações de risco para a saúde, pelo que, quanto mais grave é a situação clínica mais rápido deve ser o atendimento.

Assim, é fácil perceber que as situações clínicas mais graves devem ter prioridade no atendimento. A conjugação de esforços de todos os profissionais de saúde, é imprescindível para poder oferecer mais e melhores cuidados, correctamente dirigidos, a quem deles necessita. Pelo que o sistema de triagem de Manchester é um processo e, como tal, apresenta pontos fortes e pontos fracos. De acordo com alguns autores estes são referidos como sendo os principais pontos:

Pontos Fortes:

- Diminui o tempo de espera dos cidadãos/ utentes que experimentam situações emergentes e/ ou urgentes;
- Diminui a ansiedade dos cidadãos/ utentes e acompanhantes, com a promoção de um ambiente seguro;
- Evita a duplicação de funções, com a orientação dos cidadãos/ utentes para as estruturas e/ ou áreas de atendimento adequadas à sua situação de doença e/ ou lesão (v.g. encaminhamento do cidadão/ utente com patologia do foro cirúrgico para o gabinete de Cirurgia Geral);
- Melhora o planeamento e a organização da prestação de cuidados de saúde;
- Melhora a qualidade dos cuidados prestados;
- Optimiza a utilização dos equipamentos, recursos materiais e humanos do SU;
- Diminui o tempo de permanência dos cidadãos/ utentes e acompanhantes no SU;
- Aumenta o grau de satisfação dos cidadãos/ utentes e acompanhantes, relativo ao atendimento.

Pontos Fracos:

- Aumenta o tempo de espera dos cidadãos/ utentes que, necessitando de cuidados diferenciados, seriam observados mais prontamente se o critério de selecção fosse “Ordem de chegada ao SU”;

- É um processo dispendioso, principalmente na fase de implementação do ST, para o qual há um grande investimento nas infra-estruturas e na formação dos profissionais de saúde;
- Promove o desperdício de recursos humanos nos momentos de menor afluxo de cidadãos/ utentes ao SU.⁷

Estruturalmente existem dois gabinetes de pré-triagem localizados após o gabinete administrativo. A privacidade destes gabinetes nem sempre é possível tendo em conta que se localiza no corredor de acesso à triagem e à sala de emergência, local de passagem de doentes, profissionais e técnicos de emergência pré-hospitalar com doentes emergentes. Apenas uma das salas de pré-triagem se encontra permanentemente em funcionamento, utilizando-se apenas a outra em caso de aumento de afluência de doentes à urgência. Apresenta um computador com o programa de triagem de Manchester e material acessório tendo em conta os discriminadores dos algoritmos.

Os enfermeiros destacados para a triagem têm o curso de Triagem de Manchester. Os enfermeiros no seu dia-a-dia de trabalho, utilizam metodologias de recolha de informação sendo a Triagem de Manchester um exemplo, que apesar do seu benefício potencial, constituem sempre uma ingerência na vida e sentimentos pessoais. Daí que haja necessidade de assegurar a confidencialidade de toda a informação, tanto dos dados narrados pelo próprio como por terceiros. Muitos são os dilemas éticos no que diz respeito a esta primeira abordagem cujo objectivo é compreender um atendimento efectuado por critérios técnicos de gravidade, procurando oferecer um acolhimento mais justo e adequado ao caso específico de cada utente.

Aquando do estágio tive oportunidade de participar activamente na realização de triagem a doentes, denota-se que mesmo tendo os algoritmos a seguir, alguma da informação dada pelo doente não se enquadra nos mesmos, pelo que parte do triador excluir informação no sentido de tornar a triagem o mais objectiva possível minimizando os erros que consequentemente assumem a cor.

⁷ Cf: CORDEIRO, A; SILVEIRA A., & RAPOSO; A Triagem nos Serviços de Urgência Geral. Fevereiro 2008 In Nursing, pág. 12-16.

A realização da pré-triagem por parte do enfermeiro é muitas vezes questionada pois existem diferentes algoritmos que se podem identificar para a mesma queixa do doente, o que pressupõe que, mesmo assim no final, irá ser atribuída a mesma cor independentemente do discriminador escolhido. O enfermeiro de pré-triagem tem de conhecer bem os algoritmos, fluxogramas e os discriminadores da triagem de Manchester pois pretende-se que esta seja o mais sucinta e rápida possível no sentido de encaminhar o doente e adequar às suas necessidades.

A triagem é efectuada no computador do gabinete onde fica informação de todos os seus registos assim como o tempo decorrido durante cada triagem. A informatização permite: obter dados importantes e necessários à gestão dos recursos humanos relativos ao desempenho dos profissionais de saúde (vigilância e controlo da tomada de decisão do profissional triador), ao número de profissionais necessários para cada equipa e para cada sector do serviço de Urgência, e à gestão dos recursos materiais e equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde.⁸

Foi notório, aquando do estágio, de acordo com a opinião da equipa do serviço de urgência, que a maioria da população quando recorre á urgência não está desperta para a necessidade deste momento antes de ser atendida efectivamente por um médico. Desvalorizam a informação a dar quando informadas que se trata de pré-triagem, ou muitas vezes, pelo contrário, debitam as suas queixas pensando tratar-se já do momento de urgência propriamente dito. Constatou-se que o conhecimento dos utentes sobre o sistema de triagem de Manchester é manifestamente insuficiente. Contudo os utentes são conhecedores de alguns critérios valorizados na atribuição das categorias de urgência mais elevadas da triagem. Assim, esse conhecimento predispõe-nos a utilizarem a informação em seu próprio benefício, para obterem um atendimento mais rápido.

Os Serviços de Urgência são deveras procurados pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, colocando muitas vezes em causa a missão daqueles Serviços, isto é, a prestação de cuidados de saúde aos utentes em situação de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente. Tal facto deve-se à não experimentação das referidas situações pelos utentes.

⁸ Cf: GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM; Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando (2.ª ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group. (2002).

Leva-se a crer que os utentes identificaram sinais e sintomas que lhes conferem uma prioridade/categoria de urgência mais elevada, referindo-os, mesmo que não os experimentem, e tendem a sobrevalorizar os sinais e sintomas que experimentam.

A sala de emergência, após os gabinetes de triagem, encontra-se no corredor central à sua direita, de fácil acesso para os episódios emergentes. A triagem dos doentes admitidos na sala de emergência é feita pelo sistema de triagem de Manchester a funcionar na urgência. Os critérios para admissão de um doente na sala de emergência são a classificação vermelha pelo sistema de triagem de Manchester, e critérios mais alargados pré definidos que indiciam uma situação clínica de grande instabilidade fisiológica e portanto um elevado risco de paragem cardio-respiratória. Isto reflecte a vocação da sala de emergência, centrada em torno da prevenção e tratamento das causas da paragem cardio-respiratória.

Como anteriormente descrito, assume uma posição estratégica, na entrada do serviço de urgência, estando equipada com os meios de diagnóstico, de monitorização e terapêuticos, adequadas à abordagem do doente crítico.

Possui 2 camas amovíveis e articuladas com monitorização de saturação de oxigénio, electrocardiograma (ECG) contínuo e tensão arterial indirecta através de monitor/desfibrilhador com pacemaker externo. Fazem ainda parte do equipamento dois ventiladores e um monitor/desfibrilhador de transporte. O material está todo organizado por módulos. Um destes módulos contém material de entubação endotraqueal e todo o equipamento necessário para lidar com a “via aérea difícil”, incluindo a possibilidade de realização de cricotomias e traqueostomias percutâneas. Existe a possibilidade de realização de ECG de 12 derivações, exames de raios X convencionais, ecografia e ecocardiografia. É possível a execução de técnicas invasivas como cateterismo central, cateterismo arterial, toracocentese, paracentese.

Funcionalmente dependente do Serviço de Cuidados Intensivos Médicos (SCIM), existe uma equipa, organizada e destacada diariamente, cuja função específica é o atendimento dos doentes da Sala de emergência.

Esta equipa é constituída por:

1 - Um médico do SCIM que constitui o líder da equipa; nos dias úteis, entre as 8 e as 20 horas; este corresponde a um dos médicos do SCIM; nos períodos das 20 às 8 horas e nas 24 horas do fim-de-semana, há uma escala rotativa que engloba vários elementos de outros serviços (sobretudo médicos internos de Medicina Interna e de Anestesiologia), sob supervisão do médico sénior do SCIM; estes médicos têm treino obrigatório em Suporte Avançado de Vida, estágio mínimo de seis meses em Cuidados Intensivos, e formação recomendada em Suporte Avançado de Trauma; o médico líder tem a função específica de atender à SE, assumir e orientar as decisões de diagnóstico e terapêutica dos doentes críticos admitidos.

A partir das 20h, este médico assume também a responsabilidade nas equipas de emergência intra-hospitalar, cuja função é o atendimento aos doentes em estado crítico que estão internados em qualquer serviço do HPH.

2 - Enfermeiro com formação e treino em Suporte Imediato de Vida (SIV), destacado para a SE em cada turno.

3 - Auxiliar da Acção Médica, com orientação para normas e comportamentos a adoptar em situação de emergência, igualmente destacado para a SE em cada turno.

Convocados pelo líder de equipa, colaboram outros médicos destacados para a SE pelo Chefe de cada equipa de urgência. Estes são médicos das especialidades de Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia, Neurologia, Cardiologia e Pediatria, que actuam em consonância com o líder de equipa, nas decisões referentes às necessidades terapêuticas e de diagnóstico adequado a cada caso.

Existe um painel na sala de emergência onde, diariamente, e em cada turno, estão claramente indicados estes elementos destacados para a mesma e respectivos contactos por telefone interno.

O correcto preenchimento deste *placard* é da responsabilidade conjunta do Chefe de equipa e do médico líder da equipa da sala. É revisto em cada turno pelo enfermeiro destacado para esta.

A admissão de um doente na sala de emergência implica a activação obrigatória da equipa de emergência através de um número único de emergência intra-hospitalar

(2211) cuja recepção está sediada no SCIM, localizada em estreita relação com o serviço de urgência.

O registo uniformizado dos dados das admissões à sala de emergência, em base de dados própria, é feito pelo médico líder de equipa.

Na sala de emergência as oportunidades de abordagem a um doente crítico foram a base de aprendizagem e consolidação de conhecimentos na prática. Assim durante o estágio proporcionaram-se dois episódios de urgência de doentes com paragem cardio-respiratória. A abordagem primária e secundária do SAV é seguido através do “*team leader*” que vai dando indicações a toda a equipa que se organiza dividindo as funções de acordo com cada prioridade. De mencionar que nos episódios dos doentes em PCR, tive oportunidade de participar activamente na abordagem, de salientar que se torna imprescindível que a equipa apresente conhecimentos teórico-práticos bem presentes e que todos os elementos da equipa se inter-relacionem como elos de uma cadeia, pois todos são parte integrante e as suas intervenções são a base da excelência de cuidados ao doente. A minha participação baseou-se na preparação de terapêutica de emergência e na colocação de acesso venoso periférico. A gestão de stress em situações de emergência é o que muitas vezes pode levar a equipa aos erros e lapsos, por isso denota-se que a equipa, no sentido de os minimizar, tem como prática ir informando (em voz alta) o que se vai executando sempre de acordo com a abordagem ao doente e o “*team leader*” da equipa é o médico mais experiente da equipa, sendo este que toma decisões pela equipa.

De acordo com o circuito do doente no serviço de urgência, estruturalmente localiza-se a sala de enfermagem de triagem e sala de nebulização onde se procede às intervenções de enfermagem com o objectivo de auxiliar no diagnóstico médico assim como controlo de sintomas. Nestas salas os enfermeiros colhem análises, procedem a entubação nasogástrica e algaliações, realizam oxigenoterapia e nebulizações, administram terapêutica e encaminham os exames a realizar.

Nesta área do serviço de urgência os enfermeiros prestam os cuidados anteriormente descritos, humanizados, no sentido de reduzir a ansiedade dos utentes que muitas vezes não entendem o tempo de espera. Muitos dos obstáculos à optimização dos cuidados aos

utentes deve-se á ansiedade dos mesmos que não se tornam receptivos aos cuidados a prestar, ou por descontrolo de sintomas, cor atribuída na triagem ou pelo tempo de espera que embora seja explicado após a realização da triagem de Manchester os utentes por falta de conhecimentos não estão despertos para tal.

Apenas de referir que as salas apresentam estruturalmente uma cortina, o que tendo em conta o número de utentes é insuficiente para manter a privacidade dos mesmos. Existe um esforço por parte dos enfermeiros de atender um doente de cada vez, contudo nem sempre é viável. Na sala de nebulizações apresenta cadeirões par a par sem qualquer tipo de divisória, o que para além da privacidade, o risco de infecção pela distância mínima entre cada um não é respeitado, tratando-se de risco de infecção por gotículas e aerossóis.

Seguidamente localiza-se a Unidade de Rápido Diagnóstico (URD), unidade com 15 camas onde ficam internados por um tempo máximo de 48h no sentido de definir diagnóstico. A Unidade de Rápido Diagnóstico acolhe doentes de todas as especialidades, onde permanecem até à decisão quanto ao seu diagnóstico se será transferido para internamento ou se terá alta.

Nesta unidade existe uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Segundo as suas competências, esta procede à organização e gestão dos cuidados diferenciados, assim como da equipa. Destaca-se pelos seus conhecimentos teórico-práticos na área do doente crítico e médico-cirúrgicos.

A enfermeira especialista é ao elemento mais experiente na área pelo que procede à resolução de problemas complexos com os doentes e equipa. Durante este estágio diversas situações complexas foram surgindo, tendo sido resolvidas com a enfermeira especialista, num dos turnos surgiu a necessidade de vagas extras na Unidade pelo que só poderiam ser colocadas em macas numa sala contígua à unidade. Foi contactada a enfermeira especialista, pelo que devido à estrutura física e organização do serviço de urgência, os doentes foram admitidos em macas e procedido à sua integração na Unidade. Muitos foram os dilemas éticos discutidos por ambas contudo não se poderia recusar a sua admissão na URD.

A enfermeira especialista acompanha na visita médica recorrente aos doentes na Unidade e mantém a vigilância dos doentes no sentido de proceder ao seu internamento se necessário, o mais precoce possível assim como a gestão de alta por outro lado. Torna-se uma referência pois tem conhecimentos sobre a situação clínica de todos os doentes da unidade e é um elo de ligação com os restantes profissionais (médicos de diferentes especialidades). Nesta unidade tive também oportunidade da gestão de cuidados de 5 doentes no que se refere ao encaminhamento o mais precoce possível para a realização de exames complementares de diagnóstico, atribuição de protocolos de tratamentos de feridas, internamentos e altas, intervenções realizadas pela enfermeira especialista. Torna-se importante referir que todas estas intervenções requerem uma boa integração na equipa multidisciplinar.

Nesta Unidade depararam-se diversos problemas que surgiram ao longo do meu estágio, a sobrelotação, que levanta questões complexas como o ratio enfermeiro, doente e privacidade. Denota-se por parte da equipa tentativa de minimizar estas questões contudo os cuidados prestados ao doente não se realizam da mesma forma.

De mencionar também que, estruturalmente, se localiza a sala de pequena cirurgia e ortopedia, pelas quais a minha passagem se resumiu apenas a um turno em cada para me integrar nos cuidados de enfermagem realizados. Nestas salas baseiam-se intervenções de enfermagem interdependentes relacionadas com o tratamento de feridas, colocação de gessos e estabilização de politraumatizados.

A unidade de OBS fisicamente localiza-se na porção terminal do corredor central estruturalmente isolado do mesmo, tem capacidade para 15 camas, sendo 3 delas destinadas para a unidade de dor torácica com unidades específicas para receber estes doentes. Estas unidades de OBS apresentam monitorização electrocardiográfica, sendo as da Unidade de dor torácica mais específicas com um monitor portátil e máquinas perfusoras para a terapêutica de base na abordagem a estes doentes.

Existe uma segunda enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica responsável por esta unidade. No decorrer do estágio de referir diversas entrevistas informais no sentido de me orientar no seu trabalho específico com especialista. Este consiste na gestão da equipa, gestão de recursos materiais e físicos no sentido da

excelência. A enfermeira especialista é como a própria palavra diz a enfermeira mais experiente nesta unidade e o elemento com mais conhecimentos teóricos e práticos em doentes críticos do foro médico-cirúrgico. Destaca-se por antecipar as suas intervenções de acordo com o estado do doente, minimizar possíveis complicações alertando a equipa médica. Assim, tive experiência de admitir um doente na unidade, proceder à sua colheita de dados inicial, acolher na unidade, proceder à monitorização e estabilização com a coordenação da equipa médica. Esta unidade foi muito rica em termos de aprendizagem pois acolhe doentes críticos, instáveis vindos da triagem médica ou sala de cirurgia.

De mencionar que durante o meu estágio pude proceder à realização de um estudo de caso de um doente internado em OBS descrito no portefólio de estágio.

Importante mencionar a Unidade Dor Torácica com quatro unidades de observação - com monitorização específica, para a isquemia do miocárdio com o sistema EASI e apresentam como critérios de admissão:

- Queixa de dor e desconforto torácico, RX do tórax;
- Síncope de causa cardíaca;
- Dispneia e /ou fadiga de início súbito de causa cardíaca.

1.3- Assistência Pré-hospitalar - INEM – Módulo III

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde.

A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM.

O INEM, através do Número Europeu de Emergência 112, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica.

O estágio Módulo III realizou-se no Instituto Nacional de Emergência Médica, com o objectivo de aumentar conhecimentos na área pré-hospitalar que tanto fascínio transmite, no período de 27 de Novembro a 28 de Janeiro com a realização de turnos durante o dia de acordo com os horários de cada tripulação/equipa no sentido de responder aos objectivos anteriormente propostos a atingir. Assim o INEM como área de intervenção mais diferenciada a nível do ambiente pré-hospitalar tem como objectivos primários:

- Reforçar e integrar os meios de emergência pré-hospitalar, em articulação com a Requalificação das Urgências.
- Aperfeiçoar a Rede Nacional de Ambulâncias de Emergência (RNAE) de modo a cobrir de maneira uniforme 100% do território nacional continental.
- Diferenciar progressivamente os actuais operacionais do SIEM, dotando-os de formação que os habilite a lidar adequadamente com todas as situações de emergência.
- Melhorar os sistemas de informação, designadamente, o de apoio à gestão.
- Garantir a sustentabilidade financeira do Sistema Integrado de Emergência Médica.

O INEM tem uma frota de meios no sentido de prestar um serviço eficaz de socorro às vítimas de doença súbita ou acidente, o INEM disponibiliza vários tipos de serviços para diferentes tipos de situações de emergência médica. Assim sendo, o INEM tem em funcionamento o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), o Centro de Orientação de Doentes Urgentes para situações ocorridas no mar (CODU-Mar), o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) e o Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco. Como meios físicos apresenta: mota, ambulância SBV, SIV, VMER, Helicóptero.

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112. Na prática são transferidos para os CODU os pedidos de socorro efectuados por aquela via, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde. O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro.

Compete aos CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. Para o efeito os CODU dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes.

Os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros) seleccionados com base na situação clínica das vítimas, com o objectivo de prestar o socorro mais adequado no mais curto espaço de tempo. Ou seja seleccionam e mobilizam de forma criteriosa os recursos necessários a cada caso. Os CODU asseguram ainda o acompanhamento das equipas de socorro aquando da sua actuação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas, é ainda possível seleccionar e preparar a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da Unidade de Saúde de destino. O INEM tem quatro CODU em funcionamento, em Lisboa, Porto, Coimbra e Algarve.

O Centro de Orientação de Doentes Urgentes–Mar (CODU–Mar) tem por missão prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações (inscritos marítimos). Uma equipa de médicos garante, 24 horas por dia, respostas a questões como os cuidados a prestar, formas de proceder e terapêutica a administrar. Se necessário, o CODU-Mar pode accionar a evacuação do doente e organizar o acolhimento em terra e posterior encaminhamento para o serviço hospitalar adequado.

O Centro de Informação Antivenenos (CIAV) é um centro médico de informação toxicológica. Presta informações referentes ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos - humanas e animais - e de intoxicações agudas ou crónicas. Fornece esclarecimentos sobre efeitos secundários dos medicamentos, substâncias cancerígenas, mutagénicas e teratogénicas.

O CIAV presta um serviço nacional, cobrindo a totalidade do país. Este serviço é assegurado por médicos especializados, 24 horas por dias, sete dias por semana, que atendem consultas de médicos, outros profissionais de saúde e do público em geral. O CIAV colabora também no ensino de toxicologia clínica, acções de prevenção e feitura de estudos.

As ambulâncias do INEM, SBV são ambulâncias de socorro, destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida.

As ambulâncias INEM estão sediadas no próprio Instituto e em corpos de bombeiros. Estão igualmente inseridos no Sistema Integrado de Emergência Médica, Postos Reserva, sediados também em corpos de bombeiros e núcleos da Cruz Vermelha Portuguesa.

A denominada ambulância de Suporte Imediato de Vida é uma ambulância destinada a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa de suporte avançado de vida. Este conceito é extensível às situações que poderão evoluir para Paragem Córdio-Respiratória, caso não sejam imediatamente tomadas as medidas necessárias. A sua tripulação é constituída por um enfermeiro e por um técnico de ambulância de emergência.

Este meio operacional do INEM visa melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população, missão do INEM de acordo com a sua lei orgânica enquanto coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica. Estas ambulâncias significam um “upgrade” relativamente aos cuidados prestados pelas ambulâncias de socorro.

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente. Com uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro ou tripulante de ambulância de socorro, dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.

Actuando na dependência directa dos CODU, as VMER têm base hospitalar, tendo como objectivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

Os Helicópteros de emergência médica do INEM são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. Estão equipados com material de Suporte Avançado de Vida, sendo a tripulação composta por um médico, um enfermeiro e dois pilotos.

O INEM dispõe actualmente de dois helicópteros próprios, sediados no aeródromo de Tires, em Lisboa, e no Hospital Pedro Hispano, no Porto. O INEM assegura também a equipa médica do helicóptero da Autoridade Nacional de Protecção Civil situado em Santa Comba Dão, o qual funciona no período nocturno. Sempre que necessário pode recorrer também à utilização dos helicópteros da Força Aérea Portuguesa.

Desde Julho de 2004, as motos de emergência passaram a fazer parte dos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica destinados à prestação de socorro. Este projecto que apostou na rápida capacidade de resposta, tem como principal razão da sua existência a agilidade da moto no trânsito citadino, permitindo a chegada rápida de um meio de socorro junto de quem dele necessita.

Sendo esta a principal vantagem em relação a outros meios de socorro, o veículo é capaz de transportar material de Suporte Básico de Vida (SBV), permitindo ao tripulante a adopção de medidas iniciais, estabilizando a vítima até que estejam reunidas as condições para um eventual transporte.

Em alguns casos, a intervenção deste tripulante poderá ser a única necessária, dispensando-se a presença de uma ambulância de emergência.

O Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, a funcionar no INEM desde 1987, é um serviço que permite a prestação de socorro de emergência a recém-nascidos em situação de risco e prematuros, permitindo transportá-las para hospitais onde existam unidades de Neonatologia. As ambulâncias deste Subsistema dispõem de um médico especialista, um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. Estão dotadas com o equipamento necessário para estabilizar e transportar o recém-nascido, utilizando tecnologia semelhante à existente na unidade de cuidados para onde a criança vai ser transportada, bem como um sistema autónomo de telecomunicações que permite um contacto permanente entre a equipa da ambulância e o hospital. Este serviço tem uma cobertura nacional e funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano.

Assim o estágio foi no intuito de ter experiência e visão de especialista em enfermagem médico-cirúrgica em todas as valências do ambiente pré-hospitalar excluído os meios específicos como o CIAV, Helicóptero e Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, por serem áreas muito específicas e não irem ao encontro dos objectivos a atingir.

Este estágio foi dividido de acordo com as necessidades e oportunidades de aprendizagem no intuito de obter o máximo de experiência na área pré-hospitalar, assim foram realizados inicialmente turnos no CODU, posteriormente nas ambulâncias de SBV, SIV e finalmente veículo VMER.

A 19 de Outubro de 2005, foi publicado em Diário da República o conteúdo funcional da carreira de enfermagem no âmbito do pré-hospitalar, no qual se descreve a sua actuação⁹:

- Realizar ou colaborar na realização de estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria de cuidados;
- Colaborar na formação;
- Actuar ao nível do sistema de socorro Pré-Hospitalar na vertente medicalizada;
- Referenciação e transporte de doente urgente/emergente;
- Participar em reuniões, grupos de trabalho, comissões e júris de concurso, quando designado;
- Colaborar com órgãos directivos em matéria de planeamento de actividade;
- Participar em planos de emergência;
- Actuar em situações de excepção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais, quer internacionais, prestar apoio a eventos de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades.

Posteriormente, a mais recente publicação, feita pela Ordem dos Enfermeiros, específica as orientações para as intervenções do enfermeiro na assistência pré-hospitalar, sendo elas:

- Actuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou

⁹ Cit: PORTUGAL, Ministério da Saúde, Decreto-lei n.º46/2005. Regulamento Interno do pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica, pág. 6104-6105;

doença súbita, no local de ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;

- Garantir o acompanhamento e vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;

- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão de informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;

- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento.¹⁰

1.3.1. Centro de Orientação para Doentes Urgentes (CODU)

O Centro de Orientação para Doentes Urgentes (CODU), como referido anteriormente é composto por médicos, enfermeiros e operadores com suporte informático e de telecomunicação adequado no sentido de proceder á assistência médica de situações de urgência ou emergência após chamada 112.

O CODU é assegurado 24h por operadores, enfermeiros e médicos. Os operadores são formados pelo INEM são estes a base do atendimento, por seu lado os enfermeiros prestam apoio às ambulâncias SIV (no sentido de aprovar os protocolos instituídos pela mesma e proceder ao encaminhamento para o hospital ou unidade mais próxima) e os médicos são os que supervisionam a correcta realização e encaminhamento de cada chamada.

Assim, torna-se importante a compreensão do circuito de chamada para o 112. Cada chamada efectuada para o 112 é recebida pela PSP e/ou GNR área, se se tratar de uma situação de urgência ou emergência médica a chamada é encaminhada para o CODU onde é atendida por um técnico com formação na área onde a mesma será

¹⁰ Cf: VIEIRA, P. M. S. et al; O enfermeiro perante a emergência pré-hospitalar, Revista Sinais Vitais, nº61, Julho, 2005, pág. 32-35.

supervisionada por um médico (supervisor) que é o indicador e distribuidor dos meios. Por outro lado o enfermeiro recebe os dados de todas as ambulâncias SIV e procede ao registo dos casos de Via verde AVC realizando a activação de todos os Critérios e o contacto com o neurologista hospital de referência a informar o encaminhamento do doente.

Assim o enfermeiro apresenta na sua unidade dois monitores e dois telefones. Num monitor apresenta-se todos os meios de ambulâncias SIV marcadas a três cores, vermelho, amarelo e verde: vermelho (representa meio por activar); amarelo (já foi activado, a caminho); verde (em activação).

O enfermeiro recebe dados dos veículos SIV que vão ao local, dá as indicações sempre que necessário, preenche os dados de acordo com o algoritmo e encaminha enviando outros meios se necessário. Tem também como competência a recepção e visualização de ECG realizados pelas ambulâncias SIV e VMER para ser observado pelo médico.

De mencionar como competência do enfermeiros autorizar a presença de acompanhantes para o transporte nas ambulâncias.

Assim, tendo em conta o circuito das chamadas durante os turnos de estágio que realizei no CODU, tive oportunidade de proceder ao reconhecimento dos monitores de trabalho, quer dos operadores, médico e enfermeiro, a visualização de protocolos, identificação de quadros de atendimento.

Importante referir que para além dos operadores que são a primeira linha de atendimento, existem também operadores responsáveis por accionar meios disponíveis para cada caso, de acordo com a disponibilidade e localização tendo em conta o local onde se encontra a vítima.

Durante o estágio no Centro (CODU) fiz questão de entender todo o circuito descrito anteriormente, pelo que iniciei pelos operadores, que demonstraram apresentar formação específica na área do atendimento de pedidos de urgência, realizando todas as questões necessárias para o encaminhamento de meios, assim como habilidade para proceder aos registos informáticos de toda a informação transmitida num espaço de tempo bastante reduzido. Posteriormente, acompanhei os operadores de envio de meios, que procedem ao envio dos meios o mais precocemente possível, após contacto telefónico directo com os meios a accionar e, quando necessário, meios mais

diferenciados, ou se o meio com a localização mais perto não se encontra disponível conseguem sempre com a colaboração do seu supervisor, o encaminhamento dos meios mais adequado possível.

Um médico deste centro é o coordenador, chefe e supervisor de toda a equipa. Está sempre um médico chefe presente por turno. É por ele que passam informaticamente todas as chamadas recebidas assim como todo o percurso até ao encaminhamento de meios e este é que assume o meio a activar e a partir daí é que o meio pode ser activado pelos operadores de meios. É passível de não concordar com o encaminhamento feito para cada chamada e alterar o que achar mais correcto. De mencionar que também existe outro médico por turno que recebe dados da VMER e colabora com a mesma sempre que necessário.

Com o enfermeiro observei chamadas realizadas pelos colegas das SIV no sentido de validar protocolos assumidos que regem por validações constantes ao CODU. O papel do enfermeiro é receber e gerir os dados dos enfermeiros das SIV assim como assumir que o protocolo será o mais adequado e que a unidade hospitalar que escolheram será a mais diferenciada tendo em conta a vítima.

1.3.2. Ambulâncias de Suporte Básico de Vida

As ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) são ambulâncias de socorro, destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida. A sua tripulação é composta por Técnicos de Ambulância de Emergência.

As ambulâncias SBV estão sediadas em bases do próprio Instituto (Centros de Saúde) e em corpos de bombeiros por todo o país, designados de Postos de Emergência Médica (PEM). Aos postos PEM é cedida uma ambulância SBV e respectivo equipamento pelo INEM e a sua tripulação é assegurada pelo corpo de bombeiros.

Este estágio, no âmbito das ambulâncias SBV, foi realizado na SBV Matosinhos e Aldoar no sentido de observar e conhecer ambientes diferentes de ambulâncias SBV.

Cada meio de SBV apresenta-se sediada numa base, a ambulância de SBV Aldoar localiza-se estruturalmente numa sala do Centro de Saúde de Aldoar com fácil acesso à ambulância e de saída acessível do parque da mesma. A ambulância de Matosinhos II localiza-se no Centro de Saúde de Leça com a sua base no mesmo. A localização das bases tende a ser um local de fácil acesso e abrangendo uma população específica, podendo muitas vezes ser quebrada por desactivação de outros meios ou ser o único meio disponível no momento.

Os Técnicos de ambulância de Emergência apresentam formação específica do INEM e são conhecedores de todos os regulamentos e protocolos da prática de assistência pré-hospitalar. Fazem turnos de 8h, sendo dois por turno. Na equipa nem todos os TAE's tem formação para guiar a ambulância, apenas os que têm formação e experiência específica para tal reconhecida pelo Instituto o podem fazer, tem de apresentar a carteira de motorista pelo INEM.

Todo o material tem de ser verificado ao fim de cada turno e depois de cada activação de acordo com uma "*check list*" existente no cockpit da ambulância e é da responsabilidade dos elementos desse turno, assim como a limpeza da unidade da ambulância de um turno para o outro.

O elemento mais experiente fica com o telefone de serviço que receberá as chamadas do CODU com as respectivas activações.

Durante a minha passagem pelas ambulâncias SBV todos os elementos foram muito receptivos e estiveram sempre muito disponíveis para explicar todos os procedimentos e protocolos. Participei em todas as actuações activamente respeitando sempre o regulamento interno do INEM, em cada activação os elementos procedem à abordagem à vítima e estabilização para o transporte, é feito o registo o verbete individual e a passagem de dados para o CODU, antes de iniciar o transporte da vítima para uma unidade de saúde no sentido de este validar o mesmo.

Estes são meios de emergência importantes na abordagem precoce de vítima de situações de urgência, sendo a linha da frente da assistência pré-hospitalar pois são os meios existentes em maior número. Em termos de custos para o Sistema de Instituto de Emergência Médica estes representam um menor custo.

Concluindo as ambulâncias de SBV vão no sentido de realizar uma abordagem básica á vítima e o transporte para a unidade de saúde mais próxima ou “*rendez vous*” com meio mais diferenciado.

Durante o estágio no tempo despendido para colheita de dados pelos técnicos de ambulância de emergência, a minha intervenção foi a realização de ensinios informais aos familiares, explicando as intervenções adequadas em cada caso específico para se sentirem mais úteis em situação de urgência. Durante este mesmo estágio houve uma situação entre outras de uma crise convulsiva numa doente com antecedentes de epilepsia pelo que a crise à nossa chegada tinha revertido. Nesta situação foi explicado aos familiares como actuar em caso de crise convulsiva.

Denota-se que a população em geral não está preparada para ligar e saber quando accionar o INEM, assim, sempre que a situação o proporcionasse tornava-se pertinente o ensino aos familiares e próprias vítimas do funcionamento e organização do INEM.

1.3.3. Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV)

As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação.

Suporte Imediato de Vida é uma expressão que traduz um conceito, aceite pela comunidade científica médica, baseado na necessidade de garantir os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso até estar disponível uma equipa médica, dita de suporte avançado de vida. Este conceito é extensível às situações que poderão evoluir para Paragem Cardio-Respiratória, caso não sejam imediatamente tomadas as medidas necessárias.

A tripulação é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência e visa a melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré hospitalar à população. As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida.

Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais.

Essencialmente localizadas em locais estratégicos tendo em conta a distância com outros meios menos diferenciados (SBV) e unidades de saúde (com SASU e urgências).

As Ambulâncias SIV são tripuladas por um Enfermeiro e por um Técnico de Ambulância de Emergência. Os Enfermeiros terão por principal função a prestação cuidados de Emergência Médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e as orientações da Direcção Médica do serviço. Compete-lhe chefiar a ambulância, coordenada operacionalmente pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Os Técnicos terão por função colaborar na prestação de cuidados de Emergência Médica, de acordo com as suas competências e com as orientações do Enfermeiro. São ainda responsáveis pela condução do veículo.

A prestação dos cuidados de Emergência Pré-Hospitalar será feita no âmbito de um controlo médico rigoroso, processo que se designa por Direcção Médica e que ocorrerá a dois níveis:

- Direcção Médica Indirecta (off-line), feita através dos Protocolos de Actuação SIV onde estarão definidos um conjunto de acções que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas SIV, bem como a discriminação das situações que obrigam a contacto directo com o Médico Responsável, para validação online prévia;
- Direcção Médica Directa (online), através do contacto directo obrigatório com um Médico Responsável, para validação prévia de alguns procedimentos específicos, discriminados nos Protocolos de Actuação SIV;

A qualidade será garantida através de um processo contínuo de controlo da qualidade, realizado a três níveis:

- Acções prévias ou prospectivas, em que se incluem os aspectos que procuram reunir todas as condições necessárias para uma prestação de cuidados de excelência. A selecção dos operacionais, a sua formação, a elaboração de Protocolos de Actuação, a disponibilização de condições de trabalho e recursos materiais adequados são alguns dos exemplos possíveis.

- Acções concomitantes. Nesta fase inclui-se a Direcção Médica e o acompanhamento e apoio prestado pelos CODU às equipas SIV. A realização de observações directas aleatórias da actuação das equipas é outro dos meios disponíveis.

- Acções retrospectivas. A verificação periódica dos registos, a revisão de casos clínicos e a avaliação de eventos críticos são elementos fundamentais desta fase. A revisão periódica da adequação da documentação e a monitorização do grau de cumprimento dos protocolos são outros aspectos a considerar.

Cada activação da ambulância SIV é seguida do plano de actuação definido pelo SIEM:

- Segurança da equipa e vítimas;
- Avaliação primária (ABCDE):
 - A- protocolo obstrução;
 - B- protocolo Paragem cardio-respiratória;
- Avaliação secundária;
- Precauções especiais: escala de coma de glasgow ≤ 8 - PLS com especial atenção á grávida/criança;
- Necessidade de apoio médico:
 - Obstrução;
 - Paragem respiratória, FR > 36 /min, Paragem cardio-respiratória FC < 40 > 150 /min, Pressão arterial sistólica < 90 , escala de coma de glasgow ≤ 8 ;
- Passagem de dados;
- Transporte.

O projecto das equipas SIV gere-se através dos protocolos. E porque existem algumas diferenças na abordagem da vítima em situações de foro médico ou em situações de trauma existem protocolos específicos. O protocolo de avaliação da vítima, define um conjunto de procedimentos genéricos, recolha de dados e exame objectivo.

Assim os protocolos existentes são: Abordagem a vitima, paragem cardio-respiratória da criança, reanimação neonatal, alergia, alteração do estado consciência, cefaleias, convulsões, diabetes, disritmias no adulto, dispneia, défice motor/ sensitivo, dor abdominal/ problemas urinários, dor nas costas, dor torácica, intoxicações, obstrução da

via aérea, sedação e analgesia, abordagem do traumatizado, afogamento e acidente mergulho, hemorragia, TCE, traumatismos de abdómen e bacia, traumatismos da extremidade e tecidos moles, traumatismos do tórax, TVM, queimaduras, ginecologia e gravidez, parto, problemas psiquiátricos, suicídio.¹¹

Dentro destes protocolos também a comunicação rádio está incluída pois torna-se importante comunicar o status da ambulância para o CODU. Os meios de telecomunicações são uma ferramenta fundamental para o correcto e eficiente desempenho das missões que são confiadas às diferentes entidades, conferindo uma maior eficiência às operações de socorro.

As ambulâncias SIV são uma continuidade entre níveis de SBV e VMER. Seguidamente farei referência a algumas das activações durante o estágio na SIV Vila do Conde e Gondomar.

Após início do turno enquanto nos deslocávamos na ambulância a equipa foi interceptada por um senhor que nos informou que haveria um senhor caído na passadeira de um cruzamento metros à frente de onde nos encontrávamos, mesmo não tendo sido contactados pelo CODU para tal, dirigimo-nos para o local, após informar o CODU da saída, onde à nossa chegada se encontrava uma vítima do sexo masculino que aparentava ter cerca de 30 anos caído na passadeira em decúbito lateral direito aparentemente consciente já com um bombeiro no local a realizar a estabilização cervical.

Pela colheita de dados possível das pessoas presentes no local a vítima teria caído sozinha não tendo havido atropelamento. Assim sendo transportamos a vítima para a ambulância para aí proceder a uma melhor e mais completa avaliação e colheita de dados. A vítima apresentava-se com os olhos fechados, contratura muscular, sem resposta verbal, embora consciente. Após diversos estímulos verbais e dolorosos a vítima com resposta verbal contou-nos ter batido na traseira de um veículo quando atravessava a passadeira.

¹¹ Cit: INEM, Manual de viatura médica de emergência e reanimação – Tomo I. Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000.

Procedeu-se ao protocolo da abordagem do traumatizado, pelo que as prioridades tidas em conta na abordagem consistem em:

- Garantir a segurança da vítima e equipa durante toda a intervenção;
- Identificar e corrigir lesões que implicam risco de vida;
- Não agravar lesões existentes nem provocar novas lesões;
- Garantir a correcta imobilização do traumatizado e apenas imobilizá-lo quando necessário recorrendo a técnicas adequadas;
- Limitar o tempo no local o mínimo necessário para estabilizar a vítima e preparar o seu transporte em segurança (idealmente este tempo não deveria exceder 10 minutos para vítimas com lesões traumáticas graves ou potencialmente graves).

A actuação na situação de um traumatizado consiste na realização de uma avaliação primária e secundária de acordo com uma sistematização de etapas. Assim é efectuada uma avaliação rápida do local de ocorrência, identificando factores que poderão comprometer a segurança. A recolha de informações junto dos presentes pode fornecer dados extremamente importantes. Neste caso com a vítima consciente e orientada foi efectuada a recolha de dados. Imobilizado para prevenção de novas lesões.

Na avaliação primária efectuada a vítima referia dor a nível do membro superior direito e perna direita, sem deformações ou feridas presentes. Após passagem de dados ao CODU obteve-se acesso com sucesso para administração de analgesia Paracetamol EV. Iniciado transporte para Urgência do Hospital.

Outra activação: dados da chamada “*vítima do sexo feminino com dispneia com irradiação dorsal*”. À nossa chegada vítima encontrava-se sentada sem sinais de dificuldade respiratória. Procedeu-se ao protocolo de abordagem à vítima, após a colheita de dados inicial sem indicação de patologias associadas. A vítima referia ter dor dorsal há 2 semanas sem relacionamento com esforço ou outra causa e com aumento da dor tipo pontada na região torácica esquerda com irradiação para omoplata. Iniciado transporte para Urgência do Hospital mais próximo.

Efectuada activação pelo CODU para “*vítima do sexo masculino com dor torácica e dispneia com antecedentes cardíacos relevantes*”. Aplicado protocolo de Dor Torácica.

Na abordagem sistemática do doente com dor torácica há um conjunto de informações que é fundamental recolher e que ajudarão a determinar a probabilidade de um diagnóstico face ao outro. Assim torna-se relevante saber:

- Natureza da dor: opressiva, em facada, picada;
- Localização: retroesternal, torácica, lateral;
- Irradiação: membros, dorso, mandíbula;
- Factores desencadeantes: esforço, movimento brusco, ingestão alimentar ou bebida;
- Agravamento: movimento, tosse, respiração profunda;
- Alívio: posição antiálgica, eructação;
- Factores acompanhantes: dispneia, náuseas e vômitos, lipotímia ou síncope, azia ou pirose;
- Hora exacta do início da dor e sintomas.

A actuação consistiu em administrar oxigénio por máscara justo ao seu fornecimento para manter Saturação O₂ > 95%, monitorização de ECG de 12 derivações e iniciar o envio para o CODU. Após verificação do ECG pelo médico, que se tratava de um ECG normal iniciou-se a tentativa de obter acesso venoso, embora sem sucesso. Por vítima referir EVN=6 administrado DNI 5mg por via sub-lingual e AAS mastigável 250mg PO. Iniciado transporte pois doente apresentava-se estável.

Durante o transporte, vítima referiu melhoria do EVN= 4 e apresentava menos dispneia. Transporte feito com toda a segurança e sempre em contacto directo com a vítima a fim de recolher todos os dados possíveis. Apresentava-se bem-disposto tendo-nos contado os seus antecedentes pessoais relativamente às patologias cardíacas de base. Contou-nos também que a dor surgiu após uma situação familiar que o mesmo era de desacordo. Efectuada a transmissão de dados. À chegada ao Hospital, foi transferida a vítima e foi fornecido o relatório médico anterior assim como a medicação actual.

Posterior activação para “*vítima do sexo masculino inconsciente*”. À chegada vítima consciente com escala de coma de Glasgow de 15, extremidades cianóticas, hipersudorese, sem sinais de dificuldade respiratória, caído e com sensação de síncope. Transportado para ambulância onde se iniciou o protocolo de Dor torácica: administrada oxigenoterapia por Ventimask e monitorização com electrocardiograma de 12 derivações. Após interpretação do traçado electrocardiográfico pelo médico do CODU,

e verificação de taquicardia vítima inicia quadro de rigidez muscular com obstrução da via aérea parcial anatómica que reverteu posteriormente contudo mantinha frequência cardíaca de 300 batimentos/minuto, pelo que foi administrado Amiodarona 300mg endovenoso. A vítima entra em paragem cardio-respiratória, pelo que são iniciadas manobras de reanimação durante 1 minuto e 30 segundos pelo que a vítima reage. Assegurada a via aérea com avaliação de VOSP, foi colocada a vítima em posição lateral de segurança até à chegada ao Hospital. Avisada sala de emergência do Hospital da Povoia da ida da vítima.

Embora se tenha entrado no protocolo de dor torácica e disritmias o protocolo de paragem cardio-respiratória foi o que descreveu a decaída do estado clínico da vítima. Não foi possível avaliar o ritmo após a realização de SBV pois vítima recuperou, contudo um dos problemas que nos estávamos a deparar era o facto de apresentar a pele hipersudorética pelo que não havia a aderência dos eléctrodos e das pás. A realização de manobras na ambulância tende a ser a melhor possível, contudo nem sempre o é tendo em contas as *“impedades da rua”*.

A Paragem Córdio-Respiratória pode acontecer no contexto de problemas primários da via aérea ou associada a patologia cardiovascular. As doenças cardíacas provocam um aumento do trabalho respiratório e do consumo de oxigénio. Daí que a falência cardíaca possa ser consequência da insuficiência respiratória ou vice-versa.

1.3.4. Veículo Médico de Emergência a Reanimação (VMER)

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente.

O veículo (VMER) actua na dependência directa dos CODU e têm base hospitalar. O seu principal objectivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

A VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) é um veículo de intervenção rápida e tem como funções:

1. Transporte da equipa médica ao local da ocorrência (constituída por Médico e Enfermeiro).
2. Transporte do equipamento de suporte avançado de vida e abordagem ao politraumatizado.
3. Transporta meios de comunicação e de coordenação no terreno, em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU) local.
4. Triagem em situação multivítimas.
5. Encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado à continuidade do tratamento.
6. Exposição e treino de técnicos de saúde à realidade pré-hospitalar.

A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. É um dos meios mais diferenciados do INEM, em que o “*team leader*” é o médico presente no sentido de orientar os critérios de actuação e coordenar as equipas. Embora haja protocolos de actuação no mesmo sentido da SIV o elemento mais diferenciado tem o poder de o alterar.

O médico é responsável por efectuar a triagem da situação clínica da vítima, instituindo as atitudes terapêuticas adequadas à estabilização, tendo em conta os protocolos de actuação médica existentes. Comunica ao CODU as informações em relação ao diagnóstico, actuação e responsabiliza-se pela existência de transporte adequado da vítima, sempre que se julgue necessário, até à unidade de saúde referida pelo CODU. É ao médico que cabe a tarefa de coordenar e orientar a equipa no terreno, sendo importante a constante actualização de conhecimentos através da formação, assim como a humanização do socorro.

O enfermeiro é definido como “*o elemento da tripulação da VMER, responsável pela condução da viatura, colaborando na aplicação de técnicas de Emergência Médica*”¹².

¹² Cf: MATEUS, Bárbara Aires, Enfermagem Médica Pré-hospitalar - Que realidade., Lusociência, 2007, pág. 32.

O enfermeiro da VMER desempenha funções conjuntamente com o médico, com as tripulações de ambulâncias e com a equipa de helicóptero. O SIEM conta com mais de mil enfermeiros, a trabalhar nas 35 VMER, existentes no país.¹³ O enfermeiro é também responsável pela participação em reuniões, grupos de trabalho, colaboração na formação e em estudos que busquem a melhoria dos cuidados prestados.

Para que os enfermeiros possam integrar a VMER e correspondentemente prestar cuidados é necessário realizar o Curso de Viatura Médica e Reanimação - enfermeiros, com a uma carga horária de 112 horas. Este curso possui como conteúdos programáticos Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida, Emergências Médicas, Traumatologia, Emergências Obstétricas, Aspectos Médico-Legais, Operacionalidade VMER, Situações de Excepção, Módulo Comportamental, Módulo Comunicação Rádio, Módulo Extracção de Vítimas, Simulações. O curso tem ainda uma componente prática com um estágio no CODU e VMER. O enfermeiro para poder tripular a VMER tem ainda de realizar o curso de Técnicas de Condução de Alto Risco, ministrado pela Prevenção Rodoviária Portuguesa.¹⁴

O veículo da VMER, como um dos meios mais diferenciados, apresenta recursos materiais o mais completos possível.

De referir um caso de importância para o crescimento profissional, activação CODU para vítima do sexo masculino de 72 anos de idade. Segundo informação apresentava os seguintes sinais e sintomas: pálido, sudorético, polipneico e antecedentes patológicos de doença coronária e hipertensão. À chegada a vítima referiu dor pré-cordial de início 45 min antes da chegada da VMER evoluindo para edema agudo do pulmão hipertensivo. Após colheita de dados à vítima e familiar descobriu-se que fazia como terapêutica de ambulatório: Lopressor, Indur, Crestor, Lisinopril, Tyklid, Nitromint e apresentava como alergias: AAS e Clopidogrel. Assim a vítima foi posicionada em Fowler elevado com O₂ e administrada Furosemida e DNI.

¹³ Idem: MATEUS, pág 134.

¹⁴ CF: MATEUS, Bárbara Aires, Enfermagem Médica Pré-hospitalar -Loures, Lusociência, 2007, pág. 32-35.

Posteriormente para uma avaliação complementar procedeu-se à realização de electrocardiograma: ritmo sinusal com cerca de 100 batimentos/minuto; monitorização de sinais vitais e colocação de acesso venoso. Segundo opinião da equipa a hipótese de diagnóstico apontava para um edema agudo do pulmão em contexto de Síndrome Coronário Agudo pelo que o transporte após estabilização era uma prioridade pois era necessária a realização das colheitas para marcadores cardíacos assim como colheita de gasometria.

De referir que em todas as activações após a integração na equipa a minha intervenção consistiu em trabalhar com a equipa de acordo com o seu regulamento e protocolos sempre de acordo com o “*team leader*”.

2. COMPETÊNCIAS

No projecto de estágio propus-me a atingir competências tendo em conta os objectivos gerais e específicos com actividades que lhes eram inerentes, essas competências foram as seguintes:

1. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização Médico Cirúrgica;
2. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
3. Interpretar a informação disponível de acordo com o meu processo de aprendizagem e articular com os conhecimentos já adquiridos;
4. Tomar decisões de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, atendendo as evidências científicas da situação e responsabilidade moral, ética e social;
5. Demonstrar capacidade de comunicar de forma congruente e adequada a cada situação e aprofundar técnicas relacionais para uma relação terapêutica baseada no respeito e na dignidade pessoal;
6. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me vou deparar;
7. Formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica;
8. Demonstrar capacidade de trabalhar e agir de forma adequada e ajustada com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
9. Manter de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
10. Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica;
11. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.

Assim sendo, após traçar estas competências, considero que após a realização destes módulos de estágio estas foram conseguidas de uma forma geral, apenas de referir que a

transmissão de informação à população em geral como um item que não foi adquirido por não ter surgido oportunidade para tal em nenhum dos módulos.

Desde sempre que o estágio fez parte da profissão da Enfermagem enquanto profissão. O domínio da técnica com destreza, os saberes práticos e a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos marcam a formação dos enfermeiros. Ao longo dos tempos, o estágio continua ser valorizado no Plano de Estudos dos Cursos de Enfermagem. Este facto pode ser constatado pela carga horária que os estágios têm ao longo do curso de Licenciatura em Enfermagem, logo faz sentido numa especialização em enfermagem a recorrência de estes estágios para a estruturação dos conhecimentos e aprendizagem de áreas específicas como neste caso a médico-cirúrgica.

Neste sentido, o estágio, no Curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, pretende ser um campo de experiências onde convivem a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção reflectida. Pretende-se nomeadamente que, através desta componente de teor prático, se dê sentido às intervenções e capacidade de aprender com as experiências dos cuidados.

Assim, a filosofia educativa tem por objectivo último preparar o futuro especialista em enfermagem médico-cirúrgica fazer parte de uma equipa multidisciplinar, ser criativo e capaz de pensamento crítico-reflexivo, ser efectivo solucionador de problemas, ter competência moral e ética e participar nas decisões em matéria de saúde.

Na Unidade de Cuidados Intermédios foi possível consolidar conhecimentos na área do doente crítico cirúrgico no sentido de prestar cuidados diferenciados, vigilância rigorosa, integração na equipa multidisciplinar e acompanhamento dos familiares produzindo um discurso assertivo como especialista de acordo com a informação passível de transmitir adequada aos mesmos.

Foram realizadas intervenções específicas ao doente crítico como monitorização electrocardiográfica e reconhecimento de ritmos assim como administração de terapêutica de emergência como amins e opioídes.

Também de mencionar que este estágio permitiu o cimentar de conhecimentos práticos na área da gestão, de recursos humanos, físicos e material. Pois a enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica desta Unidade procedia diariamente à organização dos mesmos no sentido de obter a satisfação dos profissionais e uma maior qualidade de cuidados.

No serviço de urgência vasta foi a aquisição de competências específicas, de mencionar a variedade de valências por onde se realizou o estágio. A sala de emergência e OBS no que diz respeito às intervenções mais diferenciadas na prática foram as mais enriquecedoras pois realizei intervenções que requerem formação na área.

Na assistência pré-hospitalar considero ter sido a experiência que mais questões me levantaram no sentido de me questionar mais sobre cada intervenção, cada procedimento, cada protocolo e fez-me criar uma observação menos linear.

A especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, tem, no contexto da prática clínica actual, resultante da qualificação e da prática clínica dos especialistas, as esferas de intervenção da pessoa em situação crítica e da pessoa em situação de doença crónica e cuidados paliativos.

Concluindo, segundo a Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, especialidade médico-cirúrgica, adquiridas no término deste estágio são as seguintes:

- Cuidar da pessoa que vivência processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à acção;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas¹⁵.

¹⁵ Cit: ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico dos Enfermeiros, 19988 pág. 19;

3. CONCLUSÃO

O exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

As intervenções de enfermagem, frequentemente são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados¹⁶.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de

¹⁶ Cf: PORTUGAL, Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde, Orientações estratégicas para 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa, 91.

enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Decorrente da definição de cuidados de enfermagem pode afirmar-se que, independentemente do contexto do exercício profissional de cada enfermeiro, procura-se permanentemente a excelência do exercício profissional, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, ajudando-os a alcançarem o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações para a saúde, maximizando o seu bem-estar, suplementando/complementando as actividades de vida relativamente às quais é dependente, desenvolvendo conjuntamente com o cliente processos de adaptação aos problemas de saúde e contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Torna-se assim necessário a definição das competências específicas dos enfermeiros especialistas, entende-se que nos CPLEE deveria procurar aprofundar-se a capacidade para conceber cuidados de enfermagem especializados, reflectindo sobre a natureza própria do domínio da enfermagem geral e especializada, de forma que o enfermeiro especialista desenvolva progressivamente uma prática de cuidados cada vez mais proficiente, desenvolva de forma continuada as suas competências para proceder a uma supervisão clínica eficaz e para otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Assim, e tendo em conta a necessidade de um aprofundamento sistemático dos aspectos relacionados com a ética e a deontologia profissionais, são temas comuns aos diferentes planos de estudo dos CPLEE:

- Enquadramento Conceptual dos cuidados de Enfermagem.
- Liderança, Gestão de cuidados e Supervisão clínica.
- Ética e Deontologia da Enfermagem.

- Questões Legais associadas aos cuidados de saúde¹⁷.

A realização/construção do relatório revela-se um instrumento de elevada importância na medida em que exige determinação, responsabilização, sentido de organização, atenção, reflexão na e sobre a acção. Sobretudo, constitui uma tomada de consciência das experiências e apropriação do sentido singular que delas emergir. O relatório foi utilizado como instrumento de estimulação do pensamento reflexivo, uma vez que proporcionou oportunidade para documentar, registar e estruturar, os procedimentos e a própria aprendizagem pessoal.

Reconhece-se que a formação orientada para o desenvolvimento de competências deve constituir o guião estruturador da acção e percurso profissional do enfermeiro.

As competências se reportam à sua capacidade para desenvolver a inteligência no agir, põe-se o problema de saber como criar situações que se centrem na pessoa em formação contínua. Aqui reside a importância de criar um relatório. A competência não se reduz a um saber e a um saber fazer simplesmente. Ter conhecimentos e capacidades não significa ser competente. Não se trata de uma simples aplicação, mas sim, de uma construção que só se realiza na acção, daí a importância dos módulos de estágio incluídos na especialidade.

Qualquer projecto não consiste em imaginar o futuro, mas antecipá-lo, de forma a garantir a sua viabilidade prática não é fácil. De acordo com o meu projecto profissional, faz real sentido a existência desta área de conhecimento na minha actividade profissional, enquanto enfermeira de um serviço cirúrgico, integrada numa equipa multidisciplinar, pois tenho a certeza que muito contribuirá para o meu desenvolvimento de competências em todas os aspectos.

No serviço de urgência tive a oportunidade de contactar com diferentes realidades sociais e patologias em adultos com diferentes faixas etárias, sendo que esta realidade me possibilitou aprofundar conhecimentos, despertar para outros problemas e reflectir

¹⁷ Cf: PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 161/96, Regulamenta o exercício profissional da enfermagem, “Diário da República”, 1996 1ª Série A, 2959-2962.

sobre os mesmos. Ao reflectir sobre as diferentes situações, desenvolvi as minhas competências cognitivas e de realização de actividades específicas na área médico cirúrgica, com vista à qualidade de cuidados, através do desenvolvimento da minha capacidade de articular os conhecimentos teóricos inerentes a esta especialização e, através do desenvolvimento de estratégias para os aplicar na prática.

A UCIC foi um contributo extremamente positivo para a formação, como futura Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, permitindo-me adquirir conhecimentos específicos desta área e também, de adquirir competências ímpares para o futuro na Enfermagem. Foi bastante gratificante este módulo de estágio, dado que no meu percurso profissional, que procedi à integração nesta equipa onde me encontro a trabalhar de momento. É uma Unidade com características específicas, às quais estive atenta e que me proporcionou vivências únicas de aprendizagem desta área e também adquirir competências ímpares para o nosso futuro na Enfermagem.

Os utentes são, efectivamente de alto risco e idosos, onde é necessário uma constante vigilância, pois apesar “das máquinas” não nos podemos esquecer que o utente, é um Ser Humano igual a nós, com as suas crenças e valores muito próprios, os quais não podemos descorar. A passagem na UCIC foi um contributo extremamente positivo para a formação, como futura Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica.

No INEM compreendi o outro lado da assistência pré-hospitalar em que os enfermeiros são especialistas na área, pois dedicam-se ao estudo dos protocolos e a perfeição na prática.

O Estágio permitiu, realizar uma integração global, bem como desenvolver e aprofundar os conhecimentos e as competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a nível da componente teórica e prática. Assim, desenvolvi, a tomada de decisão favorecendo, uma aquisição de autonomia no desempenho profissional.

Durante o Estágio desenvolvi novas competências, atitudes e saberes, permitindo, atingir os objectivos estabelecidos e ser activa no próprio processo de aprendizagem. Este, também me permitiu uma maior abertura para novas iniciativas, um reformular de

certos comportamentos que derivam da reflexão efectuada, promovendo deste modo, a evolução para uma excelência na prestação de cuidados.

Ao longo do Estágio tive a oportunidade de desenvolver competências, não só pela repetição das actividades como também, pela experiência já adquirida e pelo meu empenho em adquirir novos conhecimentos teórico-práticos na assistência ao utente adulto e idoso com doença grave/estado crítico e com alterações hemodinâmicas, através de uma atitude crítico-reflexiva, perante as diferentes situações

As dificuldades encontradas neste percurso profissional são, entre outras, a escassez de tempo, o que levou a uma gestão de tempo muito rigorosa para poder conciliar a o trabalho, os estudos e o estágio. Sabia que não seria fácil conciliar as actividades profissionais, com as académicas, e pessoais.

No final desta etapa, terei novos desafios tais como a supervisão, acompanhamento, operacionalização e dinamização de programas de melhoria contínua da qualidade.

Considero assim, ter atingido os objectivos propostos inicialmente, permanecendo a sensação de que o caminho percorrido foi gratificante, pela aprendizagem contínua, através da tomada de consciência, da importância da realização de projectos de intervenção no desenvolvimento da profissão e da necessidade de manter viva, esta motivação e crescimento a todos os níveis.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE: Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. *Critical Care Med.* 1998; 6: pág. 607-610;

CORDEIRO, A., SILVEIRA, A., & Raposo, A., Triage nos Serviços de Urgência Geral. In *Nursing*, Fevereiro 2002, pág. 12-16;

FOX AJ, OWEN-SMITH O, SPIERS P. The immediate impact of opening an adult high dependency unit on intensive care unit occupancy. *Anaesthesia* 1999; 54, pág. 280-283;

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, Triage no Serviço de Urgência – Manual do Formando (2.^a ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group, 2002;

INEM, Manual de viatura médica de emergência e reanimação – Tomo I. Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000;

KEENAN SP, MASSEL D, INMAM KJ, SIBBALD WJ. A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Noncardiac Transitional Care Units. *Chest* 1998; pág. 172-177;

MATEUS, Bárbara Aires, Enfermagem Médica Pré-hospitalar - Que realidade. Loures, Lusociência, 2007, pág. 32-35;

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Enfermagem no pré-hospitalar, 2007;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico dos Enfermeiros, 1998, pág. 19;

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

VIEIRA, P. M. S. et al, O enfermeiro perante a emergência pré-hospitalar, *Revista Sinais Vitais*, nº61, 2005, Julho, pág. 32-35;

VINCENT JL, BURCHARDI H. Do we need intermediate care units? Intensive Care Med 1999; 25: 1345-1349.

LEGISLAÇÃO

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Decreto-lei n.º46/2005. Regulamento Interno do pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica, pág. 6104-6105;

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Decreto-lei n.º104/98. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Acesso em 2009] ;

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-Lei n.º 161/96, Regulamenta o exercício profissional da enfermagem, “Diário da República”, 1996 1ª Série A, 2959-2962;

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Diário da República, Nº 109, Decreto de lei n.º 101/2006, Definições, Capítulo I, Artigo 3.º;

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano Nacional de Saúde, Orientações estratégicas para 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa, 91.