



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Compromisso na Qualidade e Excelência de Cuidados

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

Marta Leite Pinto

abril de 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Compromisso na Qualidade e Excelência de Cuidados

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

Por Marta Leite Pinto
Sob orientação de Mestre Patrícia Coelho

abril 2013

RESUMO

A realização do presente relatório surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, apresentando o percurso efetuado no Estágio realizado numa Unidade de Queimados, Serviço de urgência e Instituto Nacional de Emergência Médica.

O Estágio possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas na assistência ao doente adulto e idoso em situação crítica e a vivenciar processos de saúde/doença súbita, através da prestação de cuidados especializados ao doente e família de médio/alto risco, a promoção da formação em serviço, favorecendo o crescimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, assim como o desenvolvimento da autonomia, espírito-crítico e reflexivo, participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, o incremento da importância da prevenção e controlo da infeção hospitalar nos diferentes campos de estágio.

Este relatório tem como objetivo clarificar e evidenciar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, a análise crítico-reflexiva das mesmas, a sua fundamentação através da pesquisa bibliográfica.

O presente relatório tem um cariz objetivo, claro, concreto e conciso, para o qual será utilizada uma metodologia expositiva através dos objetivos, atividades e competências atingidas com o estágio, e metodologia crítico-reflexiva na análise dos mesmos e tomada de consciência daquele que foi o trabalho desenvolvido e experiência adquirida. Assim, estruturalmente, este documento está dividido em capítulos, começando pela Introdução, seguido da fundamentação das atividades desenvolvidas e competências adquiridas pelos objetivos delineados. Por fim a conclusão, que numa análise reflexiva visa cogitar os contributos que este curso proporcionou na nossa trajetória profissional de enfermeira generalista a enfermeira especialista.

Em sinopse, o título deste relatório espelha o “compromisso” ao qual nos abarcamos, assim como dos esforços desenvolvidos para que a sua elaboração fosse de encontro às expectativas essenciais na construção da identidade de EE na “qualidade e excelência” do cuidar.

ABSTRACT

The completion of this report comes under the Post-Graduation with Specialization in Medical-Surgical Nursing, showing the route done in traineeship held at a Burns Unit, Emergency Services and the National Institute of Medical Emergency.

This traineeship enabled the acquisition and development of technical, scientific and human assistance to adult and elderly patients in critical conditions and experience processes of health / sudden illness, by providing specialized care to the patient and family of medium / high risk, promoting job training, encouraging personal and professional growth of other nurses, development of autonomy, reflexive and critical mind, active participation in organizational development of institutions as well as increasing the importance of prevention and control of hospital infection in the different fields of the traineeship.

The purpose of this report is to clarify and highlight the activities along the traineeship their critical analysis and reflective, their reasoning through literature.

This report has an objective, clear, concrete and concise nature, to which will be used an expository methodology through the objectives, activities and skills hit with the traineeship, and critical-reflexive methodology in their analysis and awareness of what was the developed work and the acquired experience. So, structurally, this document is divided into chapters, starting with the Introduction followed by the reasoning of the developed activities and skills acquired by the outlined goals. Finally the conclusion, that in a reflective analysis aims to analyse the contributions that this course provided in our career from a generalist nurse to a specialised one.

In synopsis, the title of this report reflects the "compromise" which we embraced as well as the developed efforts, so its elaboration met the expectations which are vital in building the identity of Nurse Specialist in "quality and excellence" of caring.

PENSAMENTO

Alguns homens vêem as coisas como são, e dizem “porquê?”

Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo “porque não?”

George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

Á minha Mãe, pela maravilhosa e doce pessoa que é, pelo conforto e amor oferecido nos momentos difíceis;

Ao meu pai, pelo exemplo de trabalho, honestidade, humildade e respeito;

Ao meu noivo, pelo amor, pela autêntica amizade, carinho, incentivo e indulgente apoio nas ausências e inquietudes;

Ao meu sobrinho, Pi pela sua inocente alegria de viver que me contagiou nos dias mais difíceis, e á **Li** pela amizade e por ter acreditado sempre na minha capacidade;

Á D. Natália e Sr Maia pelo carinho fraternal que me ofereceram nesta fase;

Á Mestre Patrícia Coelho, pela sua peculiar exigência, apoio, disponibilidade dedicada e competência profissional com a qual conduziu a minha orientação;

Aos tutores e demais profissionais dos serviços nos quais estagiei e aos docentes do programa de pós licenciatura pelos contributos científicos e experiencias pessoais com os quais pautaram a minha formação;

Em especial ao **meu irmão, Pedro Pinto**, pela audaz força e vitoriosa recuperação demonstrada, verdadeiro companheirismo na fase mais difícil das nossas vidas!

Obrigada!

ÍNDICE

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO _____	17
2. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS _____	23
3. CONCLUSÃO _____	79
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	85
5. ANEXOS _____	93
ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE QUEIMADOS/ CUIDADOS ESPECIAIS HOSPITAL DA PRELADA _____	95
ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO: INEM _____	103
ANEXO III – CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO: SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO JOÃO _____	111
ANEXO IV- REVISÃO DE CONTEÚDOS ACERCA DAS TEMÁTICAS: _____	121

- CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS: ETIOLOGIA, PROFUNDIDADE, LOCALIZAÇÃO E EXTENSÃO
- AGENTES TÓPICOS E TIPOS DE COBERTURA

ANEXO V – ESTUDO DE CASO “PODER MORRER”	139
--	------------

ANEXO VI – NÚMERO E TIPO DE ATIVAÇÕES NO ESTÁGIO PRÉ-HOSPITALAR (INEM)	151
---	------------

ANEXO VII – GUIA DE FÁRMACOS DE URGÊNCIA	155
---	------------

ANEXO VIII – ACÇÃO DE FORMAÇÃO “O USO DE CLOROHEXIDINA NA PREVENÇÃO DAS BACTERIÉMIAS ASSOCIADAS AO CVC	163
---	------------

- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA “O USO DA CLOROHEXIDINA NA PREVENÇÃO DAS BACTERIÉMIAS ASSOCIADAS AO CVC”
- PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO
- APRESENTAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO (DIAPOSITIVOS)
- FICHA DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO
- AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

ANEXO IX - ARTIGO DE PUBLICAÇÃO NO JORNAL DE AMARANTE: INFORMAÇÃO SOBRE A COLABORAÇÃO COM OS MEIOS INEM”	205
---	------------

**ANEXO X – ARTIGO “ A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL:
SENSIBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO INTERVENTIVA DA
ENFERMAGEM”** _____ **209**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH – Assistência Pré-Hospitalar

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BV – Bombeiros Voluntários

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CHSJ – Centro Hospitalar São João

CHVTS – Centro Hospitalar Vale do Tâmega e Sousa

CODU – Centro Orientador de Doentes Urgentes

CPLEEMC – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CVC – Cateter Venoso Central

EE – Enfermeiro(a,os) Especialista (s)

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf^{oa} – enfermeiro(a)

HP – Hospital da Prelada

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MIC – Contração Mínima Inibitória

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONR – Ordem Não Reanimar

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PSP – Polícia de Segurança Pública

PVC – Pressão Venosa Central

RCP – Reanimação Cardio-Respiratória

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TOTE – Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UQ/UCE – Unidade Queimados/ Unidade de Cuidados Especiais

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório enquanto unidade curricular pretende dar resposta aos objetivos preconizados pelo 5º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) (2011/212) ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) do Centro-Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa (UCP) para obtenção do título de Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). A importância do presente relatório relaciona-se com a mudança de paradigma no ensino e na aprendizagem após aplicação do processo de Bolonha, no qual o aluno constrói e desenvolve o seu próprio processo de aprendizagem, procurando, analisando e selecionando informações, estabelecendo relações, interpretando factos e situações, resolvendo problemas e registando as suas descobertas, processo no qual o aluno aprende a procurar, transmitir e produzir conhecimento, ou seja, “aprende a aprender”.

O estágio que presidiu à elaboração do presente relatório teve uma duração de 750 horas e foi estruturado em três módulos, cada um deles com 250 horas das quais 180 horas de contacto nos serviços. Os três módulos de estágio que foram realizados em serviços protocolados com a UCP através do ICS, visando os diversos contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família, alvo dos cuidados do EE em EMC, sendo por isso adequados à consecução dos objectivos do curso. O Módulo I – Serviço de Urgência (SU), decorreu no Centro Hospitalar São João, E.P.E. (CHSJ) no SU Geral, com início a vinte e seis de novembro de dois mil e doze e término a dois de fevereiro de dois mil e treze, o Módulo II – Unidade Cuidados Intensivos (UCI) foi realizado na Unidade de Queimados / Unidade de Cuidados Especiais (UQ/UCE) no Hospital da Prelada (HP) no período de 26 de abril a 23 de junho e o Módulo III – Opcional decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com início a um de outubro e término a vinte e quatro de novembro do ano de dois mil e doze.

A tutoria dos módulos de estágio foi respetivamente assegurada pelas enf^a especialistas e peritas em EMC. Segundo Benner (2005) o enf^o perito é aquele que possui um elevado nível de experiência de trabalho e apropriação de profundos conhecimentos teóricos específicos. Relativamente ao EE espera-se que este seja possuidor de elevado juízo clínico, tomada de decisão sobre os problemas e as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e, ainda, mobilize para a prática o elevado corpo de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitam reconhecer necessidades na saúde e nos contextos de vida da população (OE, 2010).

O estágio na UQ/UCE foi o primeiro estágio a ser realizado. A sua escolha para o Módulo II foi do nosso maior interesse, não só pela especificidade de uma UCI, assim como a determinação em adquirir mais conhecimentos e experiência vivencial com o doente queimado, aprendendo a proporcionar-lhe o máximo de conforto e dignidade perante a dor e a exposição de vulnerabilidade corporal.

A UQ/UCE situada no 2º Piso do HP, comporta 8 quartos individuais, seis deles destinados a doentes queimados admitidos diretamente do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) a nível nacional por gestão do mesmo e dois deles exclusivos a doentes instáveis do próprio hospital. Assim, por ser uma unidade polivalente designa-se por UQ/UCE. Todos os quartos da unidade são individuais, compostos por todo o material necessário à monitorização e vigilância do doente crítico. A unidade possui ainda uma sala de tratamento de feridas com um trolley/chuveiro, que permite a prestação de cuidados de higiene e conforto de forma estéril e mais digna, uma alternativa económica e ecológica à balneoterapia. Numa das extremidades da unidade existe acesso direto para o bloco operatório, visto que estes doentes estão sujeitos à realização de muitas intervenções cirúrgicas. A caracterização do presente serviço será exposta mais detalhadamente no anexo I.

Seguidamente foi realizado o estágio no INEM correspondente ao Módulo III – opcional, a sua escolha prendeu-se com um interesse pessoal e profissional, no aumento dos conhecimentos teóricos e aquisição de competências profissionais na área da assistência pré-hospitalar às vítimas de doença súbita e trauma. 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. As chamadas de emergência efetuadas através do número 112 são atendidas em Centrais de Emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP). A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (hospitais, bombeiros voluntários (BV), PSP, etc.), são as principais tarefas do INEM. A organização da resposta à emergência, fundamental para a cadeia de sobrevivência, simboliza-se pelo Número Europeu de Emergência - 112 e implica, a par do reconhecimento da situação e da concretização de um pedido de ajuda imediato, a existência de meios de comunicação e equipamentos necessários para uma capacidade de resposta pronta e adequada. O estágio foi realizado nos diferentes meios INEM: no CODU do Porto, nas Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) na base Porto 2, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Amarante integrada no Centro Hospitalar Vale do Tâmega e Sousa (CHVTS)-Hospital S.Gonçalo (Amarante), e na viatura de emergência médica (VMER) também do CHVTS- Hospital Padre Américo (Penafiel) e CHSJ. A seleção dos meios baseou-se, não só na proximidade geográfica mas também pelo tipo de ativação do que propriamente no volume das mesmas. Temos uma preferência pessoal pela assistência à população do meio rural, não só pela novidade como pelo “bizarríssimo” tipo de situações encontradas, pelo maior volume de ativações por trauma (onde possuímos o nosso maior interesse de aprendizagem) e pelas necessidades de uma população que está mais distante e desprotegida de meios de saúde. Os meios INEM com os quais contactamos estão descritos em anexo II.

Por último cumprimos o módulo I – serviço de urgência no SU Geral do CHSJ. A preferência por este campo de estágio prendeu-se com a predileção especial por um contexto profissional multidimensional que contrasta com a nossa realidade laboral no âmbito de internamento, o que nos veio exigir a descoberta e a aquisição de competências na assistência sagaz ao doente em estado crítico e sua família. A oportunidade de estagiar num hospital como o CHSJ e num serviço como o de urgência foi acompanhado de grandes benefícios, na medida que possibilitou variadas e inúmeras experiências

práticas e pessoais que contribuíram para um maior enriquecimento da vida académica e pessoal. O SU do CHSJ é um serviço com um vasto atendimento de doentes e com uma grande mobilidade de pessoas para o espaço físico existente. A estrutura física que deste serviço baseia-se no princípio da separação dos doentes de acordo com a gravidade da sua situação, criando-se locais específicos de atendimento e observação para cada nível de cuidados que são necessários. Está assim organizado em diversas áreas funcionais, área de admissão e recepção, área de triagem, área de atendimento para situações de urgência do foro Psiquiátrico, área de atendimento “Amarelo”, área de atendimento “Laranja”, área de pequena cirurgia e ortotraumatologia e área de emergência. A caracterização mais alargada deste campo de estágio será remetida para anexo III.

A aquisição de competências necessárias ao EE foi possível através da reflexão das atividades desenvolvidas, uso de um pensamento critico-reflexivo, identificação de situações-problema, de estratégias de resolução e capacidade de mobilização de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais.

Várias foram as situações-problema e necessidades identificadas para as quais implementamos estratégias de resolução. Começamos por identificar, no contexto da UQ/UCE, a limitada intervenção de enfermagem na escolha dos agentes tópicos utilizados no tratamento do doente queimado, pelo que desenvolvemos uma síntese bibliográfica que pudesse fundamentar cientificamente as sugestões dos enfermeiros ou até mesmo a implementação autónoma dos agentes. Algumas atitudes por parte das assistentes operacionais foram objeto de reflexão e discussão com os elementos da equipa e enf^o chefe.

Ao nível do INEM foi detetada uma grande dificuldade e falta de informação sobre a colaboração com os meios e profissionais dos mesmos, assim elaboramos um artigo de jornal de forma a informar e sensibilizar a população para a importância de uma boa cooperação com os meios INEM no salvamento de vidas. Ainda no mesmo campo de estágio detetamos algum desconhecimento e curiosidade dos profissionais sobre um tema atualmente debatido em questões éticas: o testamento vital e a Ordem Não-Reanimar (ONR) em contexto de Assistência pré-hospitalar (APH). Esta situação-

problema foi colmatada com a elaboração de um artigo à luz de um caso intitulado por “Poder Morrer”.

No SU foram identificadas necessidades formativas dos profissionais sobre a manipulação dos Catéteres Venosos Centrais (CVC) totalmente implantáveis, terapêutica subcutânea, cuidados ao doente neutropénico e cuidados de enfermagem na mucosite oral. Temas que na nossa perspetiva seriam relevantes pela afluência considerável de doentes oncológicos ao SU. Contudo apesar da curiosidade e entusiasmo demonstrado pelos profissionais não foi possível a sua colmatação por imposições do plano de formação anual do serviço, esta limitação foi ultrapassada com a elaboração de formações informais aos enfermeiros durante as passagens de turno. Também o descuido para com a reciclagem dos materiais/resíduos, a falta de proteção individual na receção ao doente emergente e a questão da reutilização das campânulas de colheita de sangue foram problemáticas identificadas e reportadas aos enfermeiros com vista à mudança de atitudes.

Detetamos na passagem pelas áreas amarela e laranja algum desgaste profissional relativamente aos cuidadores informais, por conseguinte decidimos não só pesquisar as opiniões mais atualizadas sobre a temática como também partilha-las com a equipa de enfermagem de forma a sensibiliza-los. Decidimos ainda elaborar um artigo de revisão integrativa, disponibilizando-o á enf^a chefe para que esta o fizesse chegar a todos os elementos da sua equipa.

Estas situações-problema e mais algumas identificadas no decurso do estágio serão reportadas e analisadas à posteriori no desenvolvimento deste relatório.

Por motivos relacionados com uma melhor organização deste relatório, estruturalmente, este documento está dividido em capítulos, começando pela Introdução, na qual fazemos uma breve justificação do local de estágio e a sua contextualização formativa, que remeterá para o estabelecimento dos objetivos traçados, atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Por fim a conclusão, que numa análise reflexiva visa cogitar os contributos deste estágio na nossa trajetória profissional de enfermeiros generalistas a EE e os contributos por nós oferecidos aos campos de estágio.

Assim, no próximo capítulo será abordado o nosso processo de desenvolvimento de competências que ambicionamos alcançar com este estágio, através da elaboração de objetivos desafiadores que num conjunto de atividades de formação, pesquisa e reflexão propiciaram a aquisição de competências para uma intervenção adequada como futura EE.

Terminado o estágio, pretendemos com este relatório refletir sobre o que foi concretizável, o que ficou por atingir e o que será atingível em futuros contextos profissionais. Assim, com o presente documento pretendemos atingir os seguintes objetivos: I) Ilustrar o nosso percurso durante o Estágio, tendo em vista a maximização de experiências e o desenvolvimento de novas competências profissionais e pessoais; II) Dar a conhecer os objetivos propostos, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas; III) Refletir sobre as atividades desenvolvidas; IV) Descrever as situações-problema identificadas e as medidas interventivas aplicadas; V) Demonstrar espírito crítico nas situações-problema identificadas; VI) Constituir-se como instrumento de avaliação.

Com o desígnio de tornar este relatório um documento objetivo, claro, concreto e conciso, será utilizada uma metodologia expositiva / descritiva e reflexiva face às realidades experienciais e formativas encontradas.

2. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. (OE, 2011).

O modelo de formação atual, preconiza a aprendizagem destes cuidados de enfermagem em contexto clínico, uma vez que é necessário criar oportunidades ao profissional de saúde e estudantes, no sentido de desenvolver competências específicas da sua área de especialização. Assim, a unidade curricular Estágio constituiu um elemento revelador do processo de aprendizagem, de autonomia e responsabilidade profissional, imprescindível para a aquisição de competências e de maturidade como EE, uma vez que facultou além do estabelecimento e consecução dos objetivos, a sua reformulação, na perspetiva de melhorar continuamente o processo de enfermagem desde a colheita de dados à avaliação de resultados, passando pelo diagnóstico de problemas reais ou potenciais, planeamento e implementação do plano de cuidados.

Conscientes da individualidade deste relatório, aquando a definição dos objetivos a traçar, atividades a concretizar e competências a adquirir, optamos por nos basear nos interesses pessoais como futuros EE, tendo em conta as competências divulgadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EE em enfermagem, em pessoa, em situação crítica. Assim, o presente capítulo pretende espelhar os objetivos específicos delineados, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas. A aprendizagem é um processo contínuo proporcionado pela experiência, assim o delineamento dos objetivos é um fator determinante no sucesso de qualquer estágio, porque nos impulsiona para as atividades e estratégias que nos vão conduzir ao seu atingimento. Para

Chaves (2004) saber o que fazer para alcançarmos objetivos e abarcar os meios necessários para transformá-los em realidade constitui a definição de um projeto de vida. Segundo o mesmo autor, a educação para o desenvolvimento humano é o processo mediante o qual as pessoas realizam os seus próprios objetivos traçados.

Relativamente à aquisição de competências e aos objetivos traçados, fazemos referência a Perrenoud (2001) um autor que desenvolveu a teoria da construção de competências, na qual a aquisição de competências dá-se pelas mesmas vias que a aquisição de conhecimentos, onde a escola e o ensino não tem o monopólio sobre estas mas sim a experiência.

A competência é o uso da capacidade de utilização dos mais variados recursos e estratégias de forma criativa e inovadora e a mobilização dos conhecimentos para desenvolver respostas inéditas, criativas e eficazes para problemas novos. Como corrobora o autor supracitado uma competência implica perceção, pensamento, avaliação e ação. Para Abreu, (2001) as competências desenvolvem-se num processo de socialização profissional, como no estágio, onde as várias referências contactadas contribuem para a construção da nossa identidade profissional.

De forma análoga, Pires (2008) considera a aquisição de competências o processo de desenvolvimento do adulto. Ao longo da vida desenvolvemo-nos e atualizamo-nos através de processos de aprendizagem proporcionados pelos vários contextos laborais, de estágio e mesmo em contexto teórico, o que contribui igualmente para a construção da identidade profissional.

Desta forma, depreendemos que não basta ter apenas conhecimento, para ser competente. É necessário saber aplicar esse conhecimento de forma eficaz e em situações concretas do quotidiano. Assim, na qualidade de futuros EE pretendemos adquirir competências que nos permitam um reconhecimento rápido e eficaz de situações de ameaça vital ao doente, resposta impetuosa às situações de trauma e emergência, desenvolvimento de autonomia, espírito-crítico e reflexivo, participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, prestação de cuidados ao doente crítico e sua família, inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de

investigação e tomada de decisões ético-legais de acordo com os valores da profissão.

Para melhor compreensão do conteúdo deste capítulo, este está organizado por objetivos preconizados comuns aos três módulos de estágio realizados. Para cada objetivo serão abordados aspectos tais como, necessidades identificadas nos locais de estágio, situações problema identificadas e respectivas estratégias de resolução, pertinência das atividades, fundamentação e reflexão e por último as competências adquiridas.

Obter um nível de aprofundamento de conhecimentos relativamente aos cuidados prestados ao doente

A enfermagem assume cada vez mais o domínio de funções e intervenções complexas que exigem para a sua execução, julgamento, habilidade e perícia, sendo que o julgamento requer a utilização de conhecimentos pertinentes para a prática, obtidos pelo estudo e investigação. É essencial um “saber evoluir” de modo a que haja uma capacidade de adaptação constante não só a novas ideias mas também a novos contextos de vida pessoal e profissional (Zarpellon,2006) Mas este conhecimento cada vez mais complexo em enfermagem tem como pré-condição, a experiência. Pois como refere Benner (2001) só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. A mesma autora defende que a prática de enfermagem é mais complexa que a maioria das teorias formais de enfermagem uma vez que esta é praticada em contextos reais.

A experiência ensina o enfermeiro a focalizar o que é relevante numa situação e extrair dela o seu significado. Assim os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximos dos padrões de excelência estiver o seu desempenho e a excelência no exercício da prática só se consegue participando dela (Benner, 2001). Aqui se justifica a pertinência de um estágio no âmbito da EEMC que possibilitou a realização das atividades preconizadas para este objetivo.

As atividades desenvolvidas no estágio na UQ/UCE foram: identificação das áreas de conhecimento a aprofundamento relativo aos tipos de feridas, alterações hemodinâmicas e ventilatórias, risco nutricional e risco de infecção do doente internado na UQ/UCE; realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as situações confrontadas; observação e participação em todas as oportunidades de novas aprendizagens; questionamento dos profissionais/tutor sobre o estado atual do conhecimento nas situações confrontadas; conhecimento dos protocolos e normas existentes na UQ/CE; obtenção de conhecimento sobre os protocolos de dor e escalas de dor disponíveis; obtenção de conhecimento sobre protocolos e terapêutica adaptada à sedação do doente; conhecimento da dinâmica da UQ/CE; conhecimento dos critérios de admissão de doentes na UQ/CE; conhecimento da importância da fluidoterapia no doente queimado e por último o reconhecimento da importância da prevenção e controlo da infecção perante o doente queimado.

Na UQ/CE, adquirimos conhecimentos específicos no âmbito da identificação e classificação das queimaduras, que impulsionou o desenvolvimento autónomo de uma pesquisa bibliográfica sobre o estado atual do conhecimento sobre estes temas que culminou na elaboração de uma síntese bibliográfica que comporta a classificação das queimaduras, a sua etiologia, profundidade, localização e extensão. Esta revisão de conteúdo foi disponibilizada ao serviço para auxiliar os enfermeiros da consulta externa que estavam na altura a integrar a UQ/UCE e encontra-se disponível em anexo IV.

Dado o prolongado internamento da maioria dos doentes também nos foi possível reconhecer as vantagens e desvantagens dos materiais utilizados para determinada queimadura e avaliar os resultados das nossas intervenções. Pareceu-nos relevante a pesquisa dos agentes tópicos mais utilizados no serviço, assim como alguns que embora não estejam presentes no mesmo, estão documentados na literatura com grande eficácia no tratamento de queimaduras, sendo assim elaboramos um quadro para auxílio na escolha e fundamentação do agente tópico a utilizar e que se encontra disponível em anexo IV. Esta revisão de conteúdo com elaboração de tabela foi inicialmente disponibilizada ao serviço para seleção e auxílio na realização dos tratamentos às queimaduras. Todavia, dada a escassez de tempo e seleção de projetos, foi

proposto ao enf.º chefe a elaboração de um futuro documento institucional com base na evidência científica apresentada. Estas revisões de conteúdo foram enquadradas no mesmo anexo uma vez que integraram ambas o manual de suporte bibliográfico que contempla o manual de integração de novos profissionais e estudantes do serviço.

Realçamos que além dos conhecimentos adquiridos na UQ/CE sobre terapia tópica, adquirimos a consciencialização do objetivo desta, sendo que o agente selecionado deverá ter uma atividade contra agentes gram-positivos, gram-negativos e fungos, ser de fácil aplicação, indolor, apresentar boa penetração na úlcera, ter mínima absorção sistémica, baixa toxicidade, acelerar o processo de cura e ter baixo custo. Os agentes tópicos mais utilizados no serviço foram a sulfadiazina de prata, a bacitracina, oxitetraciclina (nas queimaduras oftálmicas) e gaze gorda.

Relativamente às alterações hemodinâmicas e ventilatórias foi-nos possível constatar a importância de antecipar o seu reconhecimento, por exemplo, na UQ/UCE os doentes sedados com propofol tinham uma vigilância mais apertada do padrão tensional de forma a ajustar o ritmo de perfusão quer do propofol quer da fluidoterapia. Havia no serviço alguma autonomia por parte da enfermagem para a gestão terapêutica deste nível, reconhecendo a importância do conhecimento, quer da terapêutica instituída (farmacocinética e farmacodinâmica) quer da fisiopatologia, de forma a sentirmo-nos seguros na implementação de intervenções e na sua fundamentação. Porém, apesar de esta unidade estar rigorosamente dotada de equipamento de monitorização hemodinâmica e ventilatória do doente, notamos uma especial importância dada, não só ao conhecimento aprofundado sobre a pele, processo de cicatrização, queimaduras e tratamento do queimado, mas também uma direção especial para a reabilitação e uso de estratégias humanizadas que minimizem as sequelas que possam interferir diretamente no seu regresso à sociedade.

De entre os vários locais de estágio, a UQ/UCE demonstrou medidas preventivas rigorosas e religiosamente cumpridas, no âmbito do controlo de

infecção suscitando especial atenção na identificação precoce de sinais ou sintomas de um processo infeccioso.

Detetamos algumas situações problema referentes a este objetivo, tal como a limitada intervenção da enfermagem na escolha dos agentes, resultado de prescrição médica. Contudo tivemos a oportunidade de, aquando a visita médica aos doentes durante a execução dos pensos, dar sugestões e fundamenta-las com base na nossa formação pós graduada em tratamento de feridas e na nossa experiência profissional, assim como na pesquisa bibliográfica efetuada.

No estágio em assistência pré-hospitalar (APH) no INEM, empenhamo-nos em desenvolver as seguintes atividades: conhecimento dos critérios de triagem das chamadas CODU; conhecimento da dinâmica funcional do INEM; conhecimento dos protocolos de atuação, normas e manuais existentes nos meios INEM; observação e participação em todas as oportunidades de novas aprendizagens; questionamento dos profissionais/tutor sobre o estado atual do conhecimento nas situações confrontadas; perceção do papel do enfermeiro na equipa de SU; reflexão sobre as competências do EE no SU e realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as situações confrontadas e necessidades sentidas.

No contexto pré-hospitalar, no turno efetuado no CODU tivemos um conhecimento geral dos critérios de triagem de chamadas, a área de atuação de cada meio e as suas condições de encaminhamento dos mesmos, o que contribuiu para conhecer a dinâmica do INEM. A experiência nos variados meios permitiu-nos conhecer os protocolos de atuação, normas e manuais existentes, onde a abordagem de uma vítima de doença súbita ou trauma é transversal a todos os meios, baseando-se na identificação de condições ou lesões potencialmente fatais pela avaliação da vítima pelo método ABCDE. O papel de cada meio INEM está bem definido, verificando-se que a gravidade do estado clínico da vítima condiciona a ativação de meios mais diferenciados, nomeadamente ambulâncias SIV e VMER.

O conhecimento e o primeiro contato com a carga dos meios INEM e a realização da *checklist* foram fundamentais e viriam a tornar-se bastante úteis

nas ativações que se seguiam. A possibilidade de efetuar VMER no CHVTS e no CHSJ permitiu-nos estabelecer algumas comparações relativamente à carga de cada meio, que não só difere na disposição (a terapêutica e material de puncionamento venoso em locais diferentes) assim como na sua composição onde a VMER do CHSJ tem material que desconhecíamos como o laringoscópio “air-traq” utilizado na via aérea difícil, a lâmina de laringoscópio de fibra ótica flexível designado por Macoy e a máquina portátil de gasimetria. O estágio no INEM permitiu-nos o atendimento de várias chamadas com prioridades do tipo P1, P3, P5 e P8 e chamadas de transmissão de dados, nas quais tivemos a percepção da dificuldade de triar e dar indicações para auxílio em situações de informação, cultura mais circunscrita, stress dos populares e da perícia e experiência necessárias dos Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência (TOTE) perante as falhas e limitações de um fluxograma, que não corresponde com a importância e prioridade de algumas situações de emergência/urgência. Para uma melhor compreensão do tipo e número de ativações participadas sugerimos a visualização das tabelas disponíveis em anexo VI.

Ao nível do objetivo abordado, detetamos algum desconhecimento e curiosidade sobre um tema atualmente debatido em questões éticas: o testamento vital. Esta foi uma situação-problema identificada e colmatada com a elaboração de um artigo à luz de um caso intitulado por “Poder Morrer” disponível em anexo V, o qual retratamos com este caso muitos outros diariamente enfrentados pelos profissionais, enquadrando e fundamentando teoricamente a problemática detetada. Este artigo foi disponibilizado à enf.^a tutora que mostrou grande interesse em publicar nos órgãos de comunicação social do INEM e constituir a base de trabalho para a mudança de algumas práticas relacionadas com a Ordem Não Reanimar (ONR).

Particularmente na APH e SU, ao enfermeiro é exigida capacidade para lidar com o imprevisto, de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na acção; autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação, tendo em vista o trabalho em

equipa e a articulação com os restantes sectores do hospital. Para Mateus (2007) a enfermagem tem vindo a conhecer uma enorme evolução na área da emergência, sendo que para a concretização de uma equipa multidisciplinar é necessária a existência e apoio de profissionais qualificados, estes são essenciais para a eficiência SIEM.

No que concerne às atividades desenvolvidas no SU, estas foram muito similares às do estágio em meios INEM, à exceção da aquisição de conhecimentos sobre a via verde coronária, via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), via verde sépsis e via verde trauma e ainda o conhecimento dos fluxogramas de triagem do SU e vias verdes (coronária, AVC, trauma e sépsis), atividades desenvolvidas exclusivamente neste estágio.

A passagem pelas diferentes áreas do serviço permitiu-nos o conhecimento dos critérios de permanência e referenciação de cada área, os objetivos de assistência da mesma e o tempo de permanência. Dada a afluência de doentes neste serviço, constatamos que é crucial o estabelecimento de prioridades que otimizem a assistência ao doente. Com este objetivo é utilizada a triagem de Manchester, uma metodologia com nomenclatura objetiva, reproduzível, passível de auditoria e controlada medicamente de forma a assegurar a prioridade de observação dos doentes mais graves em detrimento dos menos graves. Esta triagem baseia-se em fluxogramas que partem de uma queixa principal e exigem a resposta a várias questões que vão colocando. Estas questões denominadas discriminadores, conduzem-nos a um nível de prioridade que se traduz numa cor e esta por sua vez em tipo de prioridade. (Grupo de trabalho de urgências, 2006)

A nossa permanência na área de triagem foi uma mais-valia na aprendizagem dos fluxogramas e das vias verdes coronária, AVC, sépsis e trauma existentes. De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) (2009), a formulação das Vias Verdes veio melhorar as acessibilidades e permitir os tratamentos mais eficazes entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento das situações que têm critérios para serem incluídas nas Vias Verdes, dado que o factor tempo é fundamental para a redução da mortalidade. Ao nível do SU do CHSJ encontram-se

implementadas as Vias Verdes do AVC, coronária, sépsis e trauma. Ao longo do estágio a via verde AVC, foi a mais contactada. A ARSN (2009) refere que a melhoria das acessibilidades aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento na fase aguda das doenças cerebrovasculares poderá conduzir a ganhos de saúde, traduzidos na redução da morbilidade e mortalidade hospitalar global, pois a repermeabilização por meios farmacológicos da artéria ocluída no AVC isquémico que permite a reperfusão dos territórios cerebrais em risco e a consequente reversibilidade das lesões verifica-se sobretudo nas primeiras três horas após o início dos sintomas do AVC. No SU sentimos uma grande exigência no que se prende com a diversidade e complexidade patológica que ocorre diariamente, sem existir uma área de especialização comum encontrada em contexto de internamento.

Detetamos igualmente situações-problema de cunho pessoal no âmbito do conhecimento, pelo que investimos na pesquisa bibliográfica sobre terapêutica de urgência e emergência frequentemente utilizada e elaboramos um guia de auxílio que, inicialmente constituiu um grande apoio na preparação, administração e vigilância dos efeitos secundários da terapêutica administrada. Este guia encontra-se em anexo VII e embora tenha sido espelho de interesse dos enfermeiros que diariamente se deparavam com dúvidas sobre a terapêutica prescrita, não constituiu uma necessidade real na perspetiva da enf.^a chefe, uma vez que já se encontrava em projeto de elaboração um guia com a mesma finalidade elaborado pelos enfermeiros do serviço, contudo ficou no poder da enf.^a tutora e restante equipa para lhe dar o uso apropriado e conforme as suas necessidades.

O enfermeiro de um SU tem de estar preparado para todo o tipo de trabalho subjacente a esta diversidade, bem como para todas as confrontações à vida e bem-estar da pessoa cuidada. Como futuros EE esforçamo-nos, ao longo do estágio, para absorver todos os conhecimentos castos na área e contribuir com os nossos conhecimentos mais atualizados e uma visão mais global da prestação de cuidados para uma diferenciação social na prática na implementação dos resultados mais atualizados da investigação, na

capacidade de análise crítica e na prevenção, detecção e rápida intervenção em potenciais focos de instabilidade hemodinâmica do doente crítico.

Uma vez que é imprescindível uma articulação entre os aspetos teóricos e práticos (Zarpellon, 2006), de uma forma unânime a todos os campos de estágio, observamos e participamos em todas as oportunidades de novas aprendizagens, possibilitadas pelos cuidados ao doente queimado, pelas ativações, nas quais participamos na avaliação, monitorização e estabilização da vítima (no INEM), pelos inúmeros motivos de recorrência a um SU, nas quais participamos na anamnese, avaliação inicial, monitorização, estabilização e transporte/encaminhamento/alta clínica do doente (SU). Com base nestas intervenções do enfermeiro numa UQ/UCE, no INEM e SU, permite-nos agora perceber o papel do enfermeiro nas diferentes equipas e refletir sobre os contributos e competências de um EE em cada local de trabalho. Estamos conscientes que as partilhas com os profissionais foram muito satisfatórias para os questionar sobre o estado atual do conhecimento e refletir sobre as competências do EE nos seus serviços. Uma boa relação interpessoal com estes constituiu o ambiente favorável ao conhecimento da dinâmica e de uma favorável integração no serviço. O respeito e confiança conquistados nos enfermeiros, culminou num sentimento de “pertença” quer ao serviço quer à equipa.

A consecução de todas estas atividades permitiu-nos a aquisição de quatro competências: aumento do leque de conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados ao doente internado na UQ/UCE, na assistência pré-hospitalar e na enfermagem de urgência; demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC; gestão e interpretação dos conhecimentos teóricos e práticos alcançados e interligação dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico profissional.

Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica

O percurso na UQ/UCE foi pautado pelo desenvolvimento das seguintes atividades: identificação das necessidades de formação, em contexto Médico - Cirúrgico, na UQ/CE; reflexão contínua sobre as práticas; avaliação de oportunidades de formação em serviço; facilitação da aprendizagem de outros profissionais na área de EEMC; início e participação em projetos institucionais a serem operacionalizáveis e contribuição para uma fundamentada uniformização de cuidados.

Ao longo deste estágio pudemos constatar mais uma vez a importância de uma postura humilde e de abertura à aprendizagem. De facto a sabedoria suprema é uma questão utópica e qualquer profissional por mais experiente que seja ou mais academicamente dotado, é confrontado diariamente com situações que exigem a reflexão sobre a prática. Um exemplo disso, foi a administração da antibioterapia com *meropenem* e *vancomicina* tantas vezes por nós administrada no contexto laboral, contudo na UQ/UCE estes eram perfundidos em três e vinte e quatro horas respetivamente. Questionados os enfermeiros e insaciados com a justificação, fomos pesquisar e adquirimos a fundamentação para tal escolha. De facto, a razão pela qual a vancomicina é perfundida em vinte e quatro horas relaciona-se com a estabilidade dos níveis de antibioterapia sanguínea e uma cobertura contínua da mesma. O doente queimado iniciava uma “dose carga” de 500mg seguida de 1-3g nas 24h. (Rolo, 2007). O pressuposto da importância da perfusão contínua é o facto de maximizar o tempo durante o qual as concentrações do antimicrobiano excedem a MIC (Concentração Mínima Inibitória do Microorganismo), uma vez que para o organismo ser considerado susceptível a MIC do antibiótico deverá ser igual ou menor que a concentração sérica atingida (Rolo, 2007).

Relativamente à particularidade do meropenem ser perfundido em 3h, sendo a primeira e segunda hora a uma ritmo de 34cc/h e na terceira hora ao ritmo de 34cc/h, relaciona-se com o facto de possibilitar igualmente uma MIC mais constante que a concentração em infusão e m bólus, permitindo assim

mais tempo com maior concentração o que potencia o efeito bactericida do meropenem (Leusin, 2012). Temos a afirmar que esta pesquisa de evidência científica tornou-se bastante útil no nosso contexto profissional, partilhando com a equipa multidisciplinar os resultados atuais da investigação sobre antibióticos diariamente utilizados.

Assim, reconhecemos a importância da investigação para o desenvolvimento da nossa profissão com vista à melhor prestação de cuidados aos doentes. A investigação em enfermagem demonstra aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática contribuindo para uma melhor visibilidade social (Martins, 2008).

Os momentos de partilha informal com os enfermeiros, assim como a pesquisa elaborada, consulta de artigos e livros sobre a temática do doente queimado, permitiu-nos informar sobre o estado atual do conhecimento e assim identificar necessidades formativas no serviço, para melhoria contínua dos cuidados e adaptação à prática baseada na evidência. O exemplo disso foi, o facto de que durante o período de estágio, alguns elementos da equipa se encontravam a elaborar uma formação sobre a gestão de medicação analgésica e assim pudemo-nos prontificar para facultar alguma pesquisa e alguma documentação teórica das aulas da unidade curricular “Enfermagem em Fim de Vida”, nas quais foram abordadas as terapêuticas segundo a escala de analgesia da Organização Mundial de Saúde (OMS), dosagens e administração. Consideramos ter facilitado aos enfermeiros, alunos de licenciatura, profissionais em integração no serviço e alunos de erasmus presentes no serviço, a aprendizagem de temáticas sobre as quais trabalhamos diariamente e outras que foram alvo da nossa investigação. Desta forma pensamos ter colaborado com a participação nos projetos e programas formativos institucionalizados e na uniformização dos cuidados.

Ainda na UQ/UCE tivemos oportunidades de formação em serviço através do tema em voga sobre as recomendações mais atuais da literatura para antisepsia da pele e dos dispositivos, durante a inserção, manutenção e manipulação dos cateteres venosos centrais (CVC's), para prevenção das bacteriémias associadas aos mesmos. Assim elaboramos um artigo que será futuramente proposto para publicação em revista de interesse científico em enfermagem, tal como os restantes artigos realizados. O artigo em questão

estrutura-se em dois grandes tópicos, o primeiro sobre as recomendações actuais para a prevenção das bacteriémias, com a abordagem das “care bundles” das quais faz parte a antissepsia cutânea com cloro-hexidina, que será abordada no segundo tópico do presente artigo. Este artigo constituiu a fundamentação teórica do tema para o qual elaboramos uma formação em serviço juntamente com o plano da sessão, a apresentação da sessão, a ficha de avaliação da sessão e os resultados da mesma que serão expostos detalhadamente em anexoVIII.

Relativamente ao estágio desenvolvido no INEM conseguimos atingir as seguintes atividades: identificação das situações clínicas mais comuns no pré-hospitalar; identificação das necessidades de formação, em contexto de APH; início e participação de projetos institucionais a serem operacionalizáveis; participação ativa nas formações em serviço; reflexão sobre as práticas observadas; reflexão sobre as ações autónomas e interdependentes comuns no contexto da assistência pré-hospitalar; identificação de situações-problema na prestação de cuidados na assistência pré-hospitalar, numa perspetiva ética, deontológica e conceptual; sugestão de estratégias para a resolução das situações-problema identificadas e por último contribuição para uma fundamentada uniformização de cuidados.

Das ativações participadas, que coincidem com os dados da equipa, podemos identificar como situações clínicas mais comuns no pré-hospitalar a alteração do estado de consciência, a dispneia, a dor torácica/abdominal, as intoxicações e o trauma. Os dados estatísticos do INEM revelam que em 2011 a substância em abuso nas intoxicações foi maioritariamente o álcool, seguindo-se da cocaína, haxixe, alucinogéneos e opiáceos. Já relativamente ao trauma, os órgãos de comunicação social inquietaram a população quando anunciaram um número de 700 mortos no ano de 2011 nas estradas portuguesas.

As dificuldades e necessidades formativas foram igualmente identificadas, quer dos profissionais quer da população em geral, nomeadamente ao nível da abordagem de vítimas com deficiência mental, sobre algumas questões éticas relativas à ONR, preservação de provas em

locais de suspeita de crime, emergências oncológicas, entre outras (nos profissionais) e os objetivos de uma chamada 112, colaboração com os operadores do CODU e com os veículos de emergência em circulação rodoviária (na população geral). Devido à abrangência decidimos selecionar a abordagem dos objetivos da chamada 112, a colaboração com os operadores do CODU e veículos de emergência em circulação rodoviária através da publicação do artigo no Jornal de Amarante. Pudemos assim concluir que a formação cívica da população é cada vez mais pertinente e deveria ser parte integrante da formação letiva da sociedade. Decidimos então efetuar o estudo de caso já mencionado para sensibilizar e estimular a reflexão dos profissionais sobre as questões éticas da Reanimação Cardio-respiratória (RCP). Elaboramos também um artigo de jornal com informação necessária à colaboração com os meios INEM que foi publicado no Jornal de Amarante, área na qual detetamos mais a necessidade de sensibilização para a colaboração com os meios INEM. Este artigo pode ser visualizado no anexo IX. Uma outra atividade participada foi o *masstraining* da Escola Secundária da Póvoa de Lanhoso onde colaboramos lado a lado com os profissionais do INEM na formação de jovens alunos do secundário. Estas atividades não só corresponderam à participação de projetos institucionais como equivaleram à participação numa formação em serviço, uma vez que tivemos a oportunidade de sermos “formados para uma formação” em contexto *masstraining* no qual nunca tivéramos participado, bem como a oportunidade de uma visita guiada as instalações dos BV da Póvoa de Lanhoso conhecendo a sua logística e todos os seus meios de atuação de uma equipa que trabalha lado a lado com o INEM na APH.

Nas partilhas informais com os profissionais do INEM foram abordados vários temas e um deles pelo qual nos sentimos verdadeiramente úteis foi o tema das emergências oncológicas. O espaço de reflexão com os profissionais permitiu a reflexão sobre toda esta praxis observada e sobre a questão das ações autónomas e interdependentes da enfermagem comuns no contexto de APH.

Segundo o nº.4 artigo 4º do artigo 9º do Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de setembro, os Cuidados de Enfermagem são intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações

profissionais. Segundo o n.º 2 do artigo 9º do Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de setembro, consideram-se ações autónomas as ações que dependem da nossa única e exclusiva responsabilidade. Estas são as que estão de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

Podemos assim afirmar que a autonomia profissional do enfermeiro é exercida na prática clínica, através das intervenções autónomas de enfermagem concluindo-se que a visibilidade da enfermagem parte da emancipação e do dar a conhecer o nosso campo de ação. A enfermagem afirma-se como profissão produtora de saber acompanhando a evolução científica e tecnológica, incutindo aos profissionais a responsabilização pelas suas ações e o apropriar-se das suas competências, intervindo de acordo com o que é esperado face ao seu estatuto.

Aproveitamos a análise de um apontamento relativo à ausência atual dos enfermeiros no CODU e a uma futura “substituição” dos mesmos por técnicos de ambulância de emergência (TAE’S) na APH, situação motivada por condicionantes político-económicas. A OE pronunciou-se no passado dia 16 de Novembro numa reunião entre o INEM, Ordem dos Médicos e OE, na qual o Bastonário afirmou que não aceitamos uma política de substituição de enfermeiros e médicos por TAE e embora aceitemos a requalificação do INEM este não pode basear-se em medidas economicistas atribuindo competências e substituindo profissionais qualificados por não qualificados. Não conseguimos ficar imunes a esta temática e continuaremos a reivindicar que a nossa presença será sempre uma mais-valia na assistência diferenciada e de qualidade à população. A aproximação de um contexto profissional enquanto estagiários pressupõe a perceção mais real das dificuldades sentidas dos profissionais e dos obstáculos muitas vezes logísticos ao desempenho profissional. Por outro lado o sentimento de “não pertença” e o afastamento daquele contexto de trabalho que não é o nosso, faculta uma ótica crítico-reflexiva mais genuína sobre vários aspetos. Desta forma, identificamos determinadas situações - problema na prestação de cuidados na APH, que nos fazem refletir numa perspetiva ética, deontológica e conceptual, com as quais

os profissionais se depararam diariamente e que por vias do cansaço e “sentimento de pertença”, impediu muitas vezes a sua interpretação como um problema a solucionar. Estas situações foram relativas à temática do controlo de infeção relacionada com a água da ambulância destinada à lavagem das mãos. Até que ponto é eficaz uma lavagem das mãos com água “parada” dentro de um recipiente da ambulância? Existem estratégias mais eficazes para colmatar este problema, tais como a introdução de solução alcoólica para desinfeção das mãos (em falta nas ambulâncias pelas quais passei) que se torna mais eficaz na desinfeção das mãos entre procedimentos desde que as mãos não estejam contaminadas por material orgânico.

A abordagem da vítima de trauma foi sem dúvida uma experiência maioritariamente proporcionada nos meios rurais, VMER Vale do Sousa e SIV Amarante, desde quedas em altura consequentes de atividades rurais (escalada, montanhismo, vindimas, cortes de moto-serra) a acidentes rodoviários. Daqui podemos retirar vários ensinamentos cívicos, pois quase que podíamos fazer um estudo com base nos dados das ativações do INEM, estudando o fator da época anual e o tipo de população, chegaríamos à conclusão que determinadas épocas do ano e para determinadas populações faria sentido ensinamentos de educação para a saúde e para prevenção de acidentes. Esta foi uma questão que abordamos várias vezes com os profissionais no sentido de colaborarem em projetos de educação para a saúde em coordenação com os centros de saúde, escolas, meios de comunicação local, entre outros.

A questão ONR foi outra temática onde pudemos expor a nossa perspetiva e sugerir estratégias para a resolução das situações-problema identificadas, ansiando a sua implementação com um protocolo em todas as instituições em consonância com doente e familiares sobre a possibilidade de no caso de uma ativação 112, na pessoa em fase terminal em Paragem Cardio-Respiratória (PCR) não sejam iniciadas manobras de SBV. Nunes (2011) alerta-nos que não podemos encarar a morte como uma doença que temos o dever de erradicar a todo o custo. A elaboração do artigo à luz de um estudo de caso teve como ânsia a sensibilização dos profissionais e todos os indivíduos responsáveis pela implementação de normas, protocolos e *guidelines* para uma real e perfeita implementação de algumas medidas no

Sistema Nacional de Saúde (SNS), que poderão contribuir para uma uniformização dos cuidados de saúde prestados à população.

No SU propusemo-nos e desenvolvemos as seguintes atividades, muito semelhantes às desenvolvidas no INEM, especificamente em contexto de SU: identificação das situações clínicas mais comuns; identificação das necessidades de formação; compreensão da dinâmica de elaboração do plano de formação anual do SU; realização de uma formação de serviço informal à equipa de enfermagem sobre uma necessidade formativa identificada; reflexão sobre as ações autónomas e interdependentes comuns num SU; identificação de situações-problema na prestação de cuidados em contexto de SU; sugestão de estratégias para resolução de situações-problema identificadas e contribuição para uma fundamentada uniformização de cuidados.

No que concerne ao estágio no SU, como situações clínicas mais comuns de recorrência ao SU podemos identificar de forma muito similar à APH, a dor abdominal, dor torácica, a dispneia, lombalgias, cefaleias, alterações de comportamento e tentativas de suicídio.

Os problemas psiquiátricos, as tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa, as crises de ansiedade muitas das vezes manifestadas pela dispneia, dor torácica e cefaleias, fizeram-nos refletir sobre o decurso da saúde mental da nossa população onde os distúrbios avultam-se e a conjuntura social e económica do país, bem como a saúde das relações familiares e conjugais da atualidade pode estar na base de tudo isto. Apesar do SU ter como objetivo assistir situações agudas, verificamos a recorrência de determinados doentes à área de psiquiatria com objetivos bem claros e pouco urgentes tais como o ajuste terapêutico ou a necessidade de apoio, motivos estes que deveriam ser assistidos em consulta externa de psiquiatria.

Quanto à identificação de necessidades de formação em contexto de SU, o campo de estágio no qual estivemos inseridos é possuidor de um plano de formação anual muito bem estruturado que corresponde às necessidades de formação sentidas e expressas pelos profissionais o que limitou o desenvolvimento de muitas das atividades formativas por nós preconizadas. Contudo, contornamos esta dificuldade, partilhando com os profissionais, evidências científicas, experiências profissionais e pessoais, assim como

conhecimentos adquiridos em contexto académico, de forma a dar resposta às necessidades expressas pelos enfermeiros e pela nossa própria necessidade de pesquisa, elaboramos o guia já anteriormente referido, de forma a possibilitar uma rápida consulta e tiragem de dúvidas aquando a preparação de medicação. Podemos relembrar como pertinente o conteúdo do guia em anexo VII.

O frequente contacto com situações incomuns ao nosso contexto profissional, despertou uma constante necessidade de pesquisa e conhecimento, mas foram também identificadas algumas necessidades de formação dos profissionais sobre a manipulação dos Catéteres Venosos Centrais (CVC) totalmente implantáveis, uma vez que existia uma afluência considerável de doentes oncológicos ao SU e estes eram submetidos a recorrentes tentativas de punção venoso, uma vez que não havia por parte dos enfermeiros uma prática segura na manipulação dos mesmos. A administração de terapêutica subcutânea foi mais um tema que despertou grande interesse e curiosidade dos enfermeiros, assim como os cuidados inerentes a um doente neutropénico e os cuidados instituídos ao doente com mucosite oral.

Estes foram alguns dos temas para os quais contribuímos para a formação informal dos enfermeiros, todavia, quando questionados sobre a necessidade de uma formação formal sobre o assunto, estes alegaram que não eram situações frequentes no SU e que o plano de formação da instituição respondia às suas necessidades.

Relativamente às ações autónomas e interdependentes em enfermagem no contexto do SU, concluímos que dependendo das áreas do SU existem maioritariamente ações interdependentes desempenhadas. Na área amarela onde a lotação mínima de doentes nos nossos turnos era de 60 doentes, sentimos que os enfermeiros executavam exclusivamente procedimentos e atitudes terapêuticas prescritas pelo médico que surgiam com uma frequência e rapidez incríveis no sistema “ALERT® ER”. De facto, consideramos que a importância dada ao diagnóstico e tratamento é culturalmente considerada como eficiência dos sistemas de saúde. A prevenção e educação são dimensões para as quais o enfermeiro não tem, infelizmente, tanta disponibilidade.

Todavia, em determinadas áreas como a Unidade de Curta Permanência a permanência do doente e familiar, mostrou a maior disponibilidade do enfermeiro para com estes fez diferir toda a qualidade da assistência prestada. O conhecimento do doente, a estabilização, a anamnese, a preparação para eventuais exames de diagnóstico, as educações para a saúde, a preparação para a alta ou internamento foram aspetos bem trabalhados e para os quais a maioria dos enfermeiros tinha disponibilidade.

As situações-problema identificadas na prestação de cuidados em contexto do SU dizem respeito ao descuido para com a reciclagem dos materiais/resíduos, a falta de proteção individual na receção ao doente emergente e a questão da reutilização das campânulas de colheita de sangue. Monteiro (2003) diz-nos que nos contextos onde existem iniciativas de implementação da sistematização de cuidados concluiu-se que os enfermeiros são os iniciais mentores destas iniciativas. Um serviço que na nossa perspetiva, produz tantos resíduos, deveria consciencializar-se mais para importância de reciclar o vidro (p.ex: dos frascos de antibióticos e paracetamol), o plástico e papel. Contudo, durante a nossa permanência foi apresentada uma sugestão informal de propor dois contentores distintos para os vidros com medicação e vidros livres de medicação. Isto conseguiria limitar os custos associados ao peso dos contentores de lixo contaminado para onde são enviados todos os frascos, até mesmo os soros sem serem esvaziados. Esta foi uma estratégia proferida de forma informal aos enfermeiros e que ficou de ser reportado e trabalhado pelos mesmos com a enf^a chefe.

O facto de em determinadas áreas do SU ser tão importante o trabalho em equipa, o nosso contacto com os diferentes enfermeiros fez com que absorvêssemos todos os conselhos e ensinamentos oferecidos, os triássemos e os reportássemos uns aos outros de forma a obter a aprovação de um procedimento uniforme e consensual entre eles e desta forma contribuímos para a sensibilização dos profissionais sobre a uniformização de cuidados.

Estas atividades permitiram-nos aquisição de competências em gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada, desenvolvendo autonomia e espírito crítico no âmbito da formação em enfermagem, adotando

tomadas de decisão fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas. Com criatividade na interpretação e resolução de problemas da área da EEMC, fomos contribuindo para uma gestão de qualidade em saúde.

Participar e Promover a investigação em serviço na área da EEMC

Deparamo-nos cada vez mais com um rácio de enfermeiros menor para um exponencial crescimento da população necessitada de cuidados de saúde, a desmotivação crescente dos profissionais pelas medidas político-económicas do país e pela estagnação atual da carreira de enfermagem, assim como a falta de tempo em serviço para a investigação e a falta de recursos para o investimento formativo dos profissionais, o que condiciona a um quadro de distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial. Como afirmam Domenico & Ide (2003) a prática baseada na evidência surgiu num contexto urgente de adoção de medidas que minimizassem este distanciamento da prática à evidência. É neste âmbito que se incluem os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, uma vez que oferece ao aluno-profissional oportunidades científicas e profissionais de desenvolvimento de competências construídas nas melhores evidências científicas. Assim, o profissional deverá questionar e investigar o contexto prático no qual se faz enfermagem, realinhando as atividades profissionais para a investigação clínica permanente (Domenico & Ide, 2003). De facto, desde Florence Nightingale é notável em “Collected Works of Florence Nightingale” de McDonald (2001) todo o trabalho de pesquisa e colheita de dados efetuada para a fundamentação das suas ações que viria a transmitir depois às suas formandas. Craig e Smyth (2004) afirmam que o objetivo principal de uma prática baseada na evidência é a melhoria das experiências de cuidados de saúde e doença das pessoas.

Consideramos que o estágio na UQ/UCE foi notoriamente preenchido de experiências que adviram da concretização das seguintes atividades: identificação de necessidades de investigação em contexto de estágio; questionamento dos profissionais e enf^o chefe, acerca das temáticas que

gostariam de ver investigadas; utilização de dados científicos provenientes da pesquisa bibliográfica; realização de pesquisa bibliográfica sobre investigação da prática baseada na evidência; partilha de ideias e experiências assentes na prática baseada na evidência e apresentação de um conteúdo científico, da área da intervenção, aos profissionais da unidade.

Sem querer desvalorizar os restantes objetivos, consideramos a temática da investigação extremamente importante na aquisição e desenvolvimento de competências como futuros EE. Desenvolvemos um espírito de investigação para levar até aos colegas, os saberes mais atuais de práticas baseadas na evidência e consideramos ter sido este o primeiro impulso na formação de futuros EE, constituindo uma referência fiável para a nossa profissão, segura e credível para os colegas e equipa multidisciplinar.

Questionamos várias vezes a tutora, equipa de enfermagem e enf.^o chefe sobre as necessidades e desejos de investigação no serviço, esforçando-nos por dar resposta às dúvidas surgidas sobre a utilização das vias dos CVC's. Contudo, constatamos que não existe produção científica na temática o que nos fez pensar que seria um excelente tema a investigar com vista a operacionalizar a uniformidades dos cuidados na unidade, porém num horizonte temporal superior ao facultado por este estágio.

Importa definir áreas estratégicas baseadas nas efetivas necessidades dos nossos doentes e investigar sobre as mesmas. Uma área por nós explanada foi a questão da colaboração na inserção, manipulação e manutenção dos CVC'S. Tendo em conta a prevenção das bacteriémias a eles associadas, com vista à diminuição da sua incidência. Consciencializamo-nos da importância de utilizar dados científicos, nomeadamente estatísticos para sensibilizar os colegas para a pertinência de determinados temas e elaborar o artigo de revisão de literatura já referido sobre a temática das bacteriémias associadas aos CVC's.

Os estágios no INEM e SU permitiram o desenvolvimento de atividades análogas tais como: identificação de necessidades de pesquisa/investigação; questionamento dos profissionais acerca das temáticas que gostariam de ver desenvolvidas; realização de pesquisa bibliográfica sobre a prática baseada na

evidência e partilha de ideias e experiências assentes na prática baseada na evidência.

Em referência ao estágio no INEM, este proporcionou-nos um contexto formativo e profissional inaugural, ao longo do qual identificamos necessidades de pesquisa/investigação, inicialmente percebidas como pessoais e que foram colmatadas com pesquisa de vários artigos científicos em várias bases de dados sobre as temáticas que viríamos a desenvolver à posteriori. Nas partilhas com os profissionais, o seu questionamento acerca das temáticas que gostariam de ver desenvolvidas, incrivelmente estas correspondiam às nossas necessidades identificadas. A questão do testamento vital e da ONR foram temáticas gratificantes nos resultados de conhecimento obtidos. Contudo, relativamente à abordagem da vítima com deficiência mental constatamos um défice de produção científica na área pré-hospitalar e tempo limitado para a sua pesquisa mais avançada, no entanto esperamos ser um tema a abordar futuramente pelos profissionais que trabalham diariamente com a realidade.

No que respeita ao estágio desenvolvido no SU, várias foram as situações nas quais identificamos necessidades de pesquisa/investigação em contexto de estágio, desde as mais básicas associadas à prestação direta de cuidados que em muito diferia do nosso quotidiano, a situações mais complexas que envolviam uma maior consciencialização crítica sobre os diferentes pontos de vista dos profissionais. Um destes temas foi o prestador de cuidados informais e a questão do contributo versus dificuldades oferecidas pelos acompanhantes. Detetamos algum desgaste profissional relativamente a estes na área laranja e amarela e por conseguinte decidimos não só pesquisar as opiniões mais atualizadas sobre a temática como também partilha-las com a equipa de enfermagem de forma a sensibiliza-los. O tema criou tal curiosidade que decidimos elaborar um artigo de revisão integrativa e disponibiliza-lo à enf^a chefe para que esta fizesse chegar a todos os elementos da sua equipa. O artigo referido encontra-se disponível em anexo X.

A enfermagem tem a necessidade de se afirmar como profissão produtora de saber acompanhando a evolução científica e tecnológica, inculcando aos profissionais a responsabilização pelas suas ações e a apropriação das suas competências, intervindo de acordo com o que é esperado face ao seu estatuto. A prática baseada na evidência compreende

por definição, o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisões sobre o cuidar do doente. (Domenico e Ide, 2003).

Assim, com as atividades apresentadas adquirimos competências na compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e no suporte de uma prática clínica na investigação e no conhecimento na área da EEMC.

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara

A autonomia e emancipação do futuro EE deverá ser fruto de um pensamento crítico que fundamente e sustente em argumentos as suas tomadas de decisão perante a diversidade de perspetivas sobre os problemas com os quais se depara. Consideramos que a produção de um discurso fundamentado baseia-se a atividade intelectual consciente proporcionada pelo pensamento crítico.

Desta forma, as situações-problema identificadas nos três locais de estágio, assim como as estratégias propostas informal e formalmente através de trabalhos, constituíram na nossa perspetiva a resposta a este objetivo. Os trabalhos apresentados ao longo do estágio constituíram igualmente forma de comunicação da prática baseada na evidência assim como evidência do atual estado da arte em cada uma das temáticas apresentadas.

A importância de combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar, uma vez que o contexto onde a atividade crítica tem lugar é importante na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos cada vez mais comuns na prática clínica de enfermagem (Paiva, 2006).

No II congresso da OE, Nunes (2006) cita três máximas kantianas que consideramos relevantes á justificação do objetivo que abordamos: I) pensar por si próprio; II) desenvolver uma mentalidade alargada e III) estar de acordo consigo mesmo. Corroborando este autor a decisão face aos cuidados que prestamos à pessoa não só nos pertence como nos constitui profissionalmente.

Para a consecução do objetivo abordado, foram desenvolvidas de forma similar aos três locais de estágio as seguintes atividades: estabelecimento de eficazes relações interpessoais e comunicacionais com todos os membros da equipa; partilha de conhecimentos entre os membros da equipa de enfermagem e aplicação de técnicas de comunicação e estratégias facilitadoras de comunicação com os diversos grupos intervenientes.

O nosso investimento teórico expandiu-nos conhecimentos sobretudo na área da fisiopatologia, tratamento de feridas e relação de ajuda, o que permitiu quer uma discussão fundamentada com a equipa de enfermagem quer uma prática consciente e uma maior segurança nos cuidados. A pesquisa bibliográfica na qual investimos foi imprescindível para a segurança nas decisões tomadas, reconhecimento precoce de riscos para o doente e rápida implementação de intervenções.

Relativamente ao estabelecimento de eficazes relações interpessoais, estas relações podem ser de diversas naturezas, tendo em conta a distância entre os locutores. Estas relações dizem-se verticais quando se estabelecem com indivíduos unidos por um laço de autoridade, relações estas que são hierarquizadas e organizadas em função do estatuto social e responsabilidades de cada um, tomando um carácter formal no qual o conteúdo é sobretudo informativo (Phaneuf, 2004). Porém, consideramos ter estabelecido relações horizontais com a equipa integrada pelo seu espírito de abertura à mudança e atualização que constituiu o ambiente favorável à partilha de conhecimentos atuais e experiências profissionais.

Na APH, este objetivo teve particular interesse na medida que o enfermeiro trabalha fora de um local estruturalmente controlado (como o hospital) com recursos muitas vezes improvisados, onde a cooperação de pessoas de diferentes estatutos profissionais e diferentes perspetivas dos cuidados são evidentes no dia-a-dia.

Este estágio permitiu-nos um esforço acrescido na articulação de informação e argumentos que justificassem as nossas ações, uma vez que trabalhamos sob validação do médico do CODU, estamos dependentes também dos TOTE e trabalhamos em cooperação com os TAE e BV. Desta forma, consideramos que a atuação do enfermeiro não se restringe apenas à assistência direta no socorro às vítimas em situação de emergência mas

também no desenvolvimento de atividades educativas como instrutor da sociedade e participando na revisão dos protocolos de atuação. (Ramos, 2005).

O enfermeiro na APH, particularmente nos meios SIV por liderarem numa equipa restrita e estarem dependentes da sua própria responsabilidade, tem muitas vezes a seu cargo tomadas de decisão relacionadas com o transporte da vítima, com o accionamento e pedido de auxílio de meios mais diferenciados tais como a VMER e ainda a decisão do local para onde transferem o doente. Assistimos várias vezes ao transporte de vítimas gravemente acidentadas em risco eminente de vida que formalmente exigiam um transporte para uma urgência geral do CHVTS e por decisão do enfermeiro foram transportadas para a urgência básica mais próxima. Desta forma concluímos que embora existam protocolos de atendimentos a serem seguidos pelos enfermeiros, os quais conferem independência e interdependência a esses profissionais. (Vargas, 2006), existe também uma avaliação individual de cada situação confrontada e dos riscos e necessidades para o doente de forma a diminuir a probabilidade de morte.

Na mesma linha de pensamento do que já foi reportado para a UQ/UCE e INEM, o SU é também um local trabalho onde cooperam várias classes profissionais e para uma perfeita assistência ao doente é perentório que existam eficazes relações inter e multidisciplinares.

Sendo o CHSJ um hospital universitário, consideramos que a partilha de conhecimentos estabelecidos com alunos de internato em medicina foi bastante produtiva e útil para a compreensão de ambas as preocupações e realidades profissionais. Ajuizamos que esta aproximação entre a classe médica e de enfermagem é benéfica para o doente, uma vez que há uma melhor cooperação entre a equipa. Pelo contrário, relações hostis entre as classes profissionais são causadoras de maior stress profissional, que em nada beneficiam o doente além de levantar grandes conflitos na equipa multidisciplinar. Desta forma, o estabelecimento de uma relação interpessoal eficaz com todos os membros da equipa interdisciplinar, desde assistentes operacionais, técnicos de cardiologia, radiologia e médicos, veio constituir um grande contributo profissional.

Ao longo do estágio procuramos fundamentar as nossas decisões nos conhecimentos mais atualizados para determinado assunto e estes foram sempre reportados à enf^a tutora, de forma a alicerçar as nossas escolhas. Esta atitude possibilitou-nos a partilha de conhecimentos com os membros da equipa de enfermagem.

Desta forma adquirimos as competências de gestão de respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional e estabelecimento de uma relação interpessoal eficaz com o grupo profissional assim como com o público em geral.

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC;

Para a enfermagem, a criatividade e a inovação são ferramentas estratégicas na resolução de situações-problema. Para refletir sobre a nossa iniciativa e criatividade ao longo do estágio necessitamos de repensar no nosso compromisso como enfermeiros na formação dos profissionais com os quais contactamos e a nossa responsabilidade como educadores para a saúde da população, considerando a nossa análise crítica e reflexiva das situações problemas e sua resolução, a visão atenta das situações e o espírito crítico-reflexivo das mesmas, fatores impulsionadores de uma atitude criativa e inovadora.

A criatividade e iniciativa encontram na enfermagem várias formas de expressão, uma vez que o ato de cuidar exige uma visão global, criativa e inovadora. A criatividade pressupõe uma flexibilidade e disposição para mudar. Mussak (2003) afirma que por vezes a criatividade pode ser percebida como desorganizadora gerando novos caminhos incitando uma perturbação da estabilidade anterior, os indivíduos criativos muitas vezes incompreendidos, pelo incómodo que provocam, contudo se por um lado a criatividade e a inovação apoquentam, por outro é ela que abre caminho para as melhorias.

Os três locais de estágio percorridos possibilitaram de igual forma o desempenho das seguintes atividades: contribuição com os conhecimentos e competências adquiridas ao longo da frequência teórica da EEMC;

desenvolvimento de uma análise crítica e reflexiva das situações problemas, sua resolução e elaboração de sugestões para a melhoria da resolução de problemas.

Ao longo do estágio adotamos uma postura de iniciativa, dinamismo e empreendedorismo, facilitando a mobilização de conhecimentos e competências adquiridas quer ao longo da frequência teórica do curso EEMC quer na partilha de experiências da nossa atividade profissional diária.

O estabelecimento de discussões de casos e opiniões temáticas nas pausas de trabalho de forma informal contribuíram mutuamente para a aquisição de diferentes perspetivas de intervenção. Com o enf^o chefe tivemos a oportunidade de discutir alguns temas nomeadamente as vantagens e condicionantes da balneoterapia que foi em tempos prática instituída naquela unidade e foi colocada de parte pela instituição.

Fizemos pesquisa bibliográfica sobre a mesma de forma a ter elementos para uma fundamentada opinião, concluindo que este procedimento permite além da prestação dos cuidados de higiene, a técnica de desbridamento mecânico da queimadura. A irrigação direta com jatos de água possibilita a remoção de tecido necrótico livre e fibrina (Sousa, Nunes e Santos, 2003). Para além destas funções, a balneoterapia é também um momento para aplicação de agentes tópicos e permite a observação diária da queimadura e monitorização da sua evolução. Esta promove igualmente a remoção de grande parte das bactérias. Uma verdadeira balneoterapia deveria ser praticada em tanques capacitados para um grande volume de água onde o doente fosse imerso durante um período de tempo para posteriormente ser submetido ao processo de remoção dos pensos de forma menos traumática possível e oferecer-lhe também o conforto do contacto com a água. No serviço era praticado um banho no trolley-chuveiro com as mesmas funções anteriormente descritas, exceto a imersão. Após discussão com o enfermeiro chefe, este referiu as desvantagens essencialmente económicas (pelos custos de desinfeção dos tanques e das tubuladuras) ecológicas (pela grande quantidade de água gasta) e gestão de tempo (uma vez que a desinfeção de todo o tanque e tubuladuras é um processo demorado). Consideramos pertinente a justificação e julgamos que a sua revogação e substituição foi

adequada, embora não possamos proporcionar um perfeito contacto do doente com a água, contudo podemos colmatar esta falha através da otimização da analgesia ou sedação do doente na utilização dos fármacos e na permanência do maior tempo possível de contacto com a água do chuveiro.

Um outro tema debatido foi a questão do consentimento informado em doentes adultos incapazes, uma vez que nos deparamos no internamento com uma doente portadora de oligofrenia e várias questões e reflexões se formularam no nosso pensamento pelo que tivemos a necessidade de pesquisar e refletir sobre a fundamentação jurídica vigente.

Na pesquisa efectuada encontramos um documento-guia com considerações gerais para o consentimento, atos de diagnóstico e terapêutica, designado por “Documento Guia da ARSN sobre consentimento informado” (2009).

Estas considerações fazem menção que o consentimento pode ser dado de forma escrita (através de documento valido) ou oral, através da manifestação de vontade, que deverá ser pedido a todos os adultos capazes ou aos seus representantes, quer nos menores de 16 anos, quer em doentes incapazes de discernimento crítico, sendo que todo o adulto é capaz de decidir até prova em contrário e mesmo nos casos de incapacidade deve ser igualmente dada informação adequada e considerar o direito à recusa. Nos casos em que os doentes não estão declarados judicialmente como incapazes de discernimento necessário, além de questionar a vontade do doente deverá ser considerada a opinião de familiares ou acompanhantes reconhecidos como cuidadores O consentimento é revogável em qualquer altura e não reduz o nível de responsabilidade da execução dos atos consentimento.

Na fundamentação jurídica vigente, o caso com o qual nos deparamos de uma doente com oligofrenia, é descrito como “adultos incapazes”. Os adultos incapazes são todos aqueles, que por anomalia psíquica, surdo-mudez ou cegueira, se mostrem incapazes de governar as suas pessoas e bens. Quando se está perante um doente incapaz para consentir uma intervenção que é urgente, o Ministério Público, que é o representante geral dos incapazes, deve dar início ao processo de tutela. A interdição é decretada pelo tribunal e os interditos ficam dependentes de tutor. O consentimento deve ser prestado pelo representante legal, este deverá basear-se sempre que possível nas

decisões já conhecidas pelo doente, respeitando as suas crenças e valores. Contudo, nos casos em que o incapaz possa compreender a situação, deverá não apenas ser informado, como também prestar o seu consentimento.

Quando não existe representante legal, atribuído pelo tribunal, nestes casos a lei atribui o poder à família do doente. No caso da doente em causa, prever-se-ia já uma dificuldade em encontrar um tutor que conhecesse minimamente a doente uma vez que a família estando distante não constituiria um tutor viável e estando a doente a viver só não existia nenhum individuo que a conhecia. Contudo, a doente era capaz de compreender a informação transmitida, mas pela nossa avaliação não era capaz de tomar decisões fundamentadas e reconhecer as consequências e benefícios de tais decisões.

No entanto, deparamo-nos na averiguação do Decreto-Lei n.48/95 Artigo 39º - Consentimento Presumido, que há “consentimento presumido” quando é suposto que o titular do interesse jurídico consentisse o facto se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado. Também o código deontológico médico faz referência a estes casos incluindo-os no “consentimento implícito”, em que nos casos de situações de urgência quando não é possível obter consentimento do doente, o médico presume que o adiamento para o obter possa implicar perigo para a sua vida ou saúde ou nos casos de consentimento para determinada intervenção ou tratamento que necessitou de ser alterada e que por risco de vida ou comprometimento para a saúde é impossível obter outro.

Concluimos desta forma, que todas as intervenções praticadas não constituem ofensa à integridade física e psicológica do doente desde que sigam as *leges artis* (Artigo 150º do Código Penal). Todos os restantes casos que levantem questões e dilemas éticos difíceis de decidir deve recorrer-se à comissão de ética para a orientação quer da instituição quer a nível nacional, embora a decisão é sempre da responsabilidade de quem pratica.

Relativamente à nossa autonomia e espírito de iniciativa esta foi facilitada pelo voto de confiança dos tutores e da restante equipa, assim como pela estratégia por nós utilizada ao anteciparmo-nos todos os turnos na consulta dos processos, na preparação da medicação para depois nos apresentarmos ao doente, avaliando o seu estado hemodinâmico já com um

conhecimento prévio do padrão-hemodinâmico e estado emocional do mesmo, o que fazia sentir-nos mais seguros e conscientes das intervenções a serem possivelmente implementadas.

Como situações-problema identificadas prestamos especial atenção ao facto de numa unidade preenchida de material esterilizado, as assistentes operacionais fazerem uma cama com lençóis e resguardos esterilizados com luvas limpas ou sem elas. A justificação que nos foi dada após questionamento foi a de que as áreas suscetíveis à infeção (queimaduras) estavam protegidas pelos pensos, logo não havia o risco de grande contaminação das mesmas. Não ficamos muito satisfeitos com a explicação, uma vez que esta nos conduziu a uma nova reflexão sobre a necessidade efetiva do uso de roupa de cama esterilizada e de nos casos de efetiva necessidade o seu comprometimento. Também a prática comum de desalgaliar um doente portador de infeção urinária foi alvo da nossa reflexão, uma vez que embora a algália seja um substrato ótimo à formação de biofilme (Teixeira, 2010) e resistente à penetração de antibioterapia, existe uma particularidade não considerada pelos médicos e enfermeiros que é a presença frequente de áreas plastiadas e áreas dadoras cuja cicatrização fica comprometida e existe um grande risco de infeção quando os doentes alectuados tem micções constantes para essas áreas, micções estas que na maioria das vezes fazem-se de bactérias multi-resistentes.

O nosso percurso em estágio no INEM foi marcado por uma postura de “reanimação” do que estava adormecido nos profissionais, desmotivados pelas políticas institucionais.

Aquando as ativações para vítimas em PCR identificamos algum tipo de descoordenação na presença de mais duas mãos (as nossas) quando estavam habituados a trabalhar com quatro. Perante isto, nós próprios passamos a propor aos profissionais durante o percurso para o local de intervenção, a nossa posição relativamente à abordagem da vítima pelas letras A,B,C,D,E. Assim, solicitamos nas primeiras ativações que ficássemos no C nas quais tínhamos maior à-vontade e posteriormente fomos percorrendo as várias posições do SAV e experienciando algumas intervenções inaugurais tais como a entubação oro-traqueal.

Consideramos que esta situação-problema identificada e as nossas estratégias sugeridas e implementadas contribuíram para a melhoria da resolução do problema assim como para futuros estagiários.

Relativamente ao contexto de SU, a área de triagem foi importante para o desenvolvimento deste objetivo, uma vez que nos possibilitou experiência, e potenciar o domínio teórico e perspicácia na identificação e diferenciação das necessidades de cuidados dos doentes. Assim como a análise ou identificação dos sinais e sintomas, adoptando estratégias que permitissem interpretar o transmitido pelos doentes fosse por via do discurso, da fâcies ou pelo seu acompanhante.

No que concerne ao desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo na qualidade do objetivo abordado, consideramos que a assistência de enfermagem baseada num pensamento crítico e as tomadas de decisão sustentadas pelas melhores evidências científicas contribuem quer para a criatividade e competência individual de um enfermeiro, quer para a visibilidade positiva de uma profissão.

A qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros está dependente da qualidade da sua formação universitária e as oportunidades científicas da sua vida profissional (Domenico e Ide 2003). Por este motivo torna-se tão importante a atualização de conhecimentos com a formação contínua através de pós-graduações, pós-licenciaturas, mestrados e doutoramentos, que estimulam no sujeito capacidades e competências jamais descobertas numa estagnação académica.

Com este objetivo consideramos ter adquirido competências na liderança, formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para prática especializada em EEMC;

Demonstrar capacidade de trabalho, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Para a consecução do objetivo apresentado desenvolvemos as seguintes atividades nos diferentes locais de estágio: observação da

metodologia de trabalho utilizada na unidade; acompanhamento do enfermeiro tutor e restantes elementos da equipa na prestação de cuidados, de acordo com o método de trabalho utilizado; identificação e adequação do método de trabalho a aplicar; estabelecimento e gestão de prioridades; estabelecimento de uma comunicação eficaz com a equipa multi e interdisciplinar; participação ativa na prestação de cuidados como membro da equipa, fomentando o trabalho de equipa; contribuição para trabalho em equipa e por último a otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Para que uma equipa seja um instrumento facilitador do cuidado espera-se dela um desempenho e uma eficiência superior à obtida quando o trabalho é desempenhado individualmente. Como afirma Pontes et al (2008), é fundamental que os elementos interiorizem que o desenvolvimento de um trabalho em equipa é crucial uma vez que nas equipas, as pessoas têm um elevado grau de interdependência, colaborando umas com as outras e adaptando a sua atividade e comportamento às necessidades e objetivos da equipa. Isto exige envolvimento, qualidade, uniformidade de atuação, informação, planeamento e atualização permanente.

O método de trabalho na UQ/UCE é o método em equipa. Marquis e Huston (2010) alertam-nos para a importância da adequação do método de trabalho à disponibilidade da equipa, recursos físicos e materiais do serviço, condições dos doentes e natureza das intervenções.

O método de equipa, não é um procedimento mas sim uma filosofia na qual existe uma resposta às diversas qualificações e capacidades apresentadas pelos vários elementos conduzidos por um líder. Os enfermeiros são divididos por equipas e estas são lideradas por um enfermeiro. Neste método é necessário um conhecimento dos problemas e necessidades dos doentes por cada elemento da equipa. Segundo o mesmo autor, este método tem como vantagens a melhoria das capacidades de liderança, promoção da eficácia dos cuidados prestados com o aproveitamento das capacidades dos diversos elementos da equipa conduzindo a uma maior satisfação do enfermeiro e do doente, assim como uma melhor integração dos enfermeiros menos experientes através do intercâmbio de conhecimentos. Como limitações são apontadas a exigência de uma maior dinamização do grupo, a existência de

boas relações interpessoais na equipa e bom espírito de interajuda, e poderá resultar numa distribuição desigual de elementos e ocorrência de erros (Parreira, 2005).

Na unidade, o método de trabalho utilizado no autocuidado de higiene foi também o de equipa. Na sala de tratamentos, encontrava-se o trolley-chuveiro que uma vez desinfetado e revestido pelo campo esterilizado estava pronto a ser utilizado. Organizava-se a equipa e dividiam-se as “posições” onde um enfermeiro ficava responsável por preparar a mesa de material de penso (“enfermeiro instrumentista”), dois enfermeiros prestavam os cuidados de higiene e faziam os pensos e outro enfermeiro ficava de apoio aos colegas. Assim, estes quatro enfermeiros prestavam os cuidados de higiene e faziam os pensos a todos os doentes da unidade. Nos cuidados de higiene expunham-se as queimaduras e a realização dos pensos era feita na presença do médico. O enfermeiro avaliava a superfície corporal queimada, escolhia em conformidade com a prescrição médica o agente tópico ou material de penso adequado, monitorizava a queimadura e avaliava a necessidade de sedação ou analgesia pré-penso que á posteriori seria reportada ao médico.

Fora da sala de tratamentos estava o enfermeiro responsável por acompanhar a visita médica e que fazia o elo de ligação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, além das tarefas de enfermeiro responsável preparava a medicação e avaliava os sinais vitais aos doentes.

Uma análise crítica permite-nos afirmar que obviamente existem vantagens e desvantagens na utilização deste método, mas na nossa opinião consideramos que a dinâmica desta unidade está perfeitamente adaptada e que os múltiplos cuidados de enfermagem prestados ao doente tornam-se vantajosos na presença de vários enfermeiros, sob a reflexão de várias perspetivas, além da colaboração de vários colegas ser bastante útil numa eventual descompensação hemodinâmica, necessidade de analgesia ou sedação, onde o número de elementos presente rentabiliza e gere da melhor forma o tempo no qual a avaliação “ABCDE” do doente está assegurada. Julgamos que, este é um método perfeitamente ajustado à especificidade da unidade. Salvaguardando que as notas a efetuar são da responsabilidade de um único enfermeiro que está distribuído no plano, ou seja, embora estejam

enfermeiros distribuídos pelos doentes, não se concretiza o método individual exceto nas notas.

Sendo assim o doente queimado é alvo dos cuidados não só de toda a equipa multidisciplinar bem como de todos os enfermeiros dentro da sua equipa, por este mesmo motivo não nos limitamos a acompanhar a tutora mas a interagir com todos os elementos da equipa de forma a facultarem-nos o maior número de experiências novas possíveis.

No que concerne ao INEM, apesar do papel de cada meio INEM estar bem definido e a intervenção de cada categoria profissional também, numa equipa, a responsabilidade e as decisões são tanto individuais como coletivas e as aptidões são complementares (Abreu e tal, 2005). Ao longo do estágio fomos observando e compreendendo a dinâmica funcional do INEM, as áreas de intervenção de cada meio e as suas condições de ativação, o que consideramos de extrema importância na compreensão dos fluxogramas e das questões que o CODU coloca à pessoa que contacta, muitas vezes incompreendidas.

Com base nesta proposição adotamos sempre uma postura de cooperação, confiança, respeito e compreensão preditivas de uma comunicação eficaz para com os vários profissionais da equipa multidisciplinar (BV, TAT, médico, TAE) e interdisciplinar, adotando uma atitude de humildade, disponibilidade e pró-atividade no processo de aprendizagem. Esta relação foi auxiliadora no estabelecimento e gestão de prioridades e na participação útil e eficaz no trabalho em equipa.

Na VMER e na SIV constatamos uma boa relação da equipa médico-enfermeiro, enfermeiro-TAE, na qual o contacto e importância da comunicação entre eles, o conhecimento dos métodos de trabalho de cada um e a antecipação das suas necessidades, evidenciaram um perfeito elo de trabalho.

De forma similar, a primeira fase da nossa integração quer no SU quer na equipa passou por conhecer, observar e compreender toda a dinâmica funcional do serviço, conhecer a sua especificidade, as divisões e características das mesmas, a forma como estava organizado o material, o tipo de problemas que levavam os indivíduos a serem encaminhados para determinada área e a sua intervenção, quanto tempo em média esperavam por

serem atendidos e ainda como comunicavam os enfermeiros entre si e com a equipa multidisciplinar.

Posteriormente, surgiram outras preocupações no estágio, como a participação direta nos cuidados, o conhecimento e manuseamento dos sistemas de monitorização do doente, a participação na triagem dos doentes usando os fluxogramas da triagem Manchester sob orientação da enf.^a tutora e ainda a observação e colaboração na prestação de cuidados ao doente crítico na sala de emergência que contribuíram para uma participação ativa e segura no trabalho de equipa.

Num serviço no qual existe uma forte componente prática e uma grande parte de intervenções resultantes de prescrição, assim como uma grande interligação de várias especialidades médicas e técnicas, é fundamental uma boa cooperação inter e multidisciplinar.

Recordamos um turno na área amarela, no qual recebemos um doente com síndrome vertiginoso, para o qual foi prescrito oxigénio. Observamos a necessidade de oxigenoterapia neste doente: questionamos e observamos sinais de dificuldade respiratória, mensuramos as saturações de oxigénio periféricas e interrogamos se lhe tinham efetuado alguma gasometria. Perante a negação quer de uma gasometria, quer de dispneia e perante umas saturações de oxigénio de 100%, questionamos os colegas que não nos souberam responder. Foi uma atitude de humildade que nos levou a questionar o médico sobre a justificação de tal decisão terapêutica, que atenciosamente nos explicou todo o processo fisiológico de vasoconstrição associado à vertigem, pelo que o oxigénio servia apenas para melhorar a sintomatologia do doente. De facto, foi o sair da zona de alienação dos restantes colegas que mantinham uma postura de distanciamento de classes profissionais que pudemos prestar cuidados fundamentados.

Ao nível dos registos de enfermagem e de transmissão de informação através das passagens de turno e das transferências intra-hospitalares, desenvolvemos a capacidade de síntese, objetividade e estruturação adaptadas ao doente no contexto de serviço de urgência.

O contacto com um novo sistema de registos através da aplicação informática, ALERT® ER permitiu-nos compreender adequadamente o

percurso que o doente faz na urgência, a sua queixa principal, as intervenções terapêuticas e de enfermagem instituídas e os resultados das mesmas através das notas de enfermagem.

Os registos são importantes para a planificação dos cuidados do doente, não só pelos enfermeiros, como também pela restante equipa interdisciplinar. As recomendações dadas pela OE (2007) sobre os sistemas de informação e documentação em enfermagem preconizam um Resumo Mínimo de Dados que contemplam os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem: diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem; resultados de enfermagem e intensidade dos cuidados de enfermagem. As informações sobre o doente devem ser claras, objetivas, frequentes e completas de forma a possibilitar a monitorização, avaliação e re(planeamento) contínuo dos cuidados.

Assim, os registos são de extrema importância na melhoria da qualidade do registo das ações de enfermagem, por isso estes deverão ser efetivos e que retratem o mais fielmente possível a prática de enfermagem. (Matsuda et al 2006). Todos os cuidados efetuados aos pacientes devem ser devidamente registados quer para a transmissão da informação, quer pela necessidade legal para a melhoria das práticas.

Relativamente à gestão de prioridades, o SU foi sem dúvida um valioso contribuinte, na medida que perante uma vasta afluência de doentes e escassez de tempo, pudemos vivenciar na realidade a priorização constante.

Tivemos também oportunidade de participar no transporte intra-hospitalar, corroborando a importância da continuidade de cuidados, com capacidade de observação, tentamos distanciarmo-nos e compreender de ambas as partes (serviço proveniente/serviço recetor) a importância dos cuidados prestados ao doente, da informação transmitida e da cooperação entre serviços e colegas. Isto obrigou-nos a uma grande capacidade de síntese de informação que iria transmitir ao serviço recetor, assim como a organização dos recursos materiais e humanos necessários a este transporte.

Consideramos ter desenvolvido ao longo dos três módulos de estágio uma metodologia de trabalho adaptada às necessidades dos doentes, aos recursos humanos do serviço e em articulação com os membros da equipa. A postura de humildade, disponibilidade e proatividade contribuiu para

estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multi e interdisciplinar, beneficiando o processo de aprendizagem durante o estágio.

A avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise e prestação de cuidados em situações complexas segundo uma perspetiva profissional avançada, a otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados em contexto da assistência pré-hospitalar e o desenvolvimento e adaptação do estilo de liderança no clima organizacional favorecendo a melhor resposta do grupo de indivíduos, foram competências adquiridas com o objetivo votado.

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família

As atividades que levaram à concretização deste objetivo nos três campos de estágio foram: identificação das principais preocupações dos utentes e familiares em contexto de doença crítica; identificação do impacto psicológico no doente vítima de queimadura; perceção do impacto na dinâmica familiar do doente vítima de queimadura; adoção de atitudes comunicacionais facilitadoras do diálogo com o doente/ família; aplicação de técnicas de comunicação adaptadas ao doente queimado; estabelecimento de metas de curto prazo, para aumento da autonomia e esperança do doente; fornecimento de apoio emocional aos cuidadores e por último a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

A comunicação é todo o processo de criação e recriação de informação, troca e partilha transmitida de forma consciente ou inconsciente, de forma verbal ou não verbal, e é com ela que conseguimos compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções das pessoas que cuidamos. (Phaneuf, 2004).

Ao longo deste estágio tomamos consciência do impacto psicológico indescritível sobre os familiares, doentes e sobre nós próprios profissionais de saúde.

Do nosso ponto de vista o impacto da queimadura a nível familiar e no doente é facilmente perceptível. O prolongado internamento sem perspectivas da proximidade da alta clínica leva a uma desestruturação familiar e uma perturbação na sua dinâmica e papéis.

Perante uma realidade por vezes dramática a família mostra atitudes muitas vezes reveladoras, como a sobreprotecção, fuga ou negação. Cabe ao enfermeiro fornecer informações importantes e alertá-los que os comportamentos dos familiares são muitas vezes determinantes na evolução clínica do doente. Esta experiência ensinou-nos a confortar ou aliviar aquele que se viu ao espelho e não se reconheceu, embora a intervenção de enfermagem é em parte interpelada pela psicóloga, somos nós que muitas vezes nos apercebemos qual o momento certo para destapar o espelho e confronta-lo com a realidade.

Tivemos apenas dois doentes com queimadura facial grave, jovens, em que a sua principal preocupação foi questionar como iriam ficar esteticamente. A imagem tem de facto grande impacto no auto-conceito e na socialização do indivíduo, a lesão estética é interpretada por estes como uma lesão à sua identidade. Conforme a profundidade e extensão da mesma, pode provocar alterações mais ou menos reparáveis na identidade do Eu. Alterações na aparência podem originar sentimentos de inferioridade ou mesmo de falta de competência, tanto para a pessoa lesada como para quem convive com ela. Alterações no busto da mulher (mama), símbolo de feminilidade, podem ser igualmente marcantes do ponto de vista psicológico, comparativamente com a mão do homem, símbolo de trabalho (Pinto, Moutinho e Gonçalves, 2010). Questionamos a força que muitos manifestavam, por exemplo nas mulheres com o tórax queimado, consciente da importância da mama como símbolo corporal da sexualidade feminina acarretando segundo Ramos e Patrão (2005) a um fenómeno de perda de auto-estima, sentimentos de inferioridade e rejeição.

Após alguns relatos e conversas informais com estes doentes, apercebemo-nos que embora a enfermagem tenha grande intervenção no impacto psicológico do doente queimado, é da família (companheiros,

namoradas, filhos, pais e mães) que eles buscam a aceitação e a força. Isto faz-nos pensar que a família é um grande alvo da nossa intervenção.

Tanto o doente como os que lhe são próximos passam por diferentes fases após o acidente, nomeadamente a fase de impacto em que todos entram em estado de choque face ao que aconteceu, cujos sentimentos de culpa, revolta e impotência são frequentes, o doente e família sentem-se completamente desorientados. Posteriormente ao choque vem a negação, os doentes e familiares abstraem-se do acidente, das queimaduras e apresentam um humor instável, fingem acreditar na sua recuperação mas na verdade ainda não existe auto-confiança. Na fase de reconhecimento o doente e os que lhe são próximos consciencializam-se, reconhecem o que aconteceu e sentem uma profunda tristeza, o doente tem aqui uma grande necessidade de se ver ao espelho, começa a reconhecer as suas alterações corporais e implicações que as queimaduras terão e têm no seu quotidiano, sentem vergonha e tem medo da rejeição, ficam ansiosos e podem existir concomitantemente sentimentos de revolta e culpa. A fase de reconstrução é a ultima fase deste processo e abrange o período de ajustamento ao estilo de vida. (Pinto, 2008).

O doente convive com as suas alterações e consciencializa-se da importância da aceitação da nova imagem corporal no seu auto-conceito. Todo este processo pelo autor acima referenciado, muitas vezes é acompanhado por reações problemáticas como depressão grave, isolamento, recusa em falar do acidente e recusa em se ver ao espelho. Tudo isto foi importante no reconhecimento de meios disponíveis e no encaminhamento para valências que extrapolavam a nossa intervenção de enfermagem.

Com base na leitura bibliográfica foi-nos possível a identificação mais facilitada das preocupações familiares e do doente assim como o impacto psicológico que este tem nos mesmos. O contacto com os doentes e familiares tão vulneráveis, com sentimentos de vergonha e inferioridade, revolta e culpa, fez-nos adotar estratégias de comunicação muitas vezes dispersas e vagas, para chegar de forma subtil ao problema em causa: o acidente. Ao longo do internamento conseguimos detetar algumas estratégias de coping utilizadas pelos doentes e familiares.

Estamos conscientes da importância da família na recuperação do doente, esta deverá ser sempre inserida nos cuidados ao doente queimado (Pinto, Moutinho e Gonçalves, 2008) e por isso tivemos sempre em consideração a sua participação nos cuidados aos doentes demonstrando-lhes disponibilidade.

No INEM, a ideia pré-concebida que o profissional tem no seu campo de atuação do local do incidente/acidente até ao SU não é totalmente válida. Admiravelmente após a notícia de morte de um familiar que assistimos, apesar da notícia não ser dada por nenhuma profissional da equipa, é a nós que os familiares recorrem para chorar e agradecer, porque a primeira abordagem foi nossa e os primeiros a assistirem fomos nós, é a nós que eles proclamaram “salvem-no(a)”. Por tudo isto saímos deste estágio com uma sensação de dever cumprido mesmo quando nem todas as vidas puderam ser salvas.

Várias foram as oportunidades para o desenvolvimento das seguintes atividades no INEM e no SU: identificação do impacto psicológico no doente/vítima; assistência da família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica; utilização de técnicas de comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com o doente/família face à sua situação crítica; identificação das principais preocupações dos doentes e familiares em contexto de doença súbita/acidente e demonstração de disponibilidade sempre que necessário e possível para esclarecimento de dúvidas à família e doente.

Ainda no estágio no INEM, podemos aqui destacar uma situação de assistência a um jovem de 18 anos com paralisia cerebral, consciente com necessidade de intervenções invasivas nomeadamente a aspiração de secreções e o puncionamento venoso. A presença da mãe foi crucial para aquele jovem, pedimos a colaboração dela para comunicar com o filho e explicar o que lhe iria ser feito e dado o conhecimento e capacidade técnica como cuidadora informal do seu filho para a aspiração de secreções, decidimos dar-lhe a oportunidade de ser ela a realizar esta técnica invasiva. Tal permitiu não só a validação dos conhecimentos e capacidades do prestador de cuidados como lhe aumentou a segurança e confiança por lhe ter sido dada a primeira oportunidade de aspirar secreções ao seu filho numa ambulância do INEM. Consideramos que a mãe foi um elo de ligação muito importante uma

vez que a sua voz e forma de comunicar eram familiares e tranquilizantes para aquele doente, assim como uma garantia de segurança e confiança.

A gestão de conflitos foi outra experiência característica na assistência a vítimas com estado confusional, comportamento ofensivo/defensivo em doentes alcoolizados, doentes com cetoacidose diabética ou alterações hidroeletrólíticas. O contacto com doentes alcoolizados e estados confusionais permitiu-nos adaptar estratégias de comunicação tranquilizadoras e persuasivas adaptadas a uma postura defensiva e ofensiva por parte destes doentes.

Assim, apesar do stress das situações assistidas, adotamos sempre uma atitude de assertividade para com as vítimas e familiares identificando as principais preocupações dos doentes e familiares em contexto de doença súbita/acidente e demonstrando disponibilidade sempre que necessário e possível para esclarecer dúvidas e desmistificar preocupações.

Várias foram as ativações por dor torácica, dispneia e inconsciência que eram verdadeiramente crises de ansiedade, distúrbios de personalidade e crises de histeria. Em momento algum participamos de qualquer juízo de valor à pessoa assistida, mas não deixamos de refletir sobre o decurso da saúde mental da nossa população.

Não podemos menosprezar a problemática do desperdício de meios diferenciados para este tipo de ativação, embora estejamos consciente da importância que deverá ser dada à população em “sofrimento psicológico” e o seu alerta e encaminhamento para os organismos de apoio especializado.

A comunicação de más notícias, foi também uma constante até à data, podendo afirmar que é uma das tarefas mais difíceis de realizar enquanto profissional de saúde e requer como qualquer outro procedimento técnico conhecimentos e aptidões específicos do enfermeiro. Esta transmissão foi baseada nos conhecimentos teóricos adquiridos sobre o protocolo de Buckman. Este protocolo é de grande utilidade e embora seja frequentemente associado ao doente oncológico pode ser utilizado em qualquer âmbito. O protocolo tem seis etapas sequenciais, contudo, apenas a garantia dos quatro primeiros passos permite avançar para a partilha de informação caso o doente o deseje. Preparação e escolha do local apropriado para a transmissão da má

notícia, perceber o que o doente já sabe, saber o que o doente quer saber, dar a notícia, responder às emoções e às perguntas do doente, propor plano de acompanhamento para prevenir os efeitos nefastos e proporcionar uma adaptação gradual à realidade e por último encerrar o diálogo (Mochel et al, 2010).

Nas situações de PCR, embora não tenhamos a autonomia nem o dever de comunicar um óbito, quando nos questionam “o que tem?” podemos informar e preparar os familiares sobre o estado da pessoa, muitas vezes consciencializando-os para a gravidade da situação e do seu prognóstico. É perceptível o nível de expectativa que alguns populares/familiares depositam nos profissionais que muitas vezes não corresponde ao pretendido pelos mesmos. A qualidade da relação entre profissional – doente - família não só determina a satisfação dos doentes assim como pode provocar mudanças na forma como este visualiza a sua doença, podendo criar nele armas de confrontação e aceitação da doença e com isto melhorar a sua qualidade de vida. Contudo é gratificante depois de todo o esforço (e mesmo apesar dos casos de óbito) perceber que nem tudo foi “em vão” e muitos familiares abordam-nos na ambulância e agradecem por “tudo o que foi feito”. A comunicação deve assentar na escuta ativa, demonstrando disponibilidade para ouvir o doente, com uma atitude calma e proporcionando um ambiente de privacidade de forma a favorecer a expressão de emoções (Twycross, 2003).

A atividade que ficou por realizar neste objetivo foi a ativação do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) reencaminhando pessoa ou família nas situações que o exigiam. Foi possível a sua identificação e verbalização à equipa que acompanhava numa situação de PCR numa vítima de 50 anos após eletrocussão visualizada pela filha de 20 anos, a qual presenciou de perto e durante um período de tempo considerável o estado clínico do pai assim como toda a intervenção da equipa. Sentimos que foi uma situação de grande exposição do familiar à situação traumática e que dada a idade e contexto social da jovem (que não tinha mãe) aquela poderia vir a ser uma situação de crise e sofrimento psicológico. Contudo não foi efetuado qualquer referenciação ao CAPIC, uma vez que estes têm critérios muito próprios e definidos de intervenção que nos ultrapassam como enfermeiros,

contudo é da nossa responsabilidade enquanto profissionais e futuros EE a identificação e reencaminhamento destas necessidades.

Relativamente ao SU por assistirmos diariamente a um elevado número de doentes e em que o tempo se esgota facilmente pode-se induzir que os seus profissionais se descentrem da componente relacional e comunicacional em virtude das tarefas a executar. A comunicação é um dos aspetos mais importantes do cuidado de enfermagem, transmitindo uma melhor assistência ao doente e à sua família que vivenciam ansiedade e stresse decorrentes do processo de hospitalização (Oriá, Moraes, Victor, 2004). Segundo Parreira, 2005 passamos 70% do tempo a comunicar sendo que esta palavra significa “colocar em comum”, a comunicação torna-se verdadeiramente relevante numa organização.

O modo como nos relacionamos depende em grande parte da habilidade adquirida na comunicação.

O grande desafio ao qual nos abarcamos para o atingimento deste objetivo foi o de desenvolver competências na área da comunicação com o doente e família em situação crítica, envolvidos neste ambiente de stress e sofrimento, identificando o impacto psicológico da situação de urgência quer no doente quer no seu familiar, uma vez que a recorrência a um SU pode estar envolvida em sofrimento, medos, preocupações e stress nos doentes e familiares.

De facto, a família é um grande contributo para a melhoria do estado clínico, reabilitação e bem-estar do doente, sendo o nosso potencial aliado no cuidado. Contudo, necessita que lhe assegurem também acolhimento, respeito e cuidado nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica do doente. Assim, uma correta conceção de cuidado implica cuidar também dos familiares dos doentes que assistimos, a equipa de enfermagem pode e deve integrar o familiar do doente na dinâmica e decisões do cuidado ao doente. (Squassante et al, 2009).

A área da psiquiatria possibilitou-nos algumas experiências onde utilizamos técnicas de comunicação interpessoal que fundamentassem uma relação terapêutica com os doentes e familiares. Tivemos contacto com alguns doentes em agitação psicomotora e agressividade onde tivemos que utilizar

várias estratégias de comunicação e postura firme e persuasiva perante os doentes. Foram comuns as recorrências por alteração de comportamento em doentes com depressão crónica, que eram muitas vezes levados pelos seus familiares exaustos. Tivemos para com estes uma demonstração de disponibilidade e compreensão para com a sua situação e para o esclarecimento de qualquer dúvida, possibilitando a muitos um momento de maior privacidade e repouso nos gabinetes médicos enquanto controlavam o familiar agitado.

Nas áreas amarela e laranja, num ambiente repleto de solicitações de inúmeros doentes e acompanhantes, a nossa simples presença junto de um doente, o interesse genuíno pela sua situação de vida e o nosso envolvimento no processo de cuidar, é capaz por si só transmitir ao familiar interesse e segurança e advir dele grande colaboração. (Silveira et al, 2005). Admitimos que esta colaboração com e dos familiares, é muito difícil em determinadas áreas do SU. A área amarela é considerada a mais problemática, na medida que a presença de acompanhantes acresce aos enfermeiros o número de solicitações, de preocupações, dificultando por vezes a sua mobilização naquele espaço físico e limitando muito a privacidade da comunicação com os doentes em geral. Contudo, alertamos para a utilidade da Carta dos Direitos do Doente Internado publicada pelo Ministério da Saúde e posteriormente pela Direção-Geral de Saúde e Comissão de Humanização, onde estão manifestas situações que justifiquem o acompanhamento em permanência do doente internado, situações essas (entre outros não incluídos neste contexto dos estágios realizados) dizem respeito aos doentes com deficiências, com problemas de comunicação ou alterações de natureza psicológica, doentes em situação terminal e doentes no serviço de urgência. (Entidade Reguladora da Saúde,2011).

Existe por parte dos profissionais e da instituição uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família do doente, contudo, estas relações não são tão lineares nem exercidas da mesma forma em todas as situações e em todas as áreas. Pois se numa determinada situação se denotam atitudes de respeito, solidariedade, zelo e preocupação por parte dos enfermeiros, noutras, há manifestações de poder, resistência e confronto (Lautert et al, 1998). Este foi um tema várias vezes por nós debatido

com os colegas. Uma vez que numa situação de urgência/emergência se por um lado temos a família imersa de dúvidas, sensibilizada, com necessidades de expressar emoções e expectativas, por outro lado temos uma equipa sobrecarregada, imersa em inúmeras tarefas a cumprir. Segundo Lautert (1998) isto conduz a uma desconsideração do familiar, ignorando-o por meio de um tratamento autoritário ou de indiferença, revelando uma hegemonia da qual, de certa forma, a equipe de enfermagem se apodera no momento.

Nas áreas amarela e laranja, a presença frequente dos acompanhantes, por norma cuidadores informais, permitiram-nos perceber o estado emocional de alguns cuidadores, os seus recursos e necessidades e uma vez detetadas, tivemos o dever e autonomia de as reportar à enf^a tutora e encaminhar para apoio diferenciado tal como apoio social, psicológico ou psiquiátrico.

Com base nesta experiência profissional proporcionada em estágio e na necessidade de contribuir para uma maior compreensão e sensibilização da realidade que envolve o cuidador informal, foi elaborada uma revisão integrativa sob a forma de artigo científico com o objetivo de despertar os enfermeiros para as necessidades do cuidador informal e para o investimento que deverá ser efetuado na prevenção do stress ao qual os cuidadores estão sujeitos, auxiliando na preservação do seu equilíbrio bio-psico-espiritual. O artigo científico por nós elaborado e que pode ser consultado em anexo IX constituiu uma voz que foi aceite com entusiasmo pela enf^a chefe do SU e solicitado para fazer chegar a todos os enfermeiros da sua equipa.

Em suma, podemos concluir que no que concerne à comunicação, detetamos diferenças significativas do doente do internamento em oncologia e do doente do SU que maioritariamente querem falar sobre o processo de doença, que contrastou com doentes da UQ/UCE fechados em si mesmo, com pudor da sua exposição física dada a situação traumatizante do acidente difícil de abordar. O contacto com a vulnerabilidade emocional e fisiopatológica do doente permitiu-nos a aquisição de técnicas de comunicação bem diferenciadas das utilizadas no nosso quotidiano profissional.

Com este objetivo adquirimos competências na gestão e comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à

sua situação de alta complexidade do seu estado crítico; na assistência à pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde e reconhecimento atempado da necessidade de profissional especializado (psicólogo) na assistência à família da vítima e a aquisição de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família no respeito pelas suas crenças, culturas e decisões.

Assegurar a prestação de cuidados que demonstrem a existência de conhecimentos na área da EEMC

As atividades seguidamente apresentadas foram especificamente desenvolvidas na UQ/UCE e permitiram a consecução do objetivo apresentado. As atividades foram: avaliação apropriada da dor ou sinais de desconforto no doente queimado; observação de indicadores não-verbais de dor; monitorização e interpretação das funções ventilatórias e hemodinâmicas do doente; aquisição de conhecimentos que permitam ajustar a terapêutica ao doente (mediante a instabilidade hemodinâmica); manipulação correta dos CVC'S e linha arterial (LA); avaliação e monitorização as queimaduras; encorajamento ao autocuidado, dentro das possibilidades do doente; intervenção na prevenção e controlo de infeção do doente internado na UQ/UCE; aplicação de conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante a frequência da EEMC em contexto de prestação de cuidados ao doente internado na UQ/UCE; prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos.

Ao logo do estágio na UQ/UCE tivemos inúmeras oportunidades de aperfeiçoar procedimentos e técnicas de enfermagem e adquirir outros que para nós constituíam a novidade, nomeadamente a avaliação de PVC (Pressão Venosa Central), acompanhamento de doentes no pré e pós cirurgia de auto-transplante de pele, manipulação e manutenção de CVC (cateteres venosos centrais) de vários lúmenes com protocolos terapêuticos complexos.

O facto de irmos de um serviço onde o risco de instabilidade hemodinâmica e choque anafilático é grande, obrigados a visualizar e analisar fisicamente o doente para à posteriori confirmar ou não algum risco para o

mesmo, na unidade de queimados, o facto de os doentes estarem monitorizados facilita muito a nossa aprendizagem porque rapidamente nos apercebermos das repercussões hemodinâmicas de um determinado fármaco ou procedimento, isto é de facto importante para noutros contextos profissionais em que os doentes não estão monitorizados, conseguirmos estabelecer uma vigilância mais adaptada aos sinais e sintomas dos doentes. Relativamente ao controlo da dor, consideramos sempre um tema de grande curiosidade pessoal, por isso foi um tema várias vezes discutido com a equipa de enfermagem e médica a fim de nos esclarecer melhor sobre determinados aspetos relacionados com a potencialização das ações analgésicas, farmacodinâmicas, biodisponibilidades, pico de ação e efeitos secundários dos analgésicos e sedativos utilizados.

Retiramos da experiência com doentes ventilados e sedados que existem por eles manifestados vários sintomas de desconforto visíveis por reações de hiperatividade dos membros, expressão facial, taquicardia ou hipertensão, entre outros. Como afirma Pereira (2010) a dor é uma experiência física e emocional que quando não controlada pode causar danos graves ao doente. Assim, como profissionais de saúde não devemos subestimar a vivência de dor pelo doente e devemos proporcionar aos nossos doentes o máximo conforto e funcionalidade possível, avaliando, determinando e implementando um plano individualizado de gestão da dor que se apoia em princípios básicos como as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o comprimento do exposto na respetiva escala analgésica.

Reportando-nos ao INEM, é indiscutível o desempenho do enfermeiro e o papel de grande responsabilidade no atendimento ao doente crítico, uma vez que participa e é responsável pela primeira abordagem/avaliação efetuada no local da assistência.

A avaliação inicial tem como objetivo despistar situações que se associam ao risco imediato de vida, onde se inclui: controlo da via aérea e coluna cervical; ventilação; circulação com controlo de hemorragias, avaliação neurológica e exposição com controlo da temperatura (Nunes & Meira & Martins, 2009) Nas ativações SIV e VMER tivemos varias oportunidades de participação e colaboração participativa em situações de emergência,

proporcionando cuidados de saúde diferenciados tais como manobras de reanimação pré-hospitalar, administração de fármacos e utilização de equipamentos adequados até à chegada ao hospital o que nos permitiu monitorizar e interpretar as funções ventilatórias e hemodinâmicas do doente, prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade hemodinâmica e adquirir experiência na abordagem e assistência à pessoa em situação crítica, reconhecendo prioridades de tratamento e atuação em consonância. Na SIV contactamos pela primeira vez com os vários protocolos de atuação complexos e a manutenção de um contacto com o CODU para transmissão de dados sobre o estado e evolução do doente e a validação de terapêutica e procedimentos a instituir e receber instruções médicas. O enfermeiro na equipa pré-hospitalar é dotado de conhecimentos, experiência e sensibilidade rápida e eficaz para efetuar uma abordagem primária ao doente crítico e instituir prioridades no seu atendimento.

Sete das ativações em meios INEM diferenciados (SIV e VMER) foram de trauma, curiosamente a abordagem onde depositávamos maior interesse. Pudemos assim, contactar com a especificidade da abordagem da vítima de trauma, o manuseamento dos vários materiais e utilização das várias técnicas de imobilização. Tivemos assim oportunidade de abordar as especificidades do trauma, trabalhando em conjunto com outras equipas de salvamento e socorro.

A forma como é realizada a primeira abordagem ao doente politraumatizado marca o sucesso ou não da nossa intervenção, pois a estabilização da vítima e a preparação desta para o transporte é da nossa total responsabilidade. Desta forma, consideramos importante compreender a cinemática do acidente uma vez que todo o trauma se inicia com transferência de energia para o corpo (Nayduch, 2011). Como é do conhecimento geral o traumatismo constitui uma das principais causas de morte em Portugal, atingindo maioritariamente os grupos etários mais jovens. Nunes, Meira e Martins (2009) afirmam coexistir na sociedade atual grande sinistralidade rodoviária, elevado consumo de álcool, deficientes níveis de proteção laboral e estratégias preventivas e coercivas ineficientes.

A atividade deste objetivo que ficou por realizar foi a assistência e participação em situações de gestão de incidentes multi-vítimas.

No estágio em SU, a sala de emergência proporcionou a mobilização de conhecimentos e experiências de situações de falência iminente das funções vitais da pessoa assistida, desde Enfarte Agudo do Miocárdio, Edema Agudo Pulmonar, AVC, falência respiratória, PCR até situações invulgares como o síndrome de Burgada.

A exposição do corpo indubitavelmente necessária a muitos procedimentos invasivos em contexto de emergência foi sempre muito bem colmatada pelos enfermeiros, quer na preservação da privacidade com o uso de cortinas quer na prevenção de perdas de temperatura com o uso de lençóis aquecidos e mantas insufláveis de ar aquecido.

Relativamente à monitorização das funções ventilatórias e hemodinâmicas do doente, conhecemos e manuseamos os vários materiais de monitorização invasiva no doente, tais como o cateter de monitorização da Pressão Intracraniana, Linha Arterial para monitorização da Pressão Venosa Central, entre outros. De facto, a enfermagem tem um papel fundamental na monitorização hemodinâmica do doente perante os dispositivos invasivos e os monitores cada vez mais sofisticados. Este foi um grande contributo profissional deste estágio na monitorização e interpretação das funções ventilatórias e hemodinâmicas do doente. O conhecimento acerca da monitorização hemodinâmica do doente, ajuda a desenvolver a capacidade de decisão clínica uma vez que o simples registo de dados numéricos (do monitor) é sujeito a uma interpretação e análise de modo a formular um plano de cuidados de enfermagem apropriado. (Mota et al, 2006).

Com o corrente objetivo adquirimos competências na gestão e interpretação da informação proveniente da nossa formação inicial, experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada.

Demonstrar capacidade de reagir perante situações de urgência imprevistas e complexas na área da EEMC

As atividades preconizadas para a consecução deste objetivo nos três campos de estágio oram: identificação de situações de urgência/emergência, imprevistas ou complexas e em colaboração com os restantes profissionais de saúde; colaboração com a equipa multidisciplinar, atuação em conformidade com as normas vigentes e protocolos definidos, de modo a garantir a sua reversão e/ou estabilização; antecipação e implementação de intervenções de enfermagem apropriadas a situações de urgência e emergência, através da deteção de focos de instabilidade prováveis de desencadear tais situações; gestão de prioridades nos cuidados prestados e monitorização e avaliação das respostas aos problemas identificados. Estas atividades foram transversais aos três módulos de estágio.

Consideramos que na UQ/UCE as contingências dos turnos não permitiram a consecução de todas as atividades propostas. Relativamente às situações de urgência/emergência vivenciamos apenas uma aquando a admissão de uma doente 100% queimada em falência multiorgânica e grande instabilidade hemodinâmica. O que realmente sentimos quando recebemos a doente e vimos pela primeira vez uma pessoa 100% queimada, foi de uma profunda consternação, pena, revolta pela impiedade da vida para com aquela pessoa. Após a receção da doente na antecâmara do serviço que veio transportada diretamente pelo INEM, visualizamos um corpo gravemente queimado, irreconhecível e rapidamente a transferimos para a unidade. De repente estávamos 5 elementos a prestar cuidados de conforto e foram provavelmente as 2 horas mais difíceis da nossa vida profissional. Quando a tutora nos instruiu para remover a pele queimada, seca e dura, à qual chamam de “couraça” foi difícil “confiar” que aquela pessoa estava efetivamente sedada e analgesiada. Foi um ato “violento” destacar uma pele com unhas a ela fixas. Foram momentos tensos, difíceis e suficientemente críticos que jamais iremos esquecer. Saímos da unidade visivelmente perturbados e regressamos ao lar incomodados. Isto fez-nos refletir sobre a carga emocional da nossa profissão que interfere inevitavelmente na nossa vida pessoal.

Concluimos que nunca a expressão “bio-psico-social” fizera tanto sentido! Somos um só, tal como os nossos doentes e embora o dia a dia profissional imponha o distanciamento da vida pessoal para a vida laboral, podemos mais facilmente esquecer os problemas pessoais no trabalho, mas nem sempre é fácil deixar visões profissionais destas ao entrar em casa. Porém, esta situação apesar de refletida à posteriori foi uma situação de urgência/emergência imprevista na qual adotamos uma postura segura e rapidamente colaboramos com a equipa multidisciplinar auxiliando nas intervenções para as quais nos sentíamos mais seguros e autónomos, nomeadamente na preparação de perfusões e na execução de pensos com os “postigos” (pensos grandes revestidos de gaze gorda).

Relativamente ao estágio em contexto pré-hospitalar todo ele foi caracterizado pela imprevisibilidade e ocorrência de situações complexas, o que constituiu uma vivência enriquecedora pelo elevado número de situações inaugurais que nos proporcionou. No percurso em ambulância até ao local das ocorrências, foi fundamental o planeamento das atividades, para garantir o bom funcionamento da equipa e a localização de material e equipamento por vezes pouco utilizado. Foi o caso de uma ativação para uma criança de 2 anos vítima de intoxicação por monóxido de carbono em que durante o tempo de espera no *rendez-vous* a equipa VMER foi partilhando conhecimentos sobre dosagens de administração de fármacos e localização do material de abordagem pediátrica que não é tão frequentemente utilizada. Nas situações de trauma, edema agudo pulmonar e arritmias cardíacas foi possível em alguns casos identificar situações de pré PCR ou complicações imprevistas ou complexas e em colaboração com os restantes profissionais de saúde.

Também no estágio no SU constatamos a pluralidade de situações imprevistas e complexas/emergência que exigem do enfermeiro a capacidade de responder, eficazmente, perante essas adversidades. Assim foi possível não só colaborar com a equipa multidisciplinar, atuar em conformidade com as normas vigentes e protocolos definidos, de modo a garantir a sua reversão/estabilização, gerir prioridades na assistência prestada e monitorizar e avaliar as respostas aos problemas identificados. Participamos e colaboramos

com a equipa da sala de emergência na admissão, estabilização e transferência e encaminhamento de muitos doentes.

As situações de Urgência e Emergência definem-se como sendo situações de instalação súbita nas quais se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais, respetivamente. (Despacho do Gabinete do Ministério da saúde, 2006). Seriam estas as razões que fariam as pessoas recorrerem a um SU, um serviço de ação médica hospitalar e multiprofissional, que tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas (despacho normativo nº11). Contudo, tal não se verifica, uma vez que existe uma crescente procura de cuidados médicos, concomitante a uma crescente dificuldade na sua acessibilidade (Oliveira, 2006). Porém, segundo este mesmo autor, fácil acessibilidade, opinião favorável do SU e confiança na organização hospitalar contrária à falta de confiança nos cuidados de saúde primários, são fatores causadores de uma inadequada utilização do SU.

Durante a assistência ao doente na sala de emergência, detetamos uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes. A comunicação verbal era escassa, mas todas as necessidades do doente eram rapidamente atendidas por todos os profissionais envolvidos e empenhados na estabilização do doente. Assim foi possível não só colaborar diretamente com a equipa multidisciplinar, atuar em conformidade com as normas vigentes e protocolos definidos, de modo a garantir a sua reversão/estabilização, gerir prioridades na assistência prestada e monitorizar e avaliar as respostas aos problemas identificados.

Com este objetivo adquirimos competência na dinamização e colaboração eficaz de uma resposta a situações inesperadas, complexas, da conceção à ação.

Desenvolver/ Aperfeiçoar competências a nível da gestão dos cuidados de enfermagem na área da EEMC

Numa era de dificuldades económicas do país, a saúde é o pilar mais afetado pelas políticas institucionalizadas uma vez que as instituições de saúde constituem uma grande parte da despesa do estado. A sustentabilidade financeira do SNS é um dos principais problemas atuais face a uma insustentabilidade geral das finanças públicas (Nunes, 2008). Contudo, embora vejamos diariamente um corte em recursos humanos e materiais, é da nossa responsabilidade a criação de normas e protocolos que garantam a qualidade dos cuidados prestados para que estes não sejam sacrificados em prol de medidas político-económicas. A enfermagem tem grande importância na qualidade dos materiais utilizados na prestação de cuidados, uma vez que é responsável pela manutenção da qualidade destes e depende dos mesmos na qualidade da sua assistência (Honório et al, 2005)

A gestão é uma área de intervenção da enfermagem com uma grande importância estratégica e primordial para a qualidade dos serviços prestados por qualquer unidade de saúde. Os enfermeiros gestores constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Assim a gestão deve privilegiar as práticas que agregam valor ao cliente e otimizem o seu próprio desempenho (Mezomo, 2001).

Os três campos de estágio permitiram-nos o desenvolvimento das seguintes atividades: análise do papel do EE; participação na gestão de recursos materiais nomeadamente na gestão de stocks em cooperação com enfermeira tutora e enfermeira chefe; identificação das tarefas desempenhadas pela enfermeira chefe e enfermeiras coordenadoras de equipa; promoção e respeito pelas medidas de combate à infeção adquiridas nos cuidados de saúde; realização de entrevistas informais à enfermeira chefe com intuito de aferir o modelo de gestão adotado; observação da gestão de recursos humanos na realização de horários de enfermagem assim como na elaboração de planos de trabalho nos diferentes turnos, pela enfermeira chefe e

identificação das tarefas desempenhadas pelo coordenador de equipa, assim como a sua interação com a equipa multidisciplinar.

O estágio na UQ/UCE possibilitou-nos a participação na gestão da dinâmica do serviço, recursos materiais necessários e prestação de cuidados de enfermagem. Aquando a elaboração da nossa formação sobre a antissepsia cutânea com clorhexidina, participamos com a nossa opinião nas escolhas de material para a prestação de cuidados (nomeadamente agente de antissepsia cutânea). O conhecimento do custo dos recursos materiais utilizados fez-nos refletir sobre mecanismos que garantissem a sua correta utilização e o controlo dos gastos, assegurando sempre a qualidade dos cuidados prestados. Falamos com alguns colegas sobre o aproveitamento dos materiais utilizados nos pensos, nomeadamente os boiões de 1kg de sulfadiazina de prata que ao serem utilizados em pequenas superfícies cutâneas queimadas, poderiam ser acondicionados devidamente (mantendo a sua esterilidade e atividade) e utilizados no dia seguinte. Esta pomada era aplicada com 3-5 mm de espessura, e em seguida, coberta com camada de gaze (Ragonha, 2005).O mesmo acontece com as caixas de gaze gorda que são também desperdiçadas em grandes quantidades.

O acompanhamento da tutora que possuía funções de responsável do serviço, possibilitou-nos a observação e participação de muitas atividades no âmbito da gestão do serviço, como por exemplo a elaboração do horário e a gestão dos recursos materiais e humanos.

Também no estágio em meios INEM, tivemos a vantagem de fazer a maioria dos turnos com uma coordenadora da equipa na base da SIV de Amarante, com a qual foi possível identificar as tarefas desempenhadas por um coordenador de equipa, assim como a sua interação com a equipa multidisciplinar e participar na gestão de recursos materiais, nomeadamente na gestão de stocks. Embora não tenhamos tido a oportunidade de participar na gestão de recursos humanos assim como na elaboração de horários, porque esta atividade coincidiu com o momento de integração das SIV nos serviços de urgência básica o que dificultou a disponibilidade do profissional para a concretização deste objetivo, apercebemo-nos da dificuldade da mesma pelas

horas extraordinárias dos funcionários com o objetivo de manter sempre o meio operacional, o que mobiliza um esforço coletivo e individual dos profissionais.

Relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) consideramos uma realidade para a qual o profissional deverá dirigir o seu olhar crítico considerando as suas implicações na segurança dos doentes. Esta foi uma área sobre a qual dirigimos a nossa atenção e opinião com os profissionais, promovendo e respeitando as medidas de combate à infeção adquiridas nos cuidados de saúde, sensibilizando para aspetos essenciais que se prendem com a importância de prevenir as IACS, que atualmente constituem uma grande dificuldade de tratamento dos doentes em todo o mundo, sendo reconhecida como causa importante de morbilidade, mortalidade e consumo de recursos hospitalares e da comunidade, assumindo por isso grande importância no SNS (Sistema Nacional de Saúde) (Pereira et al, 2005). Evidencia-se cada vez mais um investimento na formação académica sobre a problemática do controlo de infeção, existindo inclusive no nosso curso uma disciplina com este objetivo.

A questão da lavagem das mãos nas ambulâncias dos meios INEM com a água engarrafada e parada e a falta de solução alcoólica foram objeto da nossa reflexão, concluindo que a desinfeção das mãos com solução alcoólica é preferida à lavagem das mãos com água bacteriologicamente contaminada.

Ao longo do estágio no SU promovemos e respeitamos as medidas de combate às IACS, tendo sempre como princípio orientador a importância da prevenção efetiva de infeções como um indicador da qualidade dos cuidados prestados. A reutilização das campânulas de colheita de sangue, a falta de uso de equipamento de proteção individual na admissão de um doente, assim como a falta de proteção prestada aos sacos coletores de urina que contactavam diretamente com o chão do serviço, foram alguns dos aspetos sobre os quais refletimos e partilhamos com os enfermeiros com o objetivo de os sensibilizar e gerar mudança de comportamentos. A maior parte das atividades preconizadas para este objetivo foram concretizadas graças à colheita de dados efetuada com a entrevista à enf^a chefe do SU que não constituirá anexo deste relatório.

Na análise do papel de EE na equipa e na gestão dos cuidados reafirmo a nossa responsabilidade em promover comportamentos na equipa

estimulando à investigação, formação em serviço, utilização eficaz e racional dos recursos utilizados, sendo assim possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos.

Para desempenhar o papel de gestor em enfermagem é necessário incorporar características tais como a criatividade, intuição, interação, empreendedorismo, capacidade de atualização e de relacionamento interpessoal. (Munani & Bezerra, 2004).

Após consulta de literatura sobre as competências dos enfermeiros ao nível da gestão, podemos concluir que a liderança, a motivação da equipa, a comunicação e a relação interpessoal são algumas das características necessárias.

A crescente elevação dos custos na saúde vem impor aos profissionais novos desafios, na aquisição de conhecimentos sobre os custos e a racionalização dos mesmos para a manutenção do equilíbrio entre os mesmos e a qualidade dos cuidados.

O ICN lançou algumas recomendações para auxílio na rentabilização dos cuidados de enfermagem (Francisco, I. n & Castilho, V., 2002). Entre outros, são eles a promoção da enfermagem como um recurso fundamental de cuidados rentáveis e como um fator de importante contribuição nas tomadas de decisão sobre os gastos em cuidados à saúde; a oferta de oportunidades educativas para obtenção de conhecimentos sobre princípios financeiros, fixação de orçamento e utilização de recursos, eficácia dos serviços e formação administrativa e de liderança centrada em ajudar os enfermeiros a controlarem a utilização de recursos e promoverem métodos para o cálculo de custos, destinando o recurso financeiro apropriado à qualidade do cuidado e a promoção da investigação para validação de metodologias de cálculo de custos. (Francisco I & Castilho V., 2002.)

Na reta final do estágio, conseguimos a realização de uma entrevista informal à enf^a Chefe do SU e ela foi de tal forma enriquecida com as suas experiências pessoais e profissionais que rapidamente atingimos as atividades preconizadas para este objetivo. Com ele adquirimos as competências no âmbito da gestão dos cuidados e os recursos humanos e materiais, na área da EEMC e zelo pelos cuidados prestados na área da EEMC.

3. CONCLUSÃO

A nossa preocupação com as questões da visibilidade e credibilidade científica da nossa profissão não são recentes. Contudo, após a conclusão da unidade curricular Estágio do CPLEEMC conseguimos detetar algumas mudanças significativas no nosso comportamento profissional, tais como a inovação da nossa prática, da nossa capacidade crítica, de comunicação e relação no processo de pensamento em enfermagem e tomada de decisão, na idealização de grandes projetos que acreditamos que possam na coletividade propulsionar com maestria a nossa profissão.

Na responsabilidade de futuros EE, teremos de ver assegurados um corpo de conhecimentos teóricos sólido, princípios éticos e morais enraizados, autonomia consciente e otimização da gestão e qualidade dos cuidados prestados. Levamos deste curso a consciencialização da pertinência do EE na mobilização de saberes mais atuais na responsabilidade pela formação científica dos nossos colegas e do impulso para a mudança. Urge uma forte vontade e espírito de sacrifício pela luta do reconhecimento e respeito pela nossa profissão tal com ela é merecedora.

Consciencializamo-nos pela primeira vez do grau de exigência que a nova era de enfermagem dita: o processo de qualificação do saber, da produção científica de conhecimento efetivamente importante para a visibilidade da nossa profissão como ciência capaz de dar as melhores respostas às necessidades reais de indivíduos (Bork,2003). Há que refletir individualmente como profissionais e coletivamente como profissão.

Como contributos do estágio nos meios INEM levamos a tomada de decisão concreta, rápida e eficaz adaptada a um timing de urgência/emergência, o desenvolvimento de estratégias de comunicação de más notícias e de abordagem relacional com as pessoas em vivencia de stress. O relacionamento interpessoal com vários intervenientes da cadeia de sobrevivência tais como BV, TOTE, TAE, enfermeiros, médicos, entre outros. O

pensamento crítico-reflexivo e a capacidade de interligação de conhecimentos interdisciplinares, deteção de necessidades e sugestão de projetos de melhoria, foram contributos deste estágio que estão na base do perfil de um futuro EE.

O SU possibilitou-nos vasto leque de conhecimentos e competências técnicas, que nos permitiram adquirir um certo grau de confiança, segurança e eficácia; uma maior habilidade na comunicação e relação terapêutica dado o variado número de pessoas com etnia, raça e cultura diferentes que contactamos e ainda a perspicácia na tomada de decisões e capacidade de análise e resposta que proporcionou o contacto com vários doentes do foro crítico em situação de urgência/emergência.

Entre os contributos oferecidos por nós ao local de estágio que integramos, destacamos o constante questionamento dos profissionais sobre todas as intervenções e tomadas de decisão, o que os levou a refletir sobre o que executavam instintivamente e por rotina. Destacamos ainda a nossa capacidade de integração de conhecimentos científicos atualizados e a sua mobilização e adaptação ao contexto laboral do SU. A partilha destes conhecimentos, assim como a transmissão dos resultados científicos de alguns estudos, estimulou nos enfermeiros uma maior consciencialização da prática baseada na evidência e da importância da investigação na construção da nossa identidade e valorização profissional.

Os estágios proporcionados pela unidade curricular possibilitaram-nos uma realidade rica em experiências relativas ao doente crítico, um ambiente propício ao confronto de dificuldades sentidas, de necessidades identificadas e implementação de estratégias de resolução de problemas.

Consideramos que o estágio na UQ/UCE nos ofereceu grandes contributos, nomeadamente no aumento do corpo de conhecimentos relativos à classificação de queimaduras (etiologia, extensão e profundidade), aos agentes tópicos comprovadamente úteis na realização dos pensos, ao estabelecimento de uma relação terapêutica e comunicação com o doente queimado, à abordagem dos familiares e à sua importância na reabilitação do doente e ainda à relevância das medidas de controlo de infeção ao doente imunodeprimido e susceptível a sépsis. A área da reconstrução plástica das queimaduras foi também uma vertente inaugural na nossa experiência profissional e na

mobilização de conhecimentos académicos relacionados com a analgesia do doente e à preparação pré e pós-cirúrgica.

O INEM proporcionou-nos o desenvolvimento da capacidade de lidar com o imprevisto, o estabelecimento de um discurso pessoal fundamentado relacionado com questões complexas anteriormente não debatidas tais como a ONR, testamento vital e consentimento informado nos adultos incapazes e ainda o sentido de responsabilidade profissional na liderança de equipas (SIV) e na cooperação com os diversos grupos profissionais e de responsabilidade cívica na colaboração com todos os meios pertencentes do SIEM.

O SU contribuiu para o desenvolvimento não só do nosso corpo de conhecimentos sobre intervenções de enfermagem pela multiplicidade de casos apresentados assim como da nossa capacidade de estabelecer prioridades, de desenvolvimento de destreza manual e rapidez de ação, autocontrolo emocional face às situações de grande tensão, aperfeiçoamento de técnicas de comunicação e de capacidade de trabalhar em equipa

Tanto o SU como o INEM contribuíram para o conhecimento, manuseamento e consciencialização da importância da abordagem e dos materiais utilizados nas vítimas de trauma. De forma similar a todos os campos de estágio, a sensibilização e consciencialização da importância da satisfação das necessidades e manutenção do bem-estar bio-psico-social do cuidador informal constituiu igualmente um contributo profissional relevante.

No que concerne aos contributos oferecidos aos locais de estágio, de uma forma geral e sumária podemos afirmar que o nosso espírito crítico, a atitude de questionamento e inconformismo sobre aspetos problemáticos e temas discutíveis e complexos foram bastante vantajosos quer para os profissionais quer para os serviços pelos quais passamos. Em todos eles deixamos contributos científicos de conhecimentos mais atualizados sobre determinadas temáticas comumente enfrentadas nos seus quotidianos profissionais. As revisões de conteúdo efetuadas não só contribuíram para o aumento e segurança do nosso corpo de conhecimentos assim como para a melhoria dos cuidados prestados. A elaboração de artigos de revisão integrativa sobre a sobrecarga do cuidador informal e sobre o uso da cloro-hexidina na prevenção das bacteriémias associadas ao CVC e a de estudos de

caso sobre a questão “Poder Morrer” foi para nós inaugural, através dos quais não só contribuímos para a sensibilização e formação aos serviços como também contribuíram para a afirmação da nossa identidade profissional como EE produtores de conhecimento. Mobilizamos conhecimentos e experiências profissionais para cada campo de estágio com criatividade e pró-atividade na pesquisa e produção de conhecimentos úteis na *praxis* de qualidade.

Desta forma julgamos ter desenvolvido todas as competências anteriormente projectadas através das atividades preconizadas e do estabelecimento dos objetivos correspondentes esperáveis ao EE em EMC.

O tempo limitado para a realização das atividades preconizadas, concomitantemente à necessidade impetuosa de assimilar a novidade de experiências e conhecimentos inaugurais proporcionados pelos estágios constituíram uma adversidade.

Relativamente ao SU as necessidades de mudança identificadas raramente foram objecto de resolução, podemos identificar a rigidez e inflexibilidade do plano de formação como uma limitação à implementação de estratégias formativas para as necessidades identificadas.

O estágio no INEM na nossa perspectiva deveria ser constituído por número de turnos e meios adaptados às preferências académicas de cada aluno, uma vez que a nosso ver os turnos efetuados em SBV não parecem constituir interesse formativo pois não comportam a intervenção do enfermeiro. As restantes atividades foram desempenhadas com grande interesse e receção nos restantes campos de estágio.

Como sugestões de melhoria para o CPLEEMC podemos identificar o aumento da diversidade dos campos de estágio e o alargamento do período de horas de contacto no serviço, o que possibilitaria a adaptação das preferências pessoais e académicas dos alunos assim como uma maior oportunidade interventiva.

Estamos convictos que o EE está capacitado para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor e interveniente da saúde integral do ser humano (OE, 2007). Deste modo, pretendemos como futuros EE em EMC atuar no domínio de uma Enfermagem diferente, que se designa por “Enfermagem Avançada”, um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina (Silva, 2007).

A nossa profissão tem a necessidade impetuosa de se afirmar como profissão produtora de saber acompanhando a evolução científica e tecnológica, é neste âmbito que se incluem os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, uma vez que oferece ao aluno-profissional oportunidades científicas e profissionais e uma atualização de conhecimentos que estimulam no sujeito capacidades e competências jamais descobertas numa estagnação académica.

Antevemos para o futuro uma atualização constante de conhecimentos científicos e o investimento crescente na investigação em enfermagem proporcionados pelo ingresso no doutoramento em área de interesse a definir. Assim pretendemos contribuir para a afirmação da profissão independente e enquanto ciência produtora de saber.

Terminamos este relatório com uma citação de Marthin Luther King que faz jus ao percurso transitado “Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes” consciente da fase de grande investimento profissional e esforço pessoal vivenciados e vindouros, sabemos que do percurso que acabamos de iniciar, ao futuro que pretendemos, dista ainda um longo caminho!

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte , I.P. 2009. Implementação das Vias Verdes na Região Norte. Uma dupla questão: Qualidade e Equidade
<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Not%C3%ADcias/6D416343FD012A93E040140A110264D3>[Consult. 22 Out. 2012]
- Administração Regional de Saúde do Norte, 2009. Seminário sobre o Consentimento Informado e o papel das Comissões de Ética para o seu correto uso; Ministério da Saúde
- Benner, P. 2001. De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Bork, A. 2003. Enfermagem de Excelência: Uma visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Chaves, E. 2004. Sua Escola a 2000 por Hora: Educação para o desenvolvimento humano pela tecnologia digital. São Paulo: Ed. Saraiva/Instituto Ayrton Senna
- Craig, J.; Smyth, R. 2004. Prática Baseada Evidência: manual para enfermeiros. Lusociência
- Domenico E.; Ide C. 2003. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.1 Ribeirão Preto Jan./Fev.
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf> [Consult. 15 Out. 2012]
- Entidade Reguladora da Saúde, 2011. Relatório sobre “A carta dos Direitos dos Doentes”: Draft preliminar.
http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/Relatorio_Carta_Direitos_Utente_s.pdf [Consult. 8 Abr. 2013]

- Francisco I, Castilho V. 2002. A enfermagem e o gerenciamento de custos. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3): 240-4.
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a04.pdf>
[Consult. 11 Abr. 2013]
- Grupo de Trabalho de Urgências, 2006. O serviço de Urgência
Recomendações para uma organização dos cuidados urgentes e emergentes. Portugal, Ministério da Saúde
- Honório, M; Albuquerque, G. 2005. A gestão de materiais em enfermagem. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Maningá. V.4, nº3, P.259-268, set-dez 2005
<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-193-04.pdf>[Consult. 22 Out. 2012]
- INEM.2011.Estatísticas
http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=42030 [Consult. 30 Nov. 2012]
- Lautert, L; Echer, I. 1998. O acompanhamento do paciente adulto hospitalizado. Revista Gaúcha Enfermagem, 19(2): 118-31
- Leusin, F. 2012. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em medicina: ciências médicas da UFRGS: Farmacocinética do Meropenem infundido por 3h em pacientes criticamente enfermos em terapia renal substitutivacontínua
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/48990/000829267.pdf?sequence=1> [Consult. 15 Out. 2012]
- Marquis, B.; Huston, C. 2010. Administração e Liderança em Enfermagem. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed
- Martins, J. 2008. Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem vol 12 N.º 2
- Mateus, B. 2007. Enfermagem Médica Pré-Hospitalar. Que Realidade? Camarate Lusociencia.
- Matsuda, L; Silva, D; Évora, Y; Coimbra, J. 2006. Anotações/Registos de Enfermagem: Instrumento de Comunicação para a qualidade do cuidado. Revista Eletrónica de Enfermagem, V8, nº3, p. 415-412

- http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm[Consult. 15 Jan. 2013]
- McDonald, L. 2001. Florence Nightingale: Na introduction to her life and family. Collected Works of Florence Ninghtingale. Volume 1. Wilfrid Laurier University Press.
http://books.google.pt/books?id=1GAT1r2c_slC&printsec=frontcover&hl=pt
PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false[Consult. 5 Fev. 2012]
 - Mezomo, J. 2001. Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos. 1ª Edição Brasileira. Tamboré: Editora Manole
 - Mochel, E.; Perdigão, E.; Cavalcanti, M.; Gurgel, W. (2010) Cadernos de Pesquisa, São Luis, v.17, n3, set/dez. 2010
<http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo5%281%29.pdf>[Consult. 22 Fev. 2012]
 - Monteiro, B., 2003. A Gestão da Qualidade e a Divisão do Trabalho da saúde. Revista Sinais Vitais, 50, pp.17-22.
 - Mota, R; Marques, I. 2006. Monitorização Hemodinâmica: Fundamentos para a assistência de enfermagem. Revista Enfermagem Unisa. 7:52-8, p.57
 - Munari DB, Bezerra ALQ. 2004. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro gestor. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4):484-6
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a20.pdf>[Consult. 11 Abr. 2013]
 - Mussak, E. 2003. Metacompetência: uma visão do trabalho e da realização pessoal. São Paulo: Editora Gente
 - Nayduch, D. 2011. Cuidados no Trauma em enfermagem. Porto Alegre
 - Nunes, F.; Meira, P.; Martins, A. 2009. Manual de trauma. 5º ed. Lisboa: Lusociência
 - Nunes, L. 2006. Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem: II Congresso Ordem dos

- Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf [Consult. 15 Out. 2012]
- Nunes, R. 2008. Serviço Nacional de Saúde: Que Futuro? Clin Inves Otorri, 2, 70-5
 - Oirá, M.; Moraes, L; Victor, J. 2004. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Vol. 6; nº 2 (2004), p. 292-297. www.fen.ufg.br; [Consult. 15 Out. 2012]
 - Oliveira, G.N. 2007. O Projeto Terapêutico Como Contribuição Para a Mudança das Práticas de Saúde. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Ciências Médicas: Departamento de Saúde Coletiva, Unicamp
 - Ordem dos Enfermeiros, 2011. Regulamento dos Padroes de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>[Consult. 22 Out. 2012]
 - Ordem dos Enfermeiros. 2007. Desenvolvimento profissional: Individualização das especialidades em enfermagem – fundamentos e propostas de sistema. (Assembleia Geral: 17 de março de 2007) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 - Paiva, A. 2006. Sistemas de Informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Coimbra: Formasau
 - Parreira, P. 2005. Organizações. Coimbra. Formasau.
 - Pereira, M; Souza, A; Tripple, A; Prado, M. 2005. A infecção Hospitalar e as suas implicações para o cuidar da Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, abr-jun, 14(2):250-7
 - Perrenoud, P. 2001. Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza: saberes e competências em uma profissão. Porto Alegre, Artmed
 - Phaneuf, M. 2004. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência
 - Pinto, J; Moutinho, L.; Gonçalves, P. 2010. O indivíduo e a queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. Referência série III nº1

- Pires, A. 2008 Aprendizagem de adultos: contextos e processos de desenvolvimento e reconhecimento de competências. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Setúbal http://www.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F446570191/Aprendizagem_de_adultos.pdf[Consult. 30 Mar. 2013]
- Pontes, B. 2008. Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM. [Pós graduação em urgência e emergência hospitalar] Universidade Atlântica
- Pontes, B.; Mendonça, C.; Ornelas, G.; Nunes, M.; 2008. Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM. Pós-Graduação em Urgência/Emergência Hospitalar. República Portuguesa União Europeia Região Autónoma da Madeira. <http://www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf>[Consult. 15 Jan. 2013]
- Ramos, A.; Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica* (2005), 3 (XXIII): 295-304. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a07.pdf>[Consult. 15 Out. 2012]
- Ramos, V.; Sanna, M.2005. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 3, June http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200500030 [Consult. 30 Mar. 2013]
- Rolo, A. 2007. Dissertação de Mestrado Biofarmácia e Farmacocinética avançada: Monitorização das concentrações séricas de Vancomicina em Doentes sujeitos a Hemofiltração AV contínua. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/220/2/16247_AnaRolo.pdf [Consult. 15 Out. 2012]
- Silva, A. 2007. Enfermagem avançada : um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina Servir. Vol. 55, nº 1/2 (Jan./Abr. 2007), p. 11-20

- Silveira, R; Lunardi, V; Filho, W; Oliveira, A. 2005. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Revista Texto Contexto Enfermagem, 14(esp): 125-130
- Sousa, A.; Nunes, F.; Santos, R. 2003 Balneoterapia : Um tratamento sem dor. Cuidados de Enfermagem: Reflexões, investigação e partilha de experiências. 1ª Edição, Coimbra: Direcção do Serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra
- Squassante, N; Alvim, N. 2009. Relação Equipe de Enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, jan-fev, 62(1): 11-7
- Teixeira, S. 2010. Infecções do tracto urinário no Litoral Alentejano: etiologia e susceptibilidade aos antimicrobianos. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1923> [Consult. 15 Nov. 2012]
- Twycross, R. 2003. Cuidados Paliativos. 2ªed.. Lisboa: Climepsi
- Vargas, D. 2006. Atendimento Pré-Hospitalar: a Formação Específica do Enfermeiro na Área e as Dificuldades Encontradas no Início da Carreira. Rev Paul Enf 2006; 25(1): 38-43
- Zarpellon, L. 2006. A relação teoria e prática no processo de formação do enfermeiro

Legislação:

- Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de setembro, n.º 4 do artigo 4º - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de setembro, n.º 4 e alíneas do artigo 5º - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de setembro, n.º 2 do artigo 9º - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
- Despacho Normativo nº 11/MS/02 “D.R. I Série B” 55 (02-03-06) 1865-1866;

- Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde nº18459/MS/06 “D.R. II” 176 (06-09-12) 18611-18612
- Artigo 150º do Código Penal – Intervenções e Tratamentos Médico-Cirúrgicos
- Despacho nº 18459/2006, de 12 de setembro de 2006

5. ANEXOS

**ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE
QUEIMADOS/CUIDADOS ESPECIAIS DO HOSPITAL DA PRELADA**

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE QUEIMADOS/ CUIDADOS ESPECIAIS

A Unidade de Queimados situa-se no 2º Piso do Hospital da Prelada. A unidade comporta 8 quartos individuais, seis deles destinados a doentes queimados admitidos diretamente do CODU a nível nacional por gestão do mesmo, sendo dois deles exclusivos a doentes instáveis do próprio hospital, e por ser uma unidade polivalente designa-se por Unidade de Queimados/ Cuidados Especiais. Todos os quartos da unidade são individuais, compostos por antecâmara e casa de banho, equipados com monitores, saída de vácuo e oxigénio, camas elétricas, e ainda dispositivos para realização de hemofiltração em dois deles.

Numa das extremidades da unidade existe acesso direto para o bloco operatório, visto que estes doentes estão sujeitos á realização de muitas intervenções cirúrgicas. Existe nesta unidade uma sala de Tratamento de feridas, um trolley/chuveiro, que permite a prestação de cuidados de higiene e conforto de forma estéril e mais digna. No centro da unidade encontra-se um balcão de trabalho com um monitor e dispositivos informático que permitem melhorar as atitudes de vigilância do doente. Os ventiladores, material de imagiologia, as rampas com máquinas e seringas perfusoras e ainda o carro de emergência estão distribuídos estrategicamente pelo serviço.

A equipa médica é composta pelo Diretor do Serviço, o médico intensivista, cirurgiões plásticos e médicos residentes. A equipa de enfermagem é coordenada pelo Enfermeiro Chefe, por uma equipa de enfermeiros e ainda assistentes operacionais. Apresentadas as particularidades da unidade remeto para anexo I a caracterização suplementar á mesma.

O Hospital da Prelada

O Hospital da Prelada, Dr. Domingos Braga da Cruz, é uma iniciativa resultante da centenária tradição de assistência e prestação de cuidados de saúde da Misericórdia do Porto e situa-se na Rua Sarmento de Beires, 153.

Este hospital iniciou a sua actividade em 17 de Outubro de 1988, tendo sido oficialmente inaugurado em Novembro do mesmo ano, e dispõe de 256 camas distribuídas pelas diferentes valências em que opera: anestesiologia; cirurgia geral e urologia; cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, e unidade de queimados; endoscopia digestiva; hemoterapia, imagiologia; medicina física e reabilitação; medicina interna; ortopedia e patologia clínica.

O funcionamento do hospital consagra a existência de um corpo clínico próprio, exercendo funções exclusivamente na instituição.

O Hospital da Prelada está integrado em regime de cooperação na rede hospitalar nacional, nos termos do acordo de cooperação celebrado em Outubro de 1988 com o ministério da Saúde, com os direitos e obrigações daí decorrentes. Por isso, recebe nas suas valências todos os doentes do Serviço Nacional de Saúde, quer para tratamento ambulatorio quer para internamento, nas mesmas condições que o fazem os hospitais os hospitais públicos.

O Hospital da Prelada possui ainda 38 quartos destinados a atender doentes privados.

Estrutura Física da Unidade

A Unidade de Queimados localiza-se no 2º piso do Hospital da Prelada com uma área útil de 1340m² e é constituída por:

- 8 Quartos Individuais;

- 1 Sala de Pensos e banhos
- 1 Sala de Enfermagem;
- Gabinete Clínico;
- Gabinete do Enfermeiro Chefe;
- Sala de Estar dos Enfermeiros;
- Copa;
- Stock de esterelizados;
- Aprovisionamento
- Sala de sujos;
- 2 Vestiários;

Cada quarto possui uma cama e está dotado com uma saída de oxigénio, uma saída de Vácuo e uma saída de Ar Medicinal. Possui um Sistema de Comunicação interna e externa que é composto por campainha de chamamento, individual, intercomunicador ao posto de enfermagem e ainda por telefone móvel, o qual é colocado no quarto do doente sempre que necessário. Em cada quarto existe também um sistema de alarme de detecção de fumo/incêndio com ligação à Central Telefónica. A cada quarto está anexada uma casa de banho. Todos os quartos estão equipados com suportes de apoio e segurança para doentes com limitação motora. Em cada quarto existe uma janela pela qual é feito o contacto com as visitas.

Dinâmica da Unidade

Relativamente aos Recursos Humanos do Serviço, este é constituído por uma equipa multidisciplinar. Esta engloba médicos com especialidade em medicina interna e intensivista e ainda um responsável pelo serviço que faz parte da equipa de Cirurgia Plástica, Estética e Reconstructiva, em que cada um dos clínicos roda durante um mês pela Unidade de Queimados, enfermeiros, auxiliares de acção médica e funcionários administrativos.

A equipa de Enfermagem é constituída por 20 Enfermeiros, sendo que um deles é o Enfermeiro Chefe.

Os Enfermeiros são distribuídos por três turnos diferentes, não variando essa distribuição entre os dias úteis e os fins-de-semana.

- Turno da Manhã: Decorre entre as 8h e AS 16h. Neste período, normalmente, estão distribuídos cinco enfermeiros.
- Turno da Tarde: Decorre entre as 15.30h e as 22h e 30min. Neste período, normalmente, estão distribuídos dois enfermeiros.
- Turno da Noite: Decorre entre as 22.15h e as 8h e 15min. Neste período, estão distribuídos dois enfermeiros.

Nos turnos da manhã e da tarde estão distribuídos dois auxiliares de acção médica e no turno da noite um auxiliar de acção médica.

Relativamente à metodologia de trabalho, pode-se verificar que este é feito em equipa, notando-se um grande espírito de inter-ajuda entre os vários elementos da mesma.

Normalmente, um enfermeiro fica responsável pela sala de pensos onde além de serem efectuados os pensos são prestados os cuidados de higiene e conforto no Trolley-chuveiro, aos doentes que podem ser transportados até esta sala. Aos restantes enfermeiros são atribuídos os doentes que se encontram internados.

Todos os dias, nos três turnos, existem tarefas específicas a realizar, entre as quais, verificar o material existente no stock e preencher folha de pedido de reposição do mesmo, para que não haja falta de material necessário para assegurar os cuidados aos doentes.

Relativamente ao Horário das Visitas, este decorre entre as 11h e as 19h, sendo permitida por dia a entrada no quarto de apenas um familiar ou pessoa significativa, que para isso é necessária a mudança de roupa, uso de máscara e touca de protecção de cabelo. O contacto entre o doente e as restantes visitas efectua-se através de uma janela.

A Unidade de Queimados, segue também o sistema eficaz e organizado de Triagem de Lixos e de Roupa suja do Hospital da Prelada.

As tarefas realizadas dividem-se pelos três turnos existentes de modo a racionalizar de uma melhor forma as diferentes actividades.

Desta forma serão descritas de forma sucinta as actividades realizadas nos diferentes turnos.

- Manhã:

- Proceder à colheita de produtos para análise;
- Promover a higiene geral dos doentes;
- Preparar e administrar a terapêutica;
- Proceder a tratamentos e pensos;
- Realização de posicionamentos;
- Preparar materiais e doentes para exames;
- Actualizar registos e plano de cuidados de Enfermagem;
- Elaborar registos de Enfermagem;
- Planificar a realização de intervenções multidisciplinares.

- Tarde:

- Preparar e administrar terapêutica;
- Efectuar cuidados parciais de higiene;
- Preparar materiais e doentes para exames ou tratamentos;
- Actualizar registos e plano de cuidados de Enfermagem;
- Colaborar no acolhimento e orientação das visitas;
- Elaborar registos de Enfermagem;
- Realização de posicionamentos.

- Noite:

- Preparar e administrar a terapêutica;
- Elaborar registos de Enfermagem;
- Realização de posicionamentos;
- Avaliação do padrão de sono e repouso dos doentes;
- Avaliação de alterações comportamentais.

Para além disso, nos três turnos, existem tarefas específicas a realizar, entre as quais, verificar o material existente no stock e preencher folha de pedido de reposição do mesmo, para que não haja falta de material necessário para assegurar os cuidados aos doentes.

ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO: INEM

CARACTERIZAÇÃO DO INEM

A Emergência Médica define-se como toda a atividade na área da saúde desenvolvida desde o local de ocorrência da situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, o tratamento definitivo que aquela situação exige.

1. Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)

Compreende toda a atividade de urgência/emergência, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente.

A capacidade de resposta adequada, eficaz e em tempo oportuno do SIEM às situações de emergência, é um pressuposto essencial para o funcionamento da cadeia de sobrevivência.

São intervenientes no sistema:

- O público;
- Operadores das Centrais de Emergência 112;
- Técnicos dos CODU;
- Agentes da autoridade;
- Bombeiros;
- Tripulantes de ambulância;
- Técnicos de Ambulância de Emergência;
- Médicos e enfermeiros;
- Pessoal técnico hospitalar;
- Pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

1.1. O INEM

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde ao qual cabe coordenar o funcionamento do SIEM, no território de Portugal Continental, de forma a

garantir às vítimas em situação de emergência a pronta e correta 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 no SIEM (hospitais, bombeiros, polícia, etc.), são as principais tarefas do INEM. A organização da resposta à emergência, fundamental para a cadeia de sobrevivência, simboliza-se pelo Número Europeu de Emergência - 112 e implica, a par do reconhecimento da situação e da concretização de um pedido de ajuda imediato, a existência de meios de comunicação e equipamentos necessários para uma capacidade de resposta pronta e adequada. 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. As chamadas de emergência efetuadas através do número 112 são atendidas em Centrais de Emergência da PSP. Atualmente, no território de Portugal Continental, as chamadas que dizem respeito a situações de saúde são encaminhadas para os CODU do INEM em funcionamento em Lisboa, Porto, Coimbra, e Faro.

1.1.1. O Centro de Informação Antivenenos (CIAV)

O CIAV é um centro médico de consulta telefónica na área da toxicologia, responsável pela prestação, em tempo útil, das informações necessárias e adequadas a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação.

O CIAV presta informações toxicológicas sobre todos os produtos existentes, desde medicamentos a produtos de utilização doméstica ou industrial, produtos naturais, plantas ou animais.

1.1.2. Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)

O CODU é a central medicalizada para atendimento das chamadas de emergência médica, triagem telefónica, aconselhamento e acionamento dos meios de emergência adequados. Na atualidade existem quatro CODU's situados em Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Fazem a cobertura de todo o território do continente, medicalizando o alerta (os pedidos socorro da área da Emergência Médica feitos através do 112, o Número Europeu de Emergência).

Compete ao CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O funcionamento do CODU é assegurado em permanência por médicos e técnicos, com formação específica para efetuar:

- O atendimento e triagem dos pedidos de socorro;
- O aconselhamento de pré-socorro, sempre que indicado;
- A seleção e acionamento dos meios de socorro adequados;
- O acompanhamento das equipas de socorro no terreno;
- O contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar dos doentes.

1.1.3. O Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE)

A partir do Euro 2004, o maior evento desportivo até aí realizado em Portugal, integrado nos preparativos necessários para garantir que esse evento viesse a ser um êxito o INEM teve um papel preponderante e foi criado o SAE. O INEM começou então a dispor de ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) com a valência de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), tripuladas por Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), devidamente qualificados. No âmbito do SAE foram ainda implementados, em Lisboa e no Porto, os Motociclos de Emergência Médica. Tripulados por um TAE, estes meios permitem um socorro particularmente rápido em situações onde o intenso trânsito citadino poderia condicionar algum atraso. A partir de 2007, com o enquadramento proporcionado pela Reestruturação da Rede de Urgências planeada pelo Ministério da Saúde, o SAE estendeu-se a todo o território nacional. Ainda no âmbito da Reestruturação da Rede de Urgências, foram criadas as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), tripuladas por um TAE e um Enfermeiro.

1.1.3.1 Ambulâncias

As ambulâncias de socorro coordenadas pelos CODU estão localizadas em vários pontos do país, associadas às diversas delegações do INEM, sedeadas em Corpos de Bombeiros ou nas Delegações da Cruz Vermelha Portuguesa

(CVP). A maior parte das Corporações de Bombeiros estabeleceu com o INEM protocolos para se constituírem como Postos de Emergência Médica (PEM) ou Postos Reserva. Muitas das Delegações da CVP são Postos Reserva. As Ambulâncias dos Postos de Emergência Médica (PEM) são ambulâncias de socorro do INEM, colocadas em corpos de Bombeiros com os quais o INEM celebrou protocolos, 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 tripulação é constituída por dois elementos da corporação e, pelo menos um deles deve estar habilitado com o Curso de TAS (Tripulante de Ambulância de Socorro). O outro tripulante, no mínimo, deve estar habilitado com o Curso de TAT (Tripulante de Ambulância de Transporte). As Ambulâncias SBV do INEM são ambulâncias de socorro, igualmente 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 e Desfibrilhação Automática Externa. São tripuladas por 2 TAE do INEM, devidamente habilitados com os Cursos de TAS (Tripulante de Ambulância de Socorro), Condução de Emergência e DAE (Desfibrilhação Automática Externa). As Ambulâncias SIV do INEM constituem um meio de socorro em que, além do descrito para as SBV, há possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sobre supervisão médica. São tripuladas por 1 TAE e 1 Enfermeiro do INEM, devidamente habilitados. Atuam na dependência direta dos CODU e têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

1.1.3.2 As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER)

As VMER são veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos para o transporte de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. Com equipas constituídas por um médico e um enfermeiro, dispõem de equipamento para SAV em situações do foro médico ou traumatológico. Atuam na dependência direta dos CODU, tendo uma base hospitalar, isto é, estão localizadas num hospital. Têm como principal objetivo a estabilização pré-

hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

1.1.3.3. O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC)

O INEM dispõe de Psicólogos que permitem melhorar a resposta dada em diversas situações de emergência. Para atingir este objetivo, foi criado o CAPIC que garante 24 horas por dia, o apoio psicológico das chamadas telefónicas recebidas nos CODU que o justifiquem e, através das UMIPE (Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência) podem ser acionados para o local das ocorrências onde seja necessária a sua presença. O CAPIC assegura ainda a prestação de apoios psicológicos aos operacionais do SIEM, em todas as situações em que estes são confrontados com elevados níveis de stress.

1.1.3.4. Ambulâncias SIV:

As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um Enfermeiro e um TAE e visa a melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré hospitalar à população. Ao nível dos recursos técnicos, a ambulância SIV é acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais. Os Enfermeiros têm como principal função a prestação de cuidados de Emergência Médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e as orientações da Direção Médica do CODU.

Quanto à prestação dos cuidados de Emergência Pré-Hospitalar, esta é feita no âmbito de um controlo médico rigoroso. Este processo designa-se por Direção Médica. A Direção Médica ocorre a dois níveis:

Direção Médica Indireta (offline), feita através dos Protocolos de Atuação SIV onde estarão definidos um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas SIV, bem como a discriminação

das situações que obrigam a contacto direto com o Médico Responsável, para validação online prévia.

Direção Médica Direta (online), através do contacto direto obrigatório com um Médico Responsável, para validação prévia de alguns procedimentos específicos, discriminados nos Protocolos de Atuação SIV e utilizando um conjunto de recursos que incluem comunicação de voz, comunicação de dados (telemedicina) e comunicação vídeo.

Os TAE das Ambulâncias SIV são profissionais que terão por função colaborar na prestação de cuidados de Emergência Médica Pré-hospitalar, de acordo com as suas competências e com as orientações do Enfermeiro da Ambulância SIV e são ainda responsáveis pela condução do veículo.

**ANEXO III- CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO: SERVIÇO DE
URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO**

CARACTERIZAÇÃO DO SU

O Hospital de São João é um hospital central que assiste as populações da zona Norte do País, prestando cuidados a parte da população do porto, bem como concelhos limítrofes, actuando como centro de referência para os distritos do Porto. Apresenta-se dotado de várias especialidades e áreas do saber médico e é a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento. Possui departamentos e serviços de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, para além de unidades de cuidados intensivos, cirurgia torácica, transplantação hepática e oncologia médica (Hospital de São João, 2006).

Assim, sendo um hospital central presta assistência a variadas e numerosas pessoas, exigindo determinadas condições, tanto físicas como humanas, para a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade. Como tal, a oportunidade de estagiar num hospital como o de São João, e num serviço como o de urgência é acompanhado de grandes benefícios na medida em que possibilita variadas e enumeras experiências práticas e pessoais que contribuem para um maior enriquecimento na vida académica e pessoal.

1.1.O SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO

O Serviço de Urgência do Hospital de São João visa proporcionar os cuidados necessários a todos os doentes que a ele recorrem de um modo atempado e adequado (Hospital de São João, 2006).

É um serviço com um vasto atendimento de doentes, com uma grande mobilidade de pessoas para o espaço físico existente. Está dividido em vários sectores de atendimento, distribuídos pelo espaço físico total (Fernandes, 2004).

A estrutura física que este serviço apresenta obedece a um grande objectivo: *adaptação da estrutura física ao conceito de funcionalidade e organização idealizado*. Este baseia-se no princípio da separação dos doentes de acordo com a gravidade da sua situação, criando-se locais específicos de atendimento e observação para cada nível de cuidados que são necessários. Está assim organizado em diversas áreas funcionais, área de admissão e recepção, área de triagem, área de atendimento para situações de urgência do foro Psiquiátrico, área de atendimento “Amarelo”, área de atendimento “Laranja”, área de pequena cirurgia e ortotraumatologia e área de emergência (Hospital de São João, 2006).

De seguida, apresento uma breve descrição da estrutura do SU, fruto da observação e prática ao longo do estágio.

1.1.1. Estrutura Física

A área de admissão e recepção do doente encontra-se localizada à entrada do serviço de urgência e corresponde ao local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente, bem como os processos relacionados com as altas, internamentos, recepção, reclamações, entre outros. Adjacente a esta zona existe também uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de triagem.

▪ ÁREA DE TRIAGEM: TRIAGEM DE MANCHESTER

A triagem constitui um sistema eficaz com o principal objectivo de identificação rápida da natureza do estado e cuidados necessários ao doente urgente ou em risco de vida, possibilitando o estabelecimento de prioridades quanto às necessidades de todos os doentes, decidindo a área mais adequada para o tratamento dos mesmos, bem como regular a afluência de doentes no serviço de urgência (Sheehy, 2001).

O método de triagem foi criado de forma a garantir os cuidados mais adequados e de maior qualidade, pela uniformização de procedimentos entre

os diversos profissionais e equipas multidisciplinares. Neste sentido, foi criado o protocolo de *Triagem de Manchester* enquanto instrumento de apoio à decisão clínica de triagem de doentes no serviço de urgência (Ministério da Saúde, 2005), para assegurar, de forma objectiva, que o doente mais grave é de imediato identificado à chegada e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica.

Neste protocolo o enfermeiro realiza a avaliação inicial do doente, identificando os critérios de gravidade inerentes à queixa apresentada pelo mesmo. Assim, de acordo com o motivo principal de ida à urgência apresentada pelo doente, é escolhido o fluxograma, de entre os cinquenta e dois existentes, que melhor se adequa à queixa identificada, obtendo-se um conjunto de questões de ordem decrescente de prioridade e discriminadores do fluxograma.

Depois de percorrido o fluxograma e chegado ao discriminador específico, é identificada a categoria de urgência e a prioridade com que o doente deve ser atendido (cor da pulseira), dando também informação sobre o respectivo tempo alvo de atendimento, isto é, o tempo máximo que este pode esperar, sem prejuízo do seu estado de doença e/ou lesão. Assim sendo, os níveis de classificação são os seguintes: cor vermelha – doentes emergentes, com período de atendimentos de tempo inferior a três minutos; cor laranja – doentes muito urgentes com objectivo de atendimento inferior a 20 minutos; cor amarela – urgente, tempo de atendimento inferior a 90 minutos; cor verde – pouco urgente, com atendimento inferior a 150 minutos; e por último, cor azul – não urgente, atendimento inferior a 360 minutos.

Neste serviço existe ainda instituído protocolos de “via verde” – de AVC, de Trauma, de Sepsis e Coronária, em que o doente entra de imediato na sala de emergência, sem necessitar de passar pela sala de triagem, pela sua condição de instabilidade hemodinâmica. Estes protocolos são específicos para tais actuações, e contêm determinados parâmetros que o doente deve apresentar para ser incluído nesta via verde.

▪ **ÁREA DE PSIQUIATRIA**

Uma outra área já mencionada é a área de atendimento para situações de urgência do foro psiquiátrico, que compõe as situações em que é realizado o atendimento e orientação a doentes do foro psiquiátrico da área metropolitana do Porto.

Situações de ingestão medicamentosa, depressões, tentativas de suicídio ou agudização do quadro psiquiátrico são encaminhados para esta área, muitas das vezes depois de estabilizada, noutras áreas, a sua situação clínica, como é o caso da ingestão medicamentosa.

Nesta área os doentes são observados e avaliados pelo médico psiquiatra, que se responsabiliza pela avaliação da situação e posterior decisão clínica, como prescrição de medicação, encaminhamento para posteriores consultas ou mesmo internamento.

▪ **ÁREA AMARELA**

Na área de atendimento “Amarelo” são observados os doentes classificados com um nível baixo ou intermédio de prioridade – cor verde, azul ou amarelo. Da experiência que tive, pude constatar que a esta área recorrem frequentemente doentes com dor, alterações gastrointestinais, alterações genitourinárias, problemas respiratórios, entre outros.

Esta área constituiu um espaço propício para o treino e destreza manual de variados procedimentos técnicos (punção venosa, administração de terapêutica, algaliação, entubação nasogástrica, etc), bem como o treino no estabelecimento de uma relação de ajuda e empática e avaliação do doente. Adjacente a esta área, existe uma zona de espera para os doentes triados e que não foram observados, e outra para aqueles que tendo sido já observados, aguardam algum exame ou observação por um especialista a quem tenha sido solicitada colaboração.

▪ **ÁREA LARANJA**

A área “Laranja” constitui o espaço destinado aos doentes com pulseira de cor laranja e outro designado de Unidade de Curta Permanência, onde ficam os doentes que necessitam de uma vigilância hemodinâmica mais rigorosa, até 24 horas.

Do contacto que realizamos com esta zona, averiguamos que nesta se encontravam doentes com várias patologias e situações clínicas, como traumatismo crânio-encefálico, hematomas subdural, epilepsia e crises convulsivas, cetoacidose diabética, hemorragia digestiva, arritmias, entre outros.

Nesta área é então realizado o tratamento e/ou vigilância aos doentes com um grau de prioridade muito urgente, onde aguardam a sua resolução ou decisão quanto ao internamento ou alta, sendo assegurada a vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo.

Nesta área, mais concretamente na unidade de curta permanência (UCP) é possibilitado um contacto mais prolongado com os doentes, os quais na sua grande maioria são dependentes nos autocuidados, ou têm os autocuidados comprometidos pela necessidade de repouso no leito ou de contínuas monitorizações..

▪ **ÁREA DE PEQUENA CIRURGIA E ORTOTRAUMATOLOGIA**

A área de pequena cirurgia e ortotraumatologia recebe os doentes vítimas de traumatismo de pouca gravidade ou que necessitam de procedimentos cirúrgicos de curta duração. Destina-se ao atendimento de doentes com feridas de diversas etiologias, traumatismos ligeiros ou do foro cirúrgico, que exigem procedimentos cirúrgicos efectuados sob anestesia local como suturar, drenagem de abscessos, inserção de drenos torácicos, entre outros. Por esse motivo, o principal foco de enfermagem que emerge nessa área é a ferida, a sua tipologia e localização, no entanto não devemos descurar outros como hemorragia, respiração, dor, focos estes que também poderão emergir e que necessitam de uma rigorosa vigilância, avaliação e intervenção.

▪ **ÁREA DE EMERGÊNCIA**

Na área de emergência realiza-se a recepção, avaliação e estabilização inicial dos doentes com situações de emergência em que existe geralmente risco de vida ou compromisso das funções vitais, necessitando de tratamento imediato.

Pudemos constatar que a sala de emergência é constituída por cinco unidades, com todas as condições materiais e físicas para avaliar, monitorizar o doente e se necessário, para que se possa intervir em casos emergentes.

1.1.2. Recursos humanos

Neste serviço, os enfermeiros estão distribuídos por cinco equipas (A, B, C, D e E), sendo que cada uma delas é constituída por cerca de vinte enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas do serviço, segundo um plano de trabalho elaborado diariamente pelo enfermeiro coordenador de cada equipa.

Cada uma das equipas é constituída por um enfermeiro coordenador, contendo em cada sector um enfermeiro de referência. Este serviço é ainda dotado de uma enfermeira-chefe e duas enfermeiras assessoras da enfermeira chefe.

Relativamente ao horário de cada equipa dos enfermeiros, este é cíclico o que permite a cada enfermeiro prever os seus dias de trabalho; o horário repete-se consecutivamente segundo o esquema tarde, manhã, noite, descanso, folga, folga.

Pelo que tivemos oportunidade de observar, cada um dos sectores é constituído por equipamento/material específico de acordo com as intervenções realizadas nessa mesma área. Quer isto dizer que, em cada um dos sectores, determinados materiais, como soros, sondas vesicais e gástricas, luvas, material de colheitas, entre muitos outros, encontram-se dispostos em armários, em balcões de trabalho ou carrinhos, para que possam ser mais facilmente acessíveis a qualquer espaço da sala. Ainda nos balcões de

trabalho podemos encontrar os medicamentos mais usados nas respectivas áreas. É de salientar que, cada uma das áreas apresenta ligeiras diferenças no tipo de material que apresenta, de acordo com o tipo de intervenções realizadas, por exemplo, se na sala de emergência cada uma das unidades é composta por duas máquinas de seringas perfusoras e três máquinas de perfusão, já na sala amarela estes tipos de equipamentos não se encontram.

O método de trabalho dos enfermeiros varia de acordo com a área em que estão colocados no entanto, cada enfermeiro realiza tarefas a todos os doentes, pelo que a responsabilidade dos mesmos é diluída por todos os membros da equipa.

Assim, este método acaba por exigir uma boa ligação entre a equipa e uma grande coordenação entre os profissionais, facto este que era evidente.

**ANEXO IV - SÍNTESE DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA:
CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS- ETIOLOGIA, PROFUNDIDADE,
LOCALIZAÇÃO E EXTENSÃO
AGENTES TÓPICOS E TIPOS DE COBERTURA**

**CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS- ETIOLOGIA, PROFUNDIDADE,
LOCALIZAÇÃO E EXTENSÃO**

TEMA:	Classificação das queimaduras (Etiologia, Profundidade, Localização e Extensão)
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:	JÚNIOR, Edmar Maciel Lima, SERRA, M ^a Cristina do Valle. <i>Tratado Queimaduras</i> . Atheneu. São Paulo. 2004 CJOMES, Dino Roberto [et al] – <i>Conduas actuais em queimaduras</i> . Rio de Janeiro: Livraria e editora Revinter Lda., 2001. ISBN: 85-7309-524-5 SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet Hicks – <i>Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos : Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes</i> . 4 ^a ed. [S. I.]:Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-52-5 TROTT, Alexander T. – <i>Feridas e Lacerações: Cuidados de Emergência e Encerramento</i> . 3 ^a ed. Lusodidacta, 2005. ISBN 978-989-8075-17-8

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

Quando a pele é destruída por uma queimadura perde o seu normal funcionamento, tornando o indivíduo vulnerável, não só pela elevada perda de líquidos por ruptura dos vasos, como também pelo risco de infecção por perda da pele enquanto barreira. As queimaduras constituem agressões à pele e podem ser definidas como feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos. Actuam nos tecidos de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da

pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e osso. Toda a queimadura acompanha-se de reacção inflamatória local e, para áreas corporais queimadas superiores a 20%, de inflamação sistémica generalizada.

As queimaduras provocam normalmente danos na pele, mas podem também atingir outros sistemas, como o sistema cardíaco por queimaduras eléctricas ou o sistema pulmonar por inalação de fumos. Existem diversos factores que podem alterar a resposta dos tecidos corporais a estas fontes de energia, como por exemplo:

- Condutividade dos tecidos corporais (nervos e vasos sanguíneos conduzem o calor com mais facilidade comparativamente ao osso, que é mais resistente);
- Circulação periférica;
- Pigmentação e presença de roupa ou material isolante;
- Presença de conteúdo hídrico nos tecidos.

A gravidade das queimaduras pode ser avaliada atendendo ao agente causal, à intensidade e duração da exposição, à localização e profundidade, à percentagem de área queimada e à idade da vítima.

As queimaduras podem ser classificadas de acordo com a sua etiologia, a profundidade, a localização e a extensão.

ETIOLOGIA

A queimadura é um ferimento traumático que pode ser causado por quatro agentes distintos:

- Térmicas (vapor, escaldão, líquidos quentes, superfícies quentes ou gelo, fogo, etc.): são as mais comuns e resultam da transferência de energia de uma fonte de calor para o organismo;

- Químicas: podem ser provocadas por ácidos (ex. ácido clorídrico) ou bases (ex. soda caustica, lixívia). Estes produtos quando absorvidos podem provocar lesões para além da pele, atingindo os órgãos internos. O grau de destruição dos tecidos depende da natureza do agente químico, da sua concentração e da duração de contacto com a pele;
- Eléctricas (acidentes com a corrente doméstica, raios, etc.) podem ser causadas por “flash” eléctrico ou pela passagem directa de corrente eléctrica através do corpo. O flash eléctrico produz queimaduras idênticas às térmicas. A passagem directa de corrente eléctrica pelo corpo provoca destruição tecidular interna. A lesão visível não reflecte os danos que os tecidos subjacentes sofreram com a condução eléctrica. Habitualmente este tipo de lesão apresenta uma porta de entrada (local de contacto com a corrente eléctrica) e uma porta de saída (local de saída de corrente após uma trajectória pelo corpo). A sua gravidade depende do tipo de corrente, da quantidade de corrente, da duração do contacto e do seu trajecto;
- Radiação (exposição a equipamento industrial ou para fim terapêutico): parecem idênticas às lesões químicas, no entanto, ao contrário destas, existe um significativo período de tempo (dias a semanas) entre a exposição e a manifestação clínica.

PROFUNDIDADE

Actualmente as queimaduras são descritas como sendo de espessura superficial, parcial ou total. Sendo que, as queimaduras superficiais referem-se às de 1º grau; as de espessura parcial (superficial ou profunda) referem-se aos diversos estádios das de 2º grau; e as de espessura total representam as de 3º grau.

Queimaduras superficiais ou “primeiro grau”

Considera-se queimadura superficial aquela que atinge a camada mais externa da pele, a epiderme. Não provoca alterações hemodinâmicas e não é

acompanhada de alterações clínicas. Clinicamente é uma lesão hiperemiada, húmida e dolorosa. Estas queimaduras cicatrizam habitualmente entre três a sete dias, sem deixar cicatriz (COJOMES, 2001)

Queimaduras de espessura parcial ou “segundo grau”

Atingem a epiderme e um número variável de camadas da derme, a qual apresenta estruturas essenciais para o funcionamento da pele (como por exemplo: glândulas sudoríparas e sebáceas, folículos pilosos, nervos sensoriais e motores, rede capilar). (SWEARINGEN, 2003) Estes anexos dérmicos, normalmente sobrevivem, dando à pele a possibilidade de regeneração da epiderme.

As queimaduras de espessura parcial podem ser divididas em superficiais e profundas. As diferenças residem essencialmente no tempo de cicatrização, no número de camadas afectadas e no aspecto visual.

- Queimaduras de espessura parcial superficial: atinge o terço superior da derme e caracteriza-se por um aspecto vermelho claro a forte, são extremamente dolorosas e podem incluir flictenas. Os microvasos ficam danificados, aumentando assim a permeabilidade; cicatrizam entre sete a 21 dias.(TROTT, 2005)

- Queimadura de espessura parcial profunda: envolve a maior parte da derme, apresentam-se esbranquiçadas com pontos avermelhados e não formam flictenas. Estas queimaduras levam mais de 3 semanas a cicatrizar e podem necessitar de enxerto para encerramento. (TROTT, 2005)

Queimaduras de espessura total ou “terceiro grau”

Danificam a totalidade da pele, epiderme, derme e estruturas anexas, em muitos casos outros tecidos, tais como tecido celular subcutâneo, musculo e tecido ósseo. As feridas podem cicatrizar por granulação e migração de

epitélio saudável das suas margens. De acordo com a avaliação da queimadura pode ser necessária uma excisão cirúrgica para melhorar os resultados funcionais e cosméticos e as queimaduras de maior dimensão podem ser encerradas com enxertos de pele. São queimaduras extremamente graves pois deixam o doente exposto a infecções, desequilíbrios hidroelectrolíticos, metabólicos e de termorregulação. Clinicamente apresentam um aspecto de mármore ou esbranquiçado.

Alguns autores consideram a lesão de quarto grau as áreas carbonizadas (COJOMES, 2001)

LOCALIZAÇÃO

A localização da lesão é um factor que condiciona não só os cuidados a serem prestados mas, também, a própria admissão numa Unidade de Queimados. Qualquer queimadura da face, mãos, pés, genitais, períneo ou grandes articulações preenche os requisitos para o doente ser encaminhado para uma Unidade específica. Se analisarmos uma queimadura com perda da espessura parcial ou total da mão, estrutura anatómica complexa e com várias funções, percebemos que o seu tratamento terá mais sucesso em meio hospitalar. Isto porque exige um tratamento a nível de limpeza, desbridamento e penso muito rigoroso, como existe uma rigidez articular inerente à imobilidade provocada pela dor e edema, que necessita de uma elevação da extremidade e o cumprimento de exercícios específicos. (TROTT, 2005)

EXTENSÃO

A extensão da queimadura constitui um factor preponderante na sobrevivência da pessoa queimada, pois quanto maior a área envolvida maior as perdas hídricas, as perdas de calor e as perdas de funcionalidade e maior o risco de infecção.

Na avaliação da extensão da área queimada é usada frequentemente nos serviços de emergência a fórmula de Berkow, conhecida habitualmente por “regra dos 9” (Figura 3). A superfície anatômica pode ser dividida em áreas que representam 9% ou múltiplos de 9% da superfície corporal. A cabeça e cada um dos braços constituem uma área de superfície de 9% cada, e uma perna são 18%.

A superfície total do tórax e abdómen junto, anterior e posterior, são 36% (TROTT, 2005). É um método simples, rápido mas pouco preciso, sendo, na maioria das vezes, utilizado como uma triagem inicial do doente (por ex. se se estimar que o doente apresenta queimaduras de 2º grau em 20% do corpo, este pode ser imediatamente enviado a uma unidade específica de queimados, mesmo que este valor não seja muito preciso). Para queimaduras de forma irregulares, utiliza-se a palma da mão do doente, como molde, que representa 1% da superfície corporal (SWEARINGEN, 2003). Esta regra não deve ser utilizada em crianças, pois existe uma forte probabilidade de erro, uma vez que a criança apresenta superfícies corporais parciais diferentes das do adulto. Deve ser então utilizado um instrumento de avaliação mais preciso, a carta de Lund e Browder que é mais detalhada e considera as alterações corporais consoante a idade.

Em crianças pequenas, a área de superfície da cabeça constitui uma área muito maior com paradamente ao resto do corpo (SWEARINGEN, 2003). À medida que o indivíduo cresce, as extremidades inferiores ficam proporcionalmente maiores, enquanto as proporções do tronco e braços permanecem relativamente as mesmas ao longo da vida. Após os 15 anos são atingidas as proporções finais da superfície corporal (TROTT, 2005).

AGENTES TÓPICOS E TIPOS DE COBERTURA

TEMA:	Agentes tópicos e tipos de cobertura
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:	PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Práticas Clínica. 6ª ed. [S. l.]: Lusociência, 2003. ISBN 9728383-65-7 GUIMARÃES, Daniel Cruz Mendes [et al] – Novas tecnologias no tratamento de queimaduras [Em linha]. Actual. 27 Fev. 2010. [Consult. 2 Maio. 2010]. Disponível em: http://www.webartigos.com/articles/33406/1/NOVAS-TECNOLOGIAS-NO-TRATAMENTO-DE-QUEIMADURAS/pagina1.html

AGENTES TÓPICOS E TIPOS DE COBERTURA

"O cuidado com as feridas não pode ser um procedimento automático, mas um exercício científico, em que o enfermeiro deve actuar de forma consciente visando aplicar medidas que possam facilitar o processo de cicatrização" (LUCAS,2003) (cit. por Daniela Guimarães, 2010)

Agente Tópico	Indicação	Descrição
Sulfadiazina de Prata	Queimaduras dérmicas profundas e de espessura total.	Largo espectro, eficaz contra gram-negativos, gram-positivos e <i>Candida</i> ; inibe o desenvolvimento do tecido epitelial; aplicação indolor; potencial rash cutâneo; pode provocar leucopenia transitória 24-48h após o início. Penso diário. Interromper após escara destacada.
Nitrato de Cério + Sulfadiazina de Prata	Queimaduras dérmicas profundas e de espessura total.	Largo espectro, mais eficaz contra gram-negativos; menor imunossupressão, baixa toxicidade, aplicação indolor; Penso diário.
Prata Pura (Acticoat e Aquacel Ag)	Queimaduras dérmicas	Potente bactericida; não se conhece toxicidade; não aplicável em tecidos secos; adere aos tecidos, separando-se destes à medida que se dá a cicatrização. Aplicação indolor.
Nitrato de Prata	Queimaduras com hipergranulação	Eficaz contra gram-negativos e gram positivos; pouca capacidade de penetração na escara, doloroso na aplicação; dá coloração negra aos tecidos;
Acetato de Mafenide	Queimaduras eléctricas (profundas) e Queimaduras de espessura total	Grande capacidade de penetração em escara espessa; eficaz contra gram-negativos e gram positivos; eficaz contra <i>Pseudomonas</i> ; ineficaz contra fungos; Inibe o desenvolvimento do tecido epitelial; potencial rash cutâneo; aplicação dolorosa. Até 2-3 vezes dia. Interromper após escara

		destacada.
Bacitracina Soluto de Dakin	Queimaduras de espessura superficial	Eficaz contra gram-negativos e esporo; efeito antimicrobiano fraco, pode ser usado como antimicrobiano após enxerto de pele; promove hidratação da queimadura.
Colagenase	Queimaduras de espessura parcial e completa onde exista escara	Promove desbridamento enzimático; não afecta o tecido saudável. Interromper após escara destacada.
Penso	Indicação	Descrição
Biobrane®	Queimadura de espessura parcial ou cobertura de zona dadora	Cobertura semi-sintética composta por nylon, silastic e membrana de colagénio que se liga com a fibrina da ferida, formando um substituto da pele permitindo a recuperação. Permanece aderente á ferida até que ocorra cicatrização. Sem propriedades antimicrobianas.
Vermelho escarlata	Queimadura de espessura parcial	Gaze fina impregnada de lanolina, azeite e petrolato com uma tinta vermelha; promove desenvolvimento de tecido epitelial e protege a queimadura. Sem propriedades antimicrobianas.
Xeroform®	Queimadura de espessura parcial	Substituto para a pele, confere-lhe protecção, para permitir o desenvolvimento do tecido epitelial. Propriedades antimicrobianas mínimas.
Alginato de Cálcio	Queimaduras superficiais,	Penso composto de almofada de tecido composta de alginato de cálcio; proporciona

	parciais ou profundas, exsudativas, com hemorragias, limpas ou infectadas	uma barreira protectora, promove a cicatrização e absorção de exsudado.
--	---	---

Pereina, 2001, considera que o tratamento do doente queimado evoluiu muito nas últimas décadas, o melhor conhecimento da fisiopatologia da queimadura, o desenvolvimento de agentes antimicrobianos tópicos, suporte nutricional, a excisão tangencial e o uso de matrizes de regeneração dérmica e outros substitutos cutâneos mudaram o prognóstico dos doentes queimados. (Daniel Guimarães, 2010)

Um agente tópico representa uma substância que pode ter uma ou mais acções, hidratante, antimicrobiana e desbridante. Estes agentes surgem sob a forma de pomada, gel, pó ou solução e são utilizadas na superfície da pele, podendo ser aplicados directamente nas feridas, ou incorporados em pensos.

Actualmente existem vários produtos para tratamento de queimaduras, o que pode provocar alguma incerteza nos profissionais de saúde sobre a melhor opção a tomar. Portanto, é preciso conhecer a eficiência de cada produto frente à diversidade de situações. O sucesso do tratamento dependerá para além de outros factores, da correcta escolha, bem como da adequada utilização dos produtos seleccionados.

A terapia tópica na queimadura visa o controlo da colonização da ferida, prevenção da infecção e a imunomodulação. Dada a microvasvularização das áreas lesadas, a terapia sistémica pode não atingir a queimadura, e dessa forma não produzir o efeito desejado, pelo que a terapia tópica revela-se de grande importância.

O agente tópico escolhido deve ser de fácil aplicação, indolor, apresentar boa penetração na escara, ter mínima absorção sistémica, baixa toxicidade, acelerar o processo de cura e ter baixo custo. No caso de um antimicrobiano, o ideal deve ter actividade contra agentes gram-positivos, gram-negativos e fungos, e a escolha deve ser baseada na profundidade da queimadura e nos resultados culturais.

Raramente são usados grandes pensos em queimaduras extensas, excepto em circunstâncias seleccionadas, porque a monitorização da ferida torna-se mais difícil e as queimaduras de espessura parcial podem progredir para queimaduras de espessura completa.

As finalidades da aplicação de cobertura nas feridas incluem a prevenção da infecção a partir de fontes exógenas, a promoção do desbridamento através do máximo contacto dos agentes tópicos, e a prevenção da evaporação de líquidos com perda de calor corporal.

O tipo de penso varia conforme o tipo de método utilizado, temática já abordada anteriormente, mas geralmente consiste numa camada única de gaze de malha, impregnada de um medicamento tópico, por vezes fixada no local com uma ligadura.

A mudança de penso é geralmente um procedimento doloroso que exige analgésicos. Estes devem ser administrados trinta minutos antes da realização do procedimento, a fim de se conseguir a máxima eficácia. A maior parte das mudanças de pensos são feitas após a balneoterapia, o que solta o penso, fazendo com que seja mais fácil removê-lo, e diminuindo a dor. O desbridamento adicional da escara e de tecido morto pode ser feito antes de se aplicar um novo penso. (Wilma J. Phipps, 2003:64).

ANEXO V- ESTUDO DE CASO “PODER MORRER”

“PODER MORRER”: Estudo de Caso

Pinto, M⁽¹⁾

Coelho, P⁽²⁾

⁽¹⁾ Enfermeira no Instituto Português de Oncologia do Porto, Serviço de Oncologia Médica Piso 4; Estudante do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa.

⁽²⁾ Sob orientação da Enf^a Patrícia Coelho, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Situação-Problema detetada

No âmbito de uma vivência no INEM foram por nós detetadas algumas situações-problema inerentes ao “sistema” e que foram alvo da minha reflexão enquanto futura enfermeira especialista. Das várias detetadas, houve um assunto em particular que nos sensibilizou: a questão da ONR (Ordem Não Reanimar).

De facto, no séc XXI onde se afirmam os valores éticos e deontológicos e cresce exponencialmente a divulgação e investimento nos cuidados paliativos, parece-nos que a morte é ainda um tabu na sociedade, algo “anti-natura” culminando num extremismo de medidas que nos levam a pensar que atualmente quase não é permitido morrer! E fazemos citar Nunes (2006) cit por Nunes (2011, p.51) “a morte não deve ser encarada como uma doença que tem de ser eliminada a todo o custo”.

Talvez um pouco da nossa experiência profissional enquanto enfermeiras no IPO do Porto, fez com que esta problemática tivesse em nós um impacto mais pesadoso. De facto muitos doentes são internados consecutivamente, sem grande esperança ou qualidade de vida, dependentes em muitas atividades de vida diárias e com doenças em progressão irreversível, tendo estes indicações bem expressas e claras em processo clínico: “sem SAV” ou “DNR” ou “ONR”, o que pressupõe que se o doente tiver uma PCR (Paragem Cardio-Respiratória) não serão efetuadas manobras de ressuscitação cardio-pulmonar. O problema está em que estes mesmos doentes que hoje estão internados, amanhã tem alta clínica e a decisão face á sua vida e qualidade futura da mesma é perdida, ou ignorada, e já fora do hospital este passa a ser novamente portador dos “direitos” a manobras de ressuscitação cardio-pulmonar. Como é que uma decisão face á vida de uma pessoa pode ser constantemente alterada conforme o contexto físico na qual ocorre um problema de saúde? Não existe um Sistema Nacional de Saúde com guidelines e normativas de cuidados de saúde transversais? Porque estamos nós sujeitos a decisões respeitantes á nossa vida tão opostas mediante o contexto físico no qual ocorre a necessidade de uma assistência de profissionais de saúde?

Nas ativações por PCR nas quais participamos com a VMER, este problema não foi sentido da mesma forma das ativações experienciadas em contexto SIV, uma vez que na VMER a presença do médico facilita muito qualquer tomada de decisão e assim em todas as situações onde as manobras de RCP não se justificam, estas nem sequer são iniciadas. Quanto ao contexto SIV o enfermeiro com a mesma avaliação que o médico não tem autonomia para tal tendo por isso que iniciar e manter manobras até á chegada a um Serviço de Urgência, muitas vezes, no nosso entender, em violação de um “corpo” e conseqüentemente em violação da dignidade de uma pessoa.

Esta problemática foi uma constante nas vivências INEM, pelo que decidimos abordar especificamente o caso de uma doente assistida pela equipa SIV, residente num lar de terceira idade, em fase terminal de doença oncológica, totalmente dependente nas atividades de vida diárias, que após deteção pelas auxiliares do estado de inconsciência da doente, foi ativada a

equipa SIV e á sua chegada foi identificada paragem cardio-respiratória foram iniciadas manobras de RCP e mantidas durante cerca de 30 min até ao Serviço de Urgência básico local no qual foram dadas ordens médicas de suspensão de manobras. Os dados da doente do caso abordado estão sintetizados na seguinte tabela:

Dados de identificação	Diagnósticos associados	Medicação
<ul style="list-style-type: none"> • <i>M.E.G.A.</i> • <i>Sexo feminino</i> • <i>89 anos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Carcinoma do cólon estágio IV submetido a colectomia á direita e posterior quimioterapia paliativa, ultima faixa em 2010.</i> • <i>Diabetes Mellitus Insulino-dependente;</i> • <i>Hipertensão</i> • <i>Hipercolesterolemia</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>MST 20mg 8/8h</i> • <i>Esomeprazol</i> • <i>Sinvastatina</i> • <i>Varfarina</i> • <i>Ácido acetilsalicílico</i> • <i>Levemir 8 unidades ao Pequeno-almoço + 6 unidades ao Jantar</i> • <i>Novorapid (esquema próprio)</i> • <i>Atenolol</i>

Enquadramento/ Fundamentação Teórica sobre a problemática detetada

Segundo Nunes (2012) a notável evolução da medicina verificada nas últimas décadas, permitiu a sobrevivência de doentes com uma variedade de doenças agudas ou crónicas anteriormente letais para a humanidade. Os avanços tecnológicos da biomedicina modificaram o curso do termo da vida, a natureza deixou de constituir o único arbítrio entre o viver e morrer (Archer,

2001). A reanimação cardio-respiratória sem limites de aplicação e uso indiscriminado pode trazer a muitos doentes mais malefícios do que vantagens. Relativamente aos doentes em fase terminal questionou-se desde logo se seria adequado utilizar todos os recursos clínicos existentes ou se pelo contrário é legítima a suspensão ou abstenção de tratamentos muitas vezes desproporcionados simplesmente porque estes estão disponíveis, independentemente da qualidade de vida remanescente. (Nunes, 2012).

A RCP aplicada em doentes portadores de determinadas patologias, não resulta e não conduz á restituição de saúde, pelo contrário pode agravar a situação anterior (Araújo, 2001). Como afirma Nunes (2008) a ONR é eticamente legítima se as manobras de reanimação propostas forem consideradas uma intervenção desproporcionada.

É importante que o princípio da beneficência deverá constituir o pilar ético da prática dos profissionais de saúde (Barbosa, 2010). Assim, propõe-se que os profissionais atuem sempre para o bem do doente e avaliem a proporção entre os benefícios e os riscos de qualquer intervenção.

Cada vez mais, no decorrer da nossa atividade profissional enquanto enfermeiros, confrontamo-nos com problemas éticos e conseqüentemente com a necessidade de tomar decisões complexas que exigem adequação aos princípios e valores éticos, em geral, e da profissão em particular.

Os doentes em fase terminal necessitam de uma particular ajuda e proteção das suas decisões relativas á sua condição clínica e de vida o que coloca aos profissionais grandes desafios (Barbosa, 2010). No caso particular da ONR Almeida (2009) diz-nos que se impõem dilemas éticos específicos em que se torna emergente a atuação de enfermagem em concordância com todos os envolvidos para que a decisão seja tomada adequadamente permitindo a humanização do cuidar do doente no fim de vida. Recomenda-se uma morte digna, sem uma utilização abusiva de tecnologia biomédica designada por ortotanásia.

De fato, surge muitas vezes “o sentimento de estar a impor permanentemente sofrimento e dor, a ultrajar a dignidade da pessoa que

deveríamos cuidar, e vamos sucessiva e alternadamente perguntando se estamos a fazer tudo o que é possível ou se já estamos a fazer demais” (Vieira, 2001)

Existe a problemática de podermos utilizar a técnica indiscriminadamente sem que estejamos a contribuir para uma melhor qualidade de vida a cada ser humano visto como um ser Biopsicossocial (Almeida, 2001). Também Nunes (2011) assevera no seu parecer que a manutenção das funções vitais de um ser humano após PCR através de máquinas de suporte, assegura uma vida humana “mas não um ser humano vivo” (Nunes, p. 48).

Desta forma a Associação Portuguesa de Bioética propôs um conjunto de *guidelines* universais relativamente á suspensão ou abstenção de tratamentos em doentes terminais. Assim, a ONR torna-se atualmente uma expressão da boa prática médica incorporada na *leges artis*.(Nunes, 2012).O Conselho Nacional de ética e das Ciências da Vida no seu Parecer 11/95 relativamente á ONR “é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes que causam incómodo ou sofrimento ao doente, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia.”

Quando não existem indicações claras que o indivíduo não beneficia com manobras de ressuscitação cardio-pulmonar, não existem solicitações éticas para as adotar como opção terapêutica (Souza, 2003). A sua aplicação quando existem dúvidas do seu benefício é um instrumento “em nome da liberdade e da autonomia sem limites” (Urban, 2003).

Relativamente á Tomada de decisão da ONR nunca nos podemos esquecer que o doente é o agente principal desta decisão e não a sua consequência! Assim, sempre que possível a tomada de decisão do doente deve ter considerada assim como a dos família. A dignidade confere ao sujeito uma finalidade própria, dotado de liberdade no plano ético nunca podendo ser objeto do desejo ou da manipulação de terceiros. Isto implica que “a ciência concorra sempre para melhorar as condições de existência da humanidade” (Nunes, 2011, p. 32).

No fim dos anos sessenta surgiu um movimento de defesa dos direitos dos doentes entre os quais se privilegiava o direito á verdade (Pacheco, 2004).

Recentemente foi publicada a tão esperada Lei n.ª 25/2012 de 16 de julho que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital. Esta é uma temática demasiado abrangente da qual poderíamos originar vários artigos de reflexão e revisão bibliográfica, contudo, não me querendo distanciar da questão da ONR, podemos desta lei retirar algumas corroborações ao que já foi exposto anteriormente.

De facto, estas diretivas antecipadas da vontade estão sob a forma de testamento vital, um documento “unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”os vários artigos desta lei abordam as varias questões do testamento vital tais como a forma e condições em que deve ser elaborada o documento, requisitos de capacidade, limites às diretivas antecipadas de vontade, prazo de eficácia do documento, modificação e revogação do documento. Aborda também as questões que circundam o procurador e procuração de cuidados de saúde, e o registo Nacional do testamento Vital. Saliento desta lei o artigo 2ª das Diretivas antecipadas de vontade sobre a definição e conteúdo do documento, onde mais uma vez se reafirma que o ortogante (o doente em questão) pode recusar qualquer tratamento de suporte artificial das suas funções vitais, assim como a qualquer outro tratamento fútil, inútil ou desproporcionado ao seu estado clínico (medidas de SBV, alimentação e hidratação artificiais) e sim aceitar receber os cuidados paliativos adequados incluindo uma terapêutica sintomática apropriada.

Autores como Urban e tal (2003) consideram que “o médico, o paciente e os familiares são os protagonistas dessas decisões”, contudo, na minha opinião, não podemos deixar de lado toda a equipa de enfermagem que é muitas das vezes a mais consciencializada das competências e capacidades do doente nas suas atividades de vida diárias. Em 2006, o Boletim Normativo de “Normalização da Ordem Não Resuscitar” do IPO Porto já defende que na discussão sobre a decisão deverão estar presentes não só doente, familiares e médico, assim como a equipa de enfermagem.

Contudo, apesar da tomada de decisão e transmissão de informação ser idealmente assim, a abordagem ao fim de vida de um doente é ainda um tema considerado tabu na sociedade atual, e assim na realidade a ONR é decidida unilateralmente pelo médico e muitas vezes não transmitida a informação.

No que concerne ao Registo da ONR, esta deve ser contida no processo do doente (Santos, 2004) assim como as razões e a informação acerca da discussão desta com os familiares e/ou doentes (Boletim Normativo, 2006).

Proposta de Intervenção

Da situação-problema identificada e da fundamentação teórica descrita urgem três dificuldades encontradas: a primeira a falta de informação sobre a ONR ao doente e familiares/cuidadores; a segunda refere-se á falta de documentação comprovativa da decisão ONR aquando alta hospitalar; por último, a questão de só as equipas VMER terem a autonomia para suspender as manobras de RCP por na sua constituição estar presente um médico. Contudo, mesmo que da parte da enfermagem exista uma avaliação que as manobras de RCP não beneficiem ou mesmo não dignifiquem a pessoa assistida, estas tem de ser iniciadas e mantidas até á chegada de um hospital. Desta forma, um documento comprovativo de ONR facilitaria e beneficiaria todos os intervenientes do processo e mais ainda o cerne desta problemática: o próprio doente.

Urgem então três necessidades e com elas três propostas interventivas.

A primeira: a decisão deverá ser sempre tomada pelo médico assistente do doente e sempre que possível o doente, sendo ele o cerne da decisão, deverá expor a sua opinião e esta deverá ser valorizada, quando não possível a família/cuidadores tem um papel fundamental assim como a equipa de enfermagem;

A segunda proposta está na elaboração de um documento legalmente validado que deverá acompanhar sempre o doente após decisão tomada de ONR, como forma de em caso de PCR as equipas de emergência médica possam ter o maior número de elementos possíveis para uma tomada de decisão.

A terceira e última proposta seria a criação de guidelines que validem a autonomia do enfermeiro SIV, a suspender ou não iniciar manobras de RCP nos casos de ONR documentada.

Conclusão

Em jeito de conclusão, a ONR deve ser ponderada nas situações que a justifiquem e deve estar registada no processo do doente (em internamento) ou em documento próprio para que seja usada como forma de orientação para todos os profissionais que cuidem diretamente do doente.

Julgamos que o grande obstáculo será encontrado na fase de comunicação ao doente sobre a sua condição clínica e as implicações desta na sua qualidade de vida, a partir desta informação e esclarecimento a ONR deverá ser uma proposta encarada como benéfica e compassiva para o doente.

Estamos conscientes das implicações éticas e deontológicas que uma proposta de intervenção neste âmbito implica, e da exigência de uma comunicação eficiente e esclarecedora com o doente sobre a sua condição, muitas vezes intimidante para os profissionais de saúde.

Contudo, encaramos a reflexão sobre este tema crucial numa era de luta pela humanização dos cuidados, e julgo esta proposta de intervenção uma

mais-valia futura para os organismos responsáveis implementarem medidas efetivas neste

Bibliografia

ARCHER, Luís, e tal. – Novos Desafios à Bioética. Porto: Porto Editora, 2001;

BARBOSA, António; NETO, Isabel - Manual de Cuidado Paliativos. 2ªEdição
Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010;

Conselho Nacional de ética e das Ciências da Vida Parecer 11/95

Diário da república, 1.ª Série – N.ª 136 - 16 de julho de 2012, Assembleia da
República Lei n.ª 25/2012 de 16 de julho;

NUNES, Rui. – Testamento Vital. Coimbra: Almedina, 2011;

PACHECO, Susana - Cuidar a pessoa em fase Terminal: Perspetiva ética.
Loures: Lusociência, 2004;

Paciente Terminal e Médico Capacitado: Parceria pela Qualidade de Vida.
N.ª11 (Nov. 2003) – Brasília: Revista Bioética, 2003;

SANTOS, Alexandre – “O doente Terminal é Pessoa com direitos e Deveres: a
Defesa e a Promoção da Vida” revista Associação dos Médicos Católicos
Portugueses. Porto. Ano LXIX, Nº3 setembro 2005;

URBAN, Cícero e tal. – Ordens de Não Reanimar. Rio de Janeiro: Revinter,
2003;

VIEIRA, Margarida – Tempo de Vida Tempo de Morte: Conselho Nacional de
Ética para as Ciências da Vida. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros,
2001;

**ANEXO VI – NÚMERO E TIPO DE ATIVAÇÕES NO ESTÁGIO PRÉ-
HOSPITALAR (INEM)**

Meio	Nº Ativações	Ativações por doença súbita	Ativações por trauma
SIV Amarante	10	7	3
VMER Vale do Sousa	13	8	4
VMER S.joão	4	4	0
SBV P2 (S. João)	4	3	1

ATIVACÕES	GÉNERO DE ATIVAÇÃO
ATIVACÕES POR DOENÇA SÚBITA	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicações por organofosforados • Intoxicações por monóxido de carbono • Intoxicações medicamentosas • Arritmias Cardíacas: Taquicardia supraventricular FA com RVL • Alterações do estado de consciência • Hematemeses • PCR • Alterações emocionais • Dispneia

	<ul style="list-style-type: none">• Dor Torácica• Eletrocussão culminada em PCR• Edema agudo do pulmão
ATIVAÇÕES POR TRAUMA	<ul style="list-style-type: none">• Atropelamento• Quedas em altura superiores a 3 e 5 metros• TCE• Acidentes rodoviários• Quedas por alcoolismo

ANEXO VII – GUIA DE FÁRMACOS DE URGÊNCIA



Guia de Consulta Rápida

Fármacos de Urgência



Aluna: Enfª Marta Pinto
Tutora: Enfª Especialista Beatriz Rodrigues
Orientadora: Professora Patrícia Coelho

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



Este guia de consulta rápida foi elaborado no âmbito do curso de pós licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica durante o estágio neste Serviço de Urgência do Hospital São João.

A necessidade de administração rápida de fármacos específicos do contexto de urgência, a exigência de conhecer a preparação e a sua estabilidade foi o objetivo da sua elaboração. Espera-se que constitua um auxiliar importante para uma intervenção mais rigorosa dos profissionais que o venham a consultar.

Estou ao teu dispor: consulta-me vezes sem conta, revê-me e completa-me, mas não me tires desta área!

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



Fármaco	Reações Adversas/Efeitos Laterais	Via de Administração	Diluição/Reconstituição	Incompatibilidades
Adrenalina (Broncodilatador/vasopressor)	Nervosismo, inquietação, tremuras, angina, arritmias, hipertensão, taquicardia;	SC; IM; Inalação; Intracardíaca; Endotraqueal; Tópico (nasal); Intraespinhal;	IV bolus: não diluída; ou 1 mg em 10 ml NaCl 0,9%; IV Contínuo: diluída em 500ml de D5%, D10%, NaCl 0,9%. Solução de Ringer ou Lactato de Ringer;	Bicarbonato de sódio, ampicilina, tiopental, aminofilina, ampicilina
Aminofilina (Broncodilatador)	Ansiedade, convulsões, taquicardia, arritmias, náuseas e vômitos	IV	IV bolus: não diluído (5 a 10 minutos) IV intermitente: se < 500 mg diluir em 100 ml glicose 5%	Amidarona, doutamina, ciprofloxacina, ...
Amidarona (Antiantimico)	Indisposição, fadiga, tonturas, fibrose pulmonar, síndrome de dificuldade respiratória, hipotensão, bradicardia, ICC, náuseas, vômitos, anorexia, necrose epidérmica tóxica, fotossensibilidade, hipotirodismo, tremores, parestesia, ...)	IV	IV bolus: diluir 150-300mg em 10-20 ml D5%; IV contínuo: diluir 300 mg em 500 ml; 600 mg em 1000 ml	Aminofilina, bicarbonato de sódio, cefazolina, heparina, ...
Ampicilina (antinfecioso)	Convulsões, colite pseudomembranosa, diarreia, erupções, anafilaxia, doença do soro;	IV	IV: diluir 125/250/500 mg em 5 ml de s.p.p.i.; ou 0,5g 10 ml; IV Contínuo: ou contínuo em 50 ml de NaCl 0,9%, D5%	Gentamicina, entomicina, metoclopramida, adrenergica, verapamil, amoxicilina
Atropina (Antiantimico/)	Visão embaçada, retenção urinária, secura na boca, estado confusional, sonolência, taquicardia	IV	IV: não diluir ou diluir em 10 ml s.p.p.i	Tiopental

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



Clavepen (Amoxicilina+ácido clavulânico) (anti-infecioso)	Convulsões, diarreia, colite pseudomembranosa, erupções, anafilaxia, doença do soro	IV	IV bolus: 1,2 g; 10-20 ml NaCl 0,9%; 2,2 g 100 ml NaCl 0,9%.	
Clemastina (anti-histamínico sedativo antipruriginoso - Alívio sintomático das reações de hipersensibilidade: urticária, angioedema, prurido, rinite e conjuntivite) Agastien	Fadiga, sedação, boca seca, cefaleia;	PO (administrar antes das refeições) Tópico;		
Clorpromazina (antipsicóticos – fenotiazina; antieméticos) Lagartil; Lagartex;	Sedação, secura ocular, visão turva, hipotensão (maior por via IM, IV), obstipação, boca seca, fotossensibilidade, SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO, AGRANULOCITOSE.	PO (administrar as doses com alimentos, leite ou água para minimizar a irritação gástrica; Rectal; IM; IV; Não administrar por via SC;	IM: pode ser diluído em NaCl 0,9% ou em procaína; IV bolus: diluir com NaCl 0,9% para uma concentração que não exceda 1mg/ml; IV Contínuo: 25-50mg em 500-1000ml de D5% D10%, NaCl 0,45%, NaCl 0,9%;	Aloprinolol sódico, amifostina, aztreonam, cefepime, fludarabina, melfalam, metotrexato, paclitaxel, piperacilina/tazobactam, saquinavir, ...
Epsicapron (Ácido Aminocaproíco) (Hemostático; tratamento da hemorragia devido a	Anorexia, arritmias, enfartamento, cólicas, diarreia, hipotensão, miopatias, congestão nasal, náuseas, insuficiência renal, tinte	PO; IV	IV Intermitente: diluir 4 a 5 g em 250 ml NaCl 0,9%, D 5%, sol. Ringer (60 min); IV Contínuo: diluir em 50 ml (1g/hr. velocidade de 4 ml)	

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



hemorragia devido a fibrinólise)			velocidade de 4 ml) IV direto: não é recomendado, mas em situação de urgência administrar lentamente	
Eritromicina (Anti-infeccioso)	Náuseas, vômitos, febre no local IV;	PO (administrar sempre à mesma hora); IV; Tópico;	IV bolus: adicionar 10ml de água esterilizada a frascos de 250 ou 500mg e 20ml a frasco de 1g. IV intermitente: diluir adicionando 100-250ml de NaCl 0,9% ou D5% (administrar durante 20 a 60min).	Incompatibilidade em seringa: heparina;
Esomeprazol (inibidores da bomba de prótons)	Dificuldade repentina em respirar, inchaço dos seus lábios, língua e garganta ou do corpo, erupção cutânea ou perda de consciência ou dificuldade em engolir (reação alérgica grave). Vermelhidão da pele com vesículas ou pele descamada.	IV	IV bolus: Diluir em 10 ml	
Escopolamina (Anticolinérgico – propriedades sedativas, Antiemético)	Sonolência, visão turva, hestação urinária;	Transdérmico; IM; IV; SC;	IV bolus: deverá ser diluída em 20ml de NaCl 0,9% ou a.p.p. i antes da administração;	Heparina, succinato sódico de cortisona, cloreto de potássio, sufentanil, complexo de vt. B e C.
Fenitina (Anticonvulsivante – tratamento e prevenção das convulsões tónico-clónicas e das parciais complexas;	Ataxia, diplopia, nistagma, hipotensão, hiperplasia gengival, hipertirose, erupções cutâneas, ANEMIA APLÁSICA, AGRANULOCITOSE, SINDROME DE STEVENS-JOHNSON;	PO (administrar às refeições ou imediatamente após as refeições); IV; IM;	IV bolus: administrar 50mg por min (administração rápida por provocar hipotensão grave); IV intermitente: diluir em 50ml de NaCl 0,9% (monitorizar a FC e TA ao longo da	Na derivação em Y: ciprofloxacina, diltiazem, cloreto de potássio, sufentanil, complexo de vt. B e C; Pelo risco de precipitar não misturar

	5º CURSO DE POS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



antiarrítmico)			administração);	com outras soluções ou fármacos, nomeadamente, dextrose.
Fitomenadiona (Vitamina lipossolúvel – vt. K)	Eritema, edema, dor no local da injeção;	PO; IM; IV; SC;	IV bolus: administrado na forma não diluída; Perfusão intermitente: diluída em NaCl 0,9%, D5%.	Dobutamina;
Flumazenil (antídoto – antagonista das benzodiazepinas)	Tonturas, náuseas, vômitos, CONVULSÕES;	IV	IV bolus: não diluir ou diluir na seringa com NaCl 0,9%;	
Furosemida (Diurético/Antihipertensor)	Alcalose metabólica, hipovolemia, desidratação, hiponatremia, hipocalemia, hipocloremia, hipomagnesemia;	PO; IM; IV;	IV direto: não diluir;	Doxapram, esmolol, gentamicina, morfina, droperidol, hidralazina, metoclopramida, vecurónio, ...
Haloperidol (Antipsicótico)	Reações extrapiramidais, convulsões, secura ocular, visão turva, obstipação, secura da boca;	PO (administrar com alimentos ou água para minimizar irritação gástrica); IV; IM;	IV direto: não diluir (5 mg/ min) IM: não diluir;	Heparina, ceterolac, piperacilina/tazobactam, cefmetazol, ...)
Heparina (Anticoagulante - antitrombótico)	HEMORRAGIAS, anemia, trombocitopenia;	IV; SC;	IV direto	Em seringa: anicacina, amiodarona, clopramazina, diazepam, etromicina, vancomicina, varfarina;
Hidralazina (antihipertensor – vasodilatador)	Retenção de sódio, taquicardia, síndrome de lúpus induzido por fármacos;	PO (administrar com refeições consistentes para otimizar a absorção); IV; IM;	IV direto: não diluir, administrando através da derivação em Y ou torneira de 3 vias;	Aminofilina, ampicilina, diazóxido, furosemida
Hidrocortisona Corticosteróide, anti-inflamatório, imunossupressor	Depressão, euforia, hipertensão, náuseas, anorexia, pefequias, equimoses, supressão das supra-renais, perda da massa muscular;	Prednisolona - PO; IV; IM;	Prednisolona: IV: cada ampola diluir com 1-2ml de NaCl 0,9%;	Gluceptato de cálcio, metotrexato, sulfato de polimixina B

	5º CURSO DE POS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--

algumas arritmias;				
Levofloxacina (Anti-infeccioso) Analgésico não opiáceo) Tratamento de infeções das vias urinárias, das vias respiratórias	Convulsões, tonturas, sonolência, cefaleias, insónias, arritmias, colite pseudomembranosa, dor abdominal, diarreia, náuseas, anafilaxia e síndrome stevens-johnson.	IV, PO	IV directo: não diluir IV contínuo: Administrar 250 mg em 30 minutos; 500 mg em 60 minutos. É compatível com cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%.	
Labelolol (Antianginoso, antihipertensor)	Fadiga, fraqueza, ARRITMIAS, BRADICARDIA, ICC, EDEMA PULMONAR, hipotensão ortostática, impotência;	PO, IV;	IV directo: não diluir; IV contínuo: diluir 200mg a 160ml de solvente ou 200mg a 250ml de D5%, NaCl 0,9% (perfundir através de uma bomba perfusora);	Varfarina, bicarbonato de sódio, anfotericina B colisteril;
Lidocaina (Anestésico/Adjuvante de anestesia); Antiarritmico	Necrose, vermelhidão, anafilaxia;	IM, IV;	IM: a solução IV deve apenas ser usada quando lidocaina é usada como antiarritmico, sendo neste caso o solvente D5% IV: administrar por perfusão sem ser diluído;	
Manitol (Diurético – osmótico)	Expansão do volume transatório;	IV;	IV: administrar por perfusão sem ser diluído;	Cefepime, filgrastim;
Metoclopramida (antiemético/ Estimulante GI)	agitação, sonolência, fadiga, reacções extrapiramidas	IM, IV	IV: não diluído (1/2 min – a administração rápida pode causar sensação de ansiedade ou agitação transitória) IV Intermitente: em 50 ml de NaCl 0,9%, D5% durante pelo menos 15 min. Contínua: 500 ml de NaCl 0,9%; D 5%;	Incompatibilidade: Furosemida, cefepima

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--

algumas arritmias;				
Levofloxacina (Anti-infeccioso) Analgésico não opiáceo) Tratamento de infeções das vias urinárias, das vias respiratórias	Convulsões, tonturas, sonolência, cefaleias, insónias, arritmias, colite pseudomembranosa, dor abdominal, diarreia, náuseas, anafilaxia e síndrome stevens-johnson.	IV, PO	IV directo: não diluir IV contínuo: Administrar 250 mg em 30 minutos; 500 mg em 60 minutos. É compatível com cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%.	
Labelolol (Antianginoso, antihipertensor)	Fadiga, fraqueza, ARRITMIAS, BRADICARDIA, ICC, EDEMA PULMONAR, hipotensão ortostática, impotência;	PO, IV;	IV directo: não diluir; IV contínuo: diluir 200mg a 160ml de solvente ou 200mg a 250ml de D5%, NaCl 0,9% (perfundir através de uma bomba perfusora);	Varfarina, bicarbonato de sódio, anfotericina B colisteril;
Lidocaina (Anestésico/Adjuvante de anestesia); Antiarritmico	Necrose, vermelhidão, anafilaxia;	IM, IV;	IM: a solução IV deve apenas ser usada quando lidocaina é usada como antiarritmico, sendo neste caso o solvente D5% IV: administrar por perfusão sem ser diluído;	
Manitol (Diurético – osmótico)	Expansão do volume transatório;	IV;	IV: administrar por perfusão sem ser diluído;	Cefepime, filgrastim;
Metoclopramida (antiemético/ Estimulante GI)	agitação, sonolência, fadiga, reacções extrapiramidas	IM, IV	IV: não diluído (1/2 min – a administração rápida pode causar sensação de ansiedade ou agitação transitória) IV Intermitente: em 50 ml de NaCl 0,9%, D5% durante pelo menos 15 min. Contínua: 500 ml de NaCl 0,9%; D 5%;	Incompatibilidade: Furosemida, cefepima

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

			lactato de sódio composto, durante 8 a 12 hrs.	
Morfina (Analgésico opiáceo)	Sedação, confusão, DEPRESSÃO RESPIRATORIA, hipotensão, obstipação;	PO; IM; IV; SC; Epidural;	IV bólus: 1ml de morfina em 9ml de SF;	Heparina, cefepime;
Naloxona (Antídoto (para opiáceos), antagonistas dos opiáceos)	Taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, hipo e hipertensão, náuseas, vômitos	IM; IV; SC	IV directo: administrar sem ser diluído, caso haja suspeita de sobredosagem de opiáceos IV Contínuo: diluir em 2 mg em 500 ml de NaCl 0,9%	Preparações que contenham bífittos, sulfitos, soluções com pH alcalino.
Nimodipina (Bloqueador dos canais de cálcio)	Arritmias, ICC, dispneia, bradicardia, hipotensão, palpitações, diarreia, náuseas, vômitos, rubor, parestesias	PO; IV	IV contínuo: administrar por CVC, diluindo 1 mg em 4 ml NaCl 0,9%, D 5%, sol. Lactato de Ringer.	
Naradrenalina (Vasopressor – tratamento do choque)	Angina do peito, hipertensão, taquicardia	IV	IV: não diluído Contínuo: diluir 4 mg em 1000 ml de NaCl 0,9% ou D5%	
Obidoxina (Cloridrato) Antipsicótico?	Sedação, reações extrapiramidais, hipotensão, taquicardia, obstipação, boca seca, agranulocitose, erupções cutâneas	IM; IV; SC; PO	IV: directo sem ser diluído, lentamente, 1. a 3 min Não deve ser administrado mais de 50 mg em 10 min	

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Propranolol (Antianginoso, antihipertensor)	Arritmias, bradicardia, ICC, edema pulmonar	IV	IV: não diluído ou diluir 1 mg em 10 ml de D5% (1 min) ou em 50 ml de NaCl 0,9%, D5% ... (10-15 min)	Diazóxido
Propofol (anestésico – sedação para intubação, ventilação mecânica)	Apneia, bradicardia, hipotensão, dor, ardor, sensação de queimadura	IV	IV: não diluído (agitar bem antes de usar) se diluído usar apenas D5% para uma concentração não inferior a 2 mg/ml (3 a 5 min)	Atracúrio, sangue, plasma, não misturar com outros fármacos
Piperazina/Tazobactam (Anti-infecciosos)	CONVULSOES, erupções, hipocalcemia, febre no local IV, dor no local IM, ANAUXIA, DOENÇA DO SORO,	IM; IV;	IV: reconstituir com 5ml de NaCl 0,9%, a.p.i. ou D5%. Diluir com pelo menos 50ml de solvente (não usar lactato de Ringer – incompatibilidade). IM: adicionar 4ml de NaCl 0,9% a cada frasco de 2g; 6ml a cada frasco de 3g e 8ml a cada frasco de 4g;	Clorpromazina, dobutamina, dobutamina, droperidol, haloperidol, hidroxizina, miconazol, vancomicina;
Ranitidina (Antiulceroso, inibidor da secreção gástrica de ácido)	Confusão, arritmias, agranulocitose, anemia plástica, alteração do paladar, fezes escuras	PO; IM; IV;	IV: diluir 50 mg em 20 ml de NaCl 0,9% ou D5% (5 min). Intermitente: diluir 50 mg em 100 ml de NaCl 0,9% ou D5% (15 a 20 min)	Fenobarbital, hidroxizina, metotrimetoprazina, midazolam, penobarbital, anfotericina B, cindamicina
Remifentanil (clonidrab)		IV	IV: diluir 1/25 mg em 1/25 ml de solvente Contínuo: diluir em a.p.i.: NaCl 0,9% ou a 0,45% . D 5%	Lactato de ringer, ou lactato de ringer com glicose a 5%
Salbutamol	Nervosismo, inquietação, dor no peito, palpitações, náuseas, vômitos	Inalação; PO		

	5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
--	--	--



(Broncodilatador)				
Tiopental (Anestésico: indução e manutenção da anestesia geral)	Sedação excessiva	IV	IV: concentração 25 mg/ml em a.p.p.i. D5%, NaCl 0,9% (administrar lentamente); se Contínuo: diluir 1g em 250-500 ml D5%, NaCl 0,9%	
Tramadol (Analgésicos de acção central)	Tonturas/vertigens, cefaleias, sonolência, CONVULSOES, náuseas, obstipação;	PO; IV;	IV: 100mg diluir em 100ml de NaCl 0,9%.	
Valproato de sódio (anticonvulsivante)	Náuseas, vômitos, indigestão, hepatotoxicidade	IV	IV: 400 mg em 4 ml de a.p.p.i. (3 min) Intermitente: 400 mg em 500 ml NaCl 0,9%, D5%.	
Vancomicina (Anti-infeccioso)	Nefrotoxicidade, flebite;	IV; PO;	Parusao intermitente: diluir 200mg em 10ml de a.p.p.i.; Diluir adicionalmente com 100-200ml de NaCl 0,9%.	Albumina, cefepima, heparina, idarrubicina, piperacilina/tazobactam;
Verapamil (antianginoso, antihipertensor, antiarrítmico, supressor da enxaqueca)	Arritmias, ICC, edemas, bradicardia, hipotensão	I.V.	IV: não diluído (2 min)	Albumina, ampicilina, axocilina, bicarbonato de sódio
Voluven (solução para infusão intravenosa- cloreto de sódio + hidroxietilamido)		IV	IV contínuo: Reposição do volume plasmático	Não deve ser usado como veículo de medicamentos

	5º CURSO DE POS-LI CENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDI CO-CIRURGICA	
--	--	--



Bibliografia: DEGLIN, J.; VALLERAND, A. (2003) – Guia Farmacológico para Enfermeiros. 7ªed. Lisboa: Lusociência.

	5º CURSO DE POS-LI CENCIATURA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDI CO-CIRURGICA	
--	--	--

ANEXO VIII – AÇÃO DE FORMAÇÃO O USO DA CLORO-HEXIDINA NA PREVENÇÃO DAS BACTERIÉMIAS ASSOCIADAS AO CVC

- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ARTIGO DE REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA “O USO DA CLORO-HEXIDINA NA
PREVENÇÃO DAS BACTERIÉMIAS ASSOCIADAS AO CVC”**
- PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**
- APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
(DIAPOSITIVOS)**
- FICHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**
- AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA “O
USO DA CLORO-HEXIDINA NA PREVENÇÃO DAS BACTERIÉMIAS
ASSOCIADAS AO CVC”**

O uso da Cloro-Hexidina na Prevenção de bacteriemia associada a Cateter Venoso Central

The use of chlorhexidine in preventing central venous catheter related bacteraemia

Pinto, M⁽¹⁾

Coelho, P⁽²⁾

Correspondência:

⁽¹⁾ Enfermeira no Instituto Português de Oncologia do Porto, Serviço de Oncologia Médica Piso 4; Estudante do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal, mail: martaleitepinto@hotmail.com

⁽²⁾ Sob orientação da Enf^a Patrícia Coelho, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Resumo

A introdução de dispositivos invasivos tais como o cateter venoso central, são cada vez mais frequentes nos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, indispensáveis ao doente crítico mas igualmente prejudiciais nos riscos associados às infeções que facilmente conduzem á doença ou morte. As bacteriémias associadas ao cateterismos venosos centrais tem significativas prevalências em Portugal e em todo o mundo.

Os cuidados de Enfermagem assentes em recomendações e estratégias baseadas na evidencia, podem diminuir significativamente a taxa de morbi/mortalidade associada às bacteriémias provocadas pelo cateterismo venoso central.

Este artigo tem como um dos objetivos explicar as medidas de prevenção das infeções sanguíneas associadas ao cateter venoso central, dando especial ênfase ao uso da cloro-hexidina como um elemento importante na prevenção das mesmas.

Palavras-Chave: Cateter Venoso Central(CVC); Bacteriémia; enfermagem; cloro-hexidina

Abstract

The insertion of invasive devices such as the ventral venous catheter is more often found in intensive care patients, indispensables to critic patients but equally harmful in what concern about infections that easily lead to disease or death. The central venous catheter related bacteraemia has significant prevalence in Portugal as well around the world.

The nursing care recommendations and strategies based on evidence can significantly reduce the morbi/mortality associated with bacteraemia caused by central venous catheterism.

This article has as one of his objectives the explanation of the measures in preventing central venous catheter related bloodstream infections, giving special attention to the use of chlorhexidine as an important element in prevention of these infections.

Key-words: Central venous catheter (CVC); Bacteraemia; Nursing; Chlorhexidine

Introdução / relevância do assunto

A rápida e assombrosa evolução da medicina intensiva de diagnóstico e tratamento conduziu ao aumento da invasibilidade dos procedimentos praticados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estes procedimentos por vezes vitais para o doente, são igualmente a causa de várias complicações, nomeadamente as infeções, nestas destacamos as bacteriémias associadas aos dispositivos de cateterismo central que estão entre as complicações mais graves nos cuidados de saúde, piorando a gravidade da doença de base do doente, prolongando o período de internamento e aumentando o custo dos cuidados relacionados com o internamento e medicação.¹

O último inquérito de prevalência conduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 55 hospitais de 14 países, revelaram que 8,7% dos doentes internados têm probabilidade de adquirir uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) traduzida num aumento da mortalidade dos doentes internados e numa das maiores causas de morte no mundo.²

Em Portugal, um estudo de prevalência do Instituto Nacional de Saúde de Ricardo Jorge em 2003, envolvendo 67 hospitais e 1673 doentes, revela uma prevalência de 8,4%.³

Estes dados patenteiam a importância da adoção de medidas para prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Nos estados unidos há uma mortalidade de 18% associada às CR-BSIS e está associado a um custo excessivo de 18,432dolares e um internamento de mais de 12 dias.⁴

A adoção de estratégias preventivas, e de uma prática baseada na evidência, por parte dos profissionais de enfermagem são fundamentais na prevenção das bacteriémias associadas aos CVC's.

A Joint Commission (JCAHO) exige aos hospitais a implementação de guidelines para a prática com base na evidencia para prevenir as infeções do sistema Sanguíneo associadas ao CVC, as quais são designadas pelos autores por (CR BSIS).⁴

No presente artigo, damos ênfase à prevenção das bacteriémias associadas aos dispositivos venosos centrais descritas em cinco passos.

A infeção é causada quer pela migração de microorganismos presentes na pele, quer pela migração de microorganismos que contaminam as portas de entrada dos lumens do cateter.⁵

Este artigo irá focar-se nas recomendações mais atuais da literatura para antissepsia da pele e dos dispositivos, durante a inserção, manutenção e manipulação dos cateteres venosos centrais, para prevenção das bacteriémias associadas aos mesmos. Assim, este artigo estrutura-se em dois grandes tópicos, o primeiro sobre as recomendações actuais para a prevenção das bacteriémias, com a abordagem das “care bundles” das quais faz parte a antissepsia cutânea com cloro-hexidina, que será abordada no segundo tópico do presente artigo.

Metodologia

Foi efectuada uma pesquisa avançada nas bases de dados da CINALHL e Medline, utilizando como descritores booleanos “chlorhexidine” and “skin antissepsis” and “central venous cateter”, como critérios de inclusão foram selecionados artigos completos, com referências disponíveis, analisados por especialistas, com texto completo e datas de publicação dos últimos 5 anos (2007-2012). Foram encontrados 20 resultados na CINALHL e 2 resultados na Medline, os artigos utilizados encontram-se disponíveis online através do link disponível nas referências bibliográficas.

Os restantes artigos foram disponibilizados pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO) e por pesquisa no Google-academyc.

A- Prevenção das bacteriémias associadas aos CVC's – Recomendações práticas “Care Bundles” :

Os cuidados de Enfermagem contribuem positivamente para diminuição das taxas de morbi/mortalidade associadas às bacteriémias provocadas pelos CVC's.

Uma vez que a inserção dos CVC impõe a colaboração de enfermagem, bem como a sua manipulação aquando a administração de terapêutica e a manutenção dos CVC's com a execução dos pensos, ser da nossa responsabilidade, exige-se formação sobre recomendações de atuação com vista á prevenção das CR-BSIS. Os autores preconizam o conjunto das práticas em detrimento das praticas usadas individualmente efetivas na melhoria dos cuidados de enfermagem e consequentemente na prevenção das CR-BSIS. ⁴

Num Protocolo usado no Rady Children's Hospital in San Diego, Halter ¹ identifica cinco medidas efectivas na redução da taxa de infecção. Pronovost ⁶ agrupou as mesmas medidas, e segundo este a sua implementação reduz em 66% a taxa de infecção associada a cvc. As cinco medidas constituem as “care bundles” e são as seguintes:

- Higiene das mãos rigorosa para remover a flora transitória da pele que pode ser transferida de outros doentes ou superfícies, a higiene das mãos deve ser realizada sempre que as mãos estão sujas, antes e depois de procedimentos invasivos, antes de tratar de um novo doente, após retirada das luvas, antes de comer, após ir ao wc e se suspeita de contaminação;
- Máximas barreiras de proteção antes e durante o procedimento de inserção do CVC, barreiras estas que incluem não só a lavagem das mãos como o uso de touca, máscara, bata e luvas esterilizadas por parte dos profissionais bem como a proteção do doente com campo

esterilizado que o cubra da cabeça aos pés e óculo para o local de inserção;

- Antissepsia da pele com cloro-hexidina a 2% em 70% de álcool isopropílico, aplicando durante pelo menos 30 segundos e deixando secar 2 minutos antes de puncionar. A evidência mostra que esta é a mais eficaz na redução da flora bacteriana da pele do local de inserção do cateter, (comparativamente ao álcool a 70% e iodopovidona) tendo também um efeito residual que não é verificado com o álcool e a iodopovidona;
- Seleção do local de inserção do cateter, dando preferência á subclávia. (evitando a femoral nos adultos). Embora a preferência da maior parte dos intensivistas e anestesiológicas pela jugular interna, devido á sua fácil inserção, a evidencia demonstra que os acessos colocados na subclávia tem menor risco de infeção;
- avaliação diária da necessidade do CVC dado que o risco de infeção aumenta quantos mais dias o cateter permanecer colocado na pele. O CVC é um substrato ideal á formação de biofilme, deve por isso ser reavaliada diariamente a sua necessidade a fim de remover ou substituir por veia periférica sempre que possível.

As guidelines apresentadas no artigo EPIC ³ fazem referência a algumas das “care bundles” nomeadamente a higienização das mãos, a limpeza da pele com cloro-hexidina e a avaliação diária da necessidade do CVC, contudo despertam no seu artigo atenção para o despiste dos sinais inflamatórios no local de inserção do CVC, conservando a integridade da pele com uma película transparente que deve ser mudada a cada 7 dias, a compressa a cada 48 horas a menos que a integridade da película esteja comprometida ou danificada. Se o revestimento não ficar oclusivo para o ar e humidade deve ser removido de imediato.³

B- A eficácia da cloro-hexidina na antissepsia cutânea

Os microorganismos que colonizam quer a pele no local de inserção do CVC quer os conectores (portas de entrada dos lúmens) estão na origem das bacteriémias associadas ao CVC (CR-BSIS)⁴

Estes microorganismos migram do local de insecção extra-lumen e pelos conectores pela via intra-lumen durante as manipulações do CVC.

Staphylococcus coagulase negativa, particularmente Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus áureos, espécies de Candida e enterococcus são os mais frequentemente incluídos na CR-BSI.³

Assim, a limpeza/antissepsia da pele no local de inserção do CVC é uma das mais importantes medidas na prevenção da bacteriémia associada ao CVC.

HICPAC ⁹ evidenciou que a solução aquosa de chlorhexidina a 2% é mais eficaz na redução das bacteriémias comparativamente á iodopovidona a 10% ou ao álcool a 70%.

As cargas positivas da cloro-hexidina atraem as cargas negativas dos microorganismos quebrando a membrane celular das bacterias (Jones, 1997). Russel and Chopra já nos diziam que a cloro-hexidina é bacteriostatica em baixas concentrações enquanto que em altas concentrações é bactericida, tendo uma ação residual de seis horas.⁸

Contudo, não fazem qualquer recomendação no que diz respeito ao uso de agentes desinfetantes na limpeza do local de inserção durante a manutenção do cateter.⁹

Já na Inglaterra um estudo conclui que a desinfeção dos conectores cloro-hexidina/álcool ou iodopovidona reduziram significativamente a contaminação microbiana externa.

Uma aplicação única de solução alcoólica de gluconato de cloro-hexidina (2% gluconato de cloro-hexidina em 70% álcool isopropílico) deve ser usada na descontaminação da porta de entrada ou no conector do cateter antes e depois de cada utilização deixando secar. Uma solução aquosa de gluconato de

chlorhexidina ou a solução de iodopovidona devem ser usadas no caso de incompatibilidade ao material descrita pelo fabricante.³

Uma meta análise publicada em 2004 comparou o risco de bacteriemia associada ao CVC no seguimento dos cuidados ao local de inserção do CVC utilizando a solução de Gluconato de Cloro-hexidina (CGH) e a solução de iodopovidona, demonstrando uma maior eficácia da solução de CHG reduzindo as infecções em 49% dos doentes hospitalizados que requeriam cateterização venosa central. Ou seja, por cada 1000 cateteres desinfectados com CHG em vez de solução de iodopovidona, 71 episódios de colonização de cateter e 11 episódios de bacteriemia associada ao CVC podem ser prevenidos.⁴

Foi também comparada a eficácia das soluções alcoólicas de CHG a 0,5% e 1% e a solução aquosa de 2% de CHG, verificando que todas as soluções tinham a concentração mínima inibitória para a maioria das bactérias e leveduras nosocomiais.

Um estudo prospectivo randomizado sobre agentes antissépticos cutâneos demonstraram que a solução de 2% de chlorhexidina era mais eficaz que a solução de 10% de iodopovidona ou 70% de álcool na prevenção das infecções nos acessos venosos centrais.⁴

Um estudo adicional comparou a eficácia da solução aquosa de 2% de cloro-hexidina com a iodopovidona, demonstrando que a cloro-hexidina é significativamente mais eficaz na redução da colonização do CVC.⁴ Contudo não foi comparada esta solução de cloro-hexidina á solução alcoólica.

Os germânicos foram mais longe, e publicaram um estudo prospectivo onde compararam a desinfeção da pele executada com 10% de iodopovidona, 0,5% de cloro-hexidina, 70% de propanol ou 0,5% de cloro-hexidina em 70% de propanol seguido de 10% de iodopovidona. Os investigadores concluíram que a desinfeção da pele com aplicação sequencial de propanol/chlorhexidina seguido de iodopovidona eram obtidos níveis superiores de prevenção da colonização microbiana comparativamente á sua utilização separadamente.³

Contudo, a maioria dos estudos citados nesta revisão defende a solução alcoólica de cloro-hexidina na antisepsia da pele prévia á inserção do cateter,

uma vez que combina os benefícios da rápida atuação e excelente atividade residual.⁴

Nos casos de sensibilidade á cloro-hexidina deve ser usada uma solução alcoólica de iodopovidona.

Relativamente á manutenção dos CVC's na limpeza do local de inserção do cateter durante a mudança do penso, deve ser igualmente usada uma solução alcoólica de gluconato de cloro-hexidina, permitindo que seque ao ar.

Kaler e os seus colegas conduziram um estudo Rady Childrens Hospital para determinar o tempo necessário e o desinfetante a usar no acto de desinfetar o conector. Os investigadores concluíram que o uso de álcool ou solução alcoólica de cloro-hexidina com fricção de 15 segundos era eficaz na desinfeção da porta de entrada dos CVC's.³

Discussão dos resultados/ Conclusão

Assim, a limpeza/antisepsia da pele no local de inserção do CVC demonstrou ser uma das mais importantes medidas na prevenção da bacteriémia associada ao CVC.

A solução alcoólica de cloro-hexidina a 2% provou ser a mais eficaz na redução das bacteriémias comparativamente á iodopovidona a 10% ou ao álcool a 70%.

Embora as bacteriémias associadas aos cateteres venosos centrais sejam um problema comum em vários países, verificam-se ainda diferenças significativas nos protocolos de cuidados relativos aos cateteres venosos centrais, de hospital para hospital e de serviço para serviço dentro da mesma instituição. Urge uma consciencialização da necessidade de criar protocolos comuns aos serviços e ás instituições de forma a uniformizar os cuidados e assegurar a sua continua melhoria.

Bibliografia

1. CDC. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.[base de dados da internet]. 2011[acesso em 2012 Mai 22]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html>
2. Halter C, Hebden J, Kaler W, Zack J. Walk the walk to reduce catheter related bloodstream infections. 2010 [acesso em 2012 Mai 27]. Disponível em: <http://www.americannursetoday.com/article.aspx?id=6174&fid=6116>
3. Mathes N, Cardoso M. “Avaliação e redução das infeções da ferida operatória e infeções associadas a dispositivos em uci”. Instituto de qualidade em saúde. Portugal: Qualidade em Saúde. 2006; 14:27
4. Pratt R.J, Pellowe C.M, Wilson J.A, Loveday H.P, Harper P.J., Jones S.R.L.J, McDougall C, Wilcox M.H. Epic 2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. Journal of Hospital Infection. 2007. [acesso em 2012 Mai 22]. Disponível em: [http://www.area-c54.it/public/national%20evidence based%20guidelines%20for%20preventing%20healthcare associated%20infections%20in%20nhs%20hospitals%20in%20england.pdf](http://www.area-c54.it/public/national%20evidence%20based%20guidelines%20for%20preventing%20healthcare%20associated%20infections%20in%20nhs%20hospitals%20in%20england.pdf)
5. Donnellan PD, Real K, Pennington J, Reid R, Dreyer J, Rico J, Boston K, Nibeillíú M. GuardIVa. A novel antimicrobial haemostatic IV dressing.[Base de dados na internet]. British Journal of Nursing, 2012

- (Intravenous Supplement), Vol 21, No 2. [acesso em 2012 Mai 22]
Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/>
6. Curry S, Honeycutt M, Gains G, Gilliam C. Catheter- associated bloodstream infections in the NICU: Guetting to Zero. [Base de dados na internet] 2009. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/>
 7. Direcção Geral de Saúde. [internet]. [local desconhecido]: Programa Nacional Controlo Infeccao;2007 [acesso em 2012 Jun 11] Disponível em: <http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/.pdf>
 8. World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hands. World Health Organization. Geneva. 2005. 11 junho. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf
 9. Frasca, D; Fizelier, Dahyot; Mimos, O. Prevention of Central Venous Catheter related Infection in the Intensive Care Unit. In Vincent J.L. (ed.) Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine, 2010, Berlin,222-235. Disponível em: <http://ccforum.com/content/14/2/212>
 10. Pronovost, Peter; Needham, Dale; Berenholtz, Sean; Sinopoli. A Intervention to decrease Catheter Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 2006; 335: 2725-2732. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa061115#t=articleResults>
 11. Pearson ML. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Prevention of Intravasculardevice- related Infections. Infection Control and Hospital Epidemiology 1996;17:438–473. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>

PLANO DA FORMAÇÃO

Identificação da Ação de Formação		
Tema: O uso da Cloro-Hexidina na Prevenção das Bacteriemias associadas ao CVC		
Formador: Enfª Marta Pinto	Local da Formação: Unidade de Queimados/ Cuidados Especiais do Hospital da Prelada	Duração da Sessão: 15 minutos
Destinatários: Enfermeiros e Alunos do curso de licenciatura em Enfermagem	Características dos Destinatários: <u>Nº de participantes:</u> 8 <u>Idades:</u> compreendidas entre os 21 e os 50 anos <u>Habilitações Académicas:</u> licenciatura, pós-licenciatura de especialização em enfermagem	
Documentação Pedagógica para o formando	Manual de Apoio "O uso da Cloro-Hexidina na Prevenção das bacteriemias associadas ao CVC"	

	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	ACTIVIDADES PEDAGÓGICO-DIDÁCTICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema da sessão - Verificação dos pré-requisitos: “a clo-hexidina como agente antisseptico” - Impacto das bacteriémias associadas ao CVC - Comunicação dos Objectivos 	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Interrogativo (Técnica das Perguntas)</p>	Formulação de perguntas aos formandos	Computador Projector Multimédia	<p>Avaliação Diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificação dos pré-requisitos (verificação de conhecimentos sobre o tema) 	4 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Origem das bacteriémias associadas ao CVC Recomendações Práticas para Prevenção das Bacteriémias associadas ao CVC - Care Bundles - A eficácia da Cloro-Hexidina (estudos desenvolvidos) 	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Activo</p>	<p>Formulação de perguntas aos formandos</p> <p>Apresentação da Ação em smartArt</p>	Computador Projector Multimédia	<p>Avaliação Formativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação dos formandos 	7 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese Global - Esclarecimento de Questões - Mensagem Final - Encerramento da Sessão 	<p>Método Activo</p> <p>Método Interrogativo</p>	<p>Formulação de perguntas aos formandos</p> <p>Apresentação da ação em smartArt</p>	Computador Projector Multimédia	<p>Avaliação Formativa</p> <p>(informal através de perguntas aleatórias)</p>	4 minutos

APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO (DIAPOSITIVOS)



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

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estágio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade de Queimados/ Unidade de Cuidados Especiais
Hospital da Prelada

“O uso da Cloro-Hexidina na prevenção das bacteriémias associadas ao Cateter Venoso Central”

Elaborado pela aluna: Marta Pinto
Orientado pela Professora Patrícia Coelho

Objectivos da Ação

Sensibilizar para a prevenção das bacteriemias associadas ao CVC

Explicar as medidas de prevenção das bacteriémias associadas ao cateter venoso central;

Compreender a importância do uso de cloro-hexidina na prevenção das bacteriemias

Pertinência do Assunto

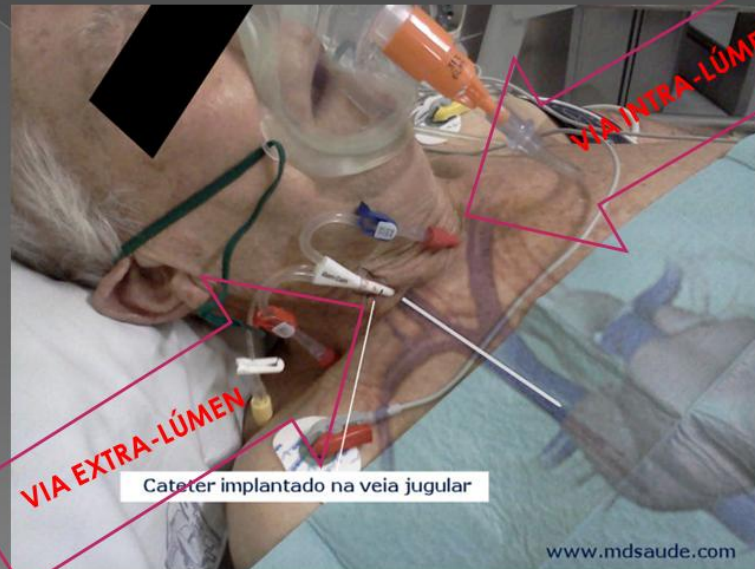
Rápida
evolução da
Medicina
Intensiva

Invasibilidade
Dos
procedimentos

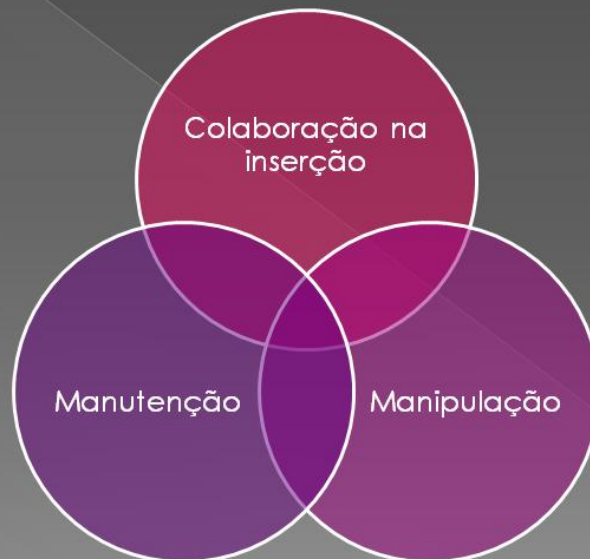
Bacteriemias
associadas
Ao
CVC

- Prolongamento
do período de
internamento
- Aumento dos
custos de
internamento e
medicação

Infeções associadas ao CVC



Recomendações práticas para a prevenção das bacteremias associadas ao CVC



Recomendações práticas para a prevenção das bacteriemias associadas ao CVC

Os cuidados de Enfermagem contribuem positivamente para a diminuição das taxas de morbi/mortalidade associadas às bacteriémias provocadas pelos CVC's.

Exige-se formação sobre recomendações de atuação com vista á prevenção das CR-BSIS

Halter descreve num Protocolo usado no Rady Children's Hospital in San Diego, cinco medidas efectivas na redução da taxa de infecção.

Pronovost agrupou as 5 medidas: reduzem em 66% a taxa de infecção associada a cvc.

Higiene das mãos

Máximas barreiras de proteção

Antissepsia da pele com cloro-hexidina;

Seleccção do local de inserção do cateter;

Avaliação diária da necessidade do CVC

“CARE BUNDLES”

A eficácia da Cloro- Hexidina

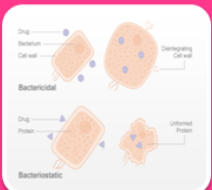
estudos



As cargas positivas da cloro-hexidina atraem as cargas negativas dos microrganismos quebrando a membrana celular das bactérias (Jones, 1997).



Foi também comparada a eficácia das soluções alcoólicas de CHG a 0,5% e 1% e a solução aquosa de 2% de CHG, verificando que todas as soluções tinham a concentração mínima inibitória para a maioria das bactérias e leveduras nosocomiais.



Russel and Chopra já nos diziam que a cloro-hexidina é bacteriostática em baixas concentrações enquanto que em altas concentrações é bactericida, tendo uma ação residual de seis horas.



Uma meta-análise publicada em 2004 comparou o risco de bacteriemia associada ao CVC no seguimento dos cuidados ao local de inserção do CVC utilizando a solução de Gluconato de Cloro-hexidina (CGH) e a solução de iodopovidona, demonstrando uma maior eficácia da solução de CHG reduzindo as infeções em 49% dos doentes hospitalizados que requeriam cateterização venosa central.



Um estudo prospetivo randomizado sobre agentes antissépticos cutâneos demonstraram que a solução de 2% de clorhexidina era mais eficaz que a solução de 10% de iodopovidona ou 70% de álcool na prevenção das infeções nos acessos venosos centrais



Os germânicos foram mais longe, e publicaram um estudo prospetivo onde compararam a desinfeção da pele executada com 10% de iodopovidona, 0,5% de cloro-hexidina, 70% de propanol ou 0,5% de cloro-hexidina em 70% de propanol seguido de 10% de iodopovidona.



Kaler e os seus colegas conduziram um estudo Rady Childrens Hospital para determinar o tempo necessário e o desinfetante a usar no acto de desinfectar o conector. Os investigadores concluíram que o uso de álcool ou solução alcoólica de cloro-hexidina com fricção de 15 segundos era eficaz na desinfeção da porta de entrada dos CVC's



Nos casos de sensibilidade á cloro-hexidina deve ser usada uma solução alcoolica de iodopovidona



Uma solução aquosa de gluconato de clorhexidina ou a solução de iodopovidona devem ser usadas no caso de incompatibilidade ao material descrita pelo fabricante

Resultados / Conclusões

A limpeza/antissepsia da pele no local de inserção do CVC é uma das mais importantes medidas na prevenção da bacteriemia associada ao CVC.

A evidencia científica declara a solução alcoólica de cloro-hexidina a 2% é mais eficaz na redução das bacteriémias comparativamente á iodopovidona a 10% ou ao álcool a 70%.

Discussão/ Conclusões



- ♣ Embora as bacteriémias associadas aos CVC's sejam um problema comum em vários países, verificam-se ainda diferenças significativas nos protocolos de cuidados relativos aos cateteres venosos centrais, de hospital para hospital e de serviço para serviço dentro da mesma instituição.
- ♣ Urge uma consciencialização da necessidade de criar protocolos comuns aos serviços e ás instituições de forma a uniformizar os cuidados e assegurar a sua continua melhoria.

Bibliografia

- CDC. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. [base de dados da internet]. 2011 [acesso em 2012 Mai 22]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html>
- Halter C, Hebden J, Kaler W, Zack J. Walk the walk to reduce catheter related bloodstream infections. 2010 [acesso em 2012 Mai 27]. Disponível em: <http://www.americannurse.to-day.com/article.aspx?id=6174&fid=6116>
- Mathes N, Cardoso M. "Avaliação e redução das infeções da ferida operatória e infeções associadas a dispositivos em uci". Instituto de qualidade em saúde. Portugal: Qualidade em Saúde. 2006; 14:27
- Pratt R.J, Pellowe C.M, Wilson J.A, Loveday H.P, Harper P.J., Jones S.R.L.J, McDougall C, Wilcox M.H. Epic 2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. Journal of Hospital Infection. 2007. [acesso em 2012 Mai 22]. Disponível em: <http://www.areas54.it/public/national%20evidence%20based%20guidelines%20for%20preventing%20healthcare%20associated%20infections%20in%20nhs%20hospitals%20in%20england.pdf>
- Donnellan PD, Real K, Pennington J, Reid R, Dreyer J, Rico J, Boston K, Nibeillú M, GuardVa. A novel antimicrobial haemostatic IV dressing. [Base de dados na internet]. British Journal of Nursing, 2012 (Intravenous Supplement), Vol21, No 2. [acesso em 2012 Mai 22] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/>
- Curry S, Honeycutt M, Gains G, Gilliam C. Catheter-associated bloodstream infections in the NICU: Greeting to Zero. [Base de dados na internet] 2009. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/>
- Direção Geral de Saúde. [internet]. [local desconhecido]: Programa Nacional Controlo Infeccao; 2007 [acesso em 2012 Jun 11] Disponível em: <http://www.dgsm.min-saude.pt/ResourceUser/Documents/CCL.pdf>
- World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care; a summary clean hands are safer hands. World Health Organization. Geneva. 2005. 11 junho. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/05/HH_en.pdf
- Frasca, D; Fizelier, Dahyot; Mimoz, O. Prevention of Central Venous Catheter related Infection in the Intensive Care Unit. In Vincent J.L. (ed.) Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine, 2010, Berlin, 222-235. Disponível em: <http://sciforum.com/abstract/4/2/213>
- Pronovost, Peter; Needham, Dale; Berenholtz, Sean; Sinopoli, A Intervention to decrease Catheter Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 2006; 335: 2725-2732. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa051139?url=rf&rskey=982006>
- Pearson ML. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Prevention of Intravascular device-related Infections. Infection Control and Hospital Epidemiology 1996; 17:438-473. Disponível em: <http://www.bv.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>

Está nas nossas mãos a mudança!!!



FICHA DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Com vista na melhoria da formação prestada, gostaria que preenchesse esta ficha de avaliação, relativa à formação que assistiu e participou.

A sua colaboração é facultativa e anónima mas de extrema importância.

Muito Obrigada!

Identificação da Ação de Formação: “o uso da cloro-hexidina na prevenção das bacteriémias associadas ao cateterismo venoso central”

Duração da Ação de formação: 15 minutos

Data: _/_/_

Na sua avaliação utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Insuficiente	Médio	Bom	Excelente

Assinale com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados.

1.

Conhecimentos iniciais:					
Ao apresentar-se nesta ação de formação os seus conhecimentos sobre a temática abordada eram:					

2.

Expectativas:	1	2	3	4
Esta ação de formação correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?				

3.

Avaliação geral da Ação de Formação:	1	2	3	4
Os objetivos propostos foram cumpridos				
A metodologia foi adequada aos participantes				
A gestão dos recursos foi adequada				
O espaço em que ocorreu a ação foi adequado				
A ação de formação veio ao encontro das suas necessidades formativas				
As competências adquiridas vão ter impacto na sua atividade profissional				
Após esta formação utilizarei as competências adquiridas nos processos de ensino e aprendizagem				

4. **Avaliação do Formador:**

Avaliação dos conhecimentos/ conteúdos:	1	2	3	4
Os conteúdos foram adequados				
Houve aprofundamento dos conteúdos				
A articulação dos diferentes conteúdos temáticos foi concretizada				
O formador demonstrou dominar os conteúdos tratados				

Desempenho do Formador:	1	2	3	4
A linguagem utilizada foi clara e assertiva				
A adaptação do discurso aos destinatários/finalidades foi conseguida				
Houve capacidade para esclarecer as dúvidas surgidas				

Quais as sugestões de melhoria para futuras formações?

Que ações de formação futuras gostaria de ver abordadas?

Nome (facultativo)

Data de preenchimento: __/__/__

MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Avaliação da Acção de Formação: “O uso da Cloro-hexidina na prevenção das Bacteriémias associadas ao Catéter Venoso Central”

Com a entrega da Ficha de Avaliação da Formação que acabou de consultar, é possível tirar partido de uma avaliação geral da acção de formação e de que forma esta foi contributiva para os seus participantes.

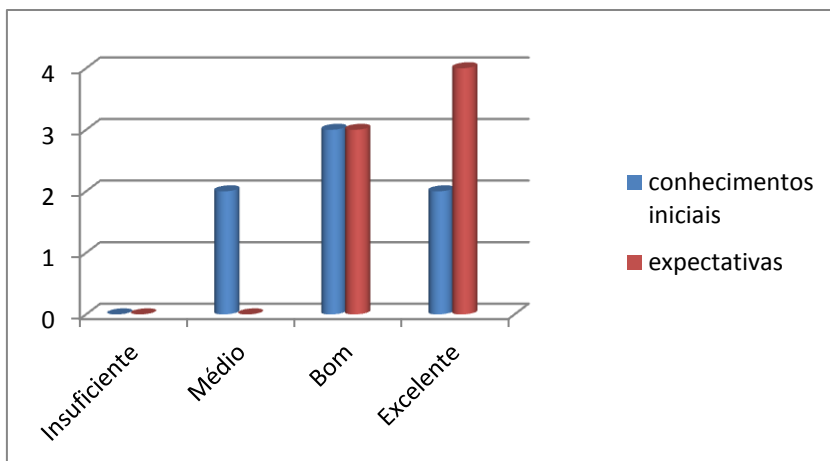
Após recolha das fichas, foram analisados e tratados os dados das respostas de 8 fichas correspondentes a 8 participantes. Destes 8, 2 deles eram alunos do curso de licenciatura em enfermagem de erasmus, os restantes forma elementos da unidade nomeadamente o enfermeiro chefe.

Embora facultativa e anónima a ficha anteriormente referida foi por todos preenchida nos itens de assinalação com x os tópicos com avaliação na escala de Insuficiente a Excelente. Nos itens de resposta aberta sobre sugestões de melhoria e acções de formação futuras que gostariam de ver abordadas, não houve qualquer tipo de *feedback* formal por parte dos elementos.

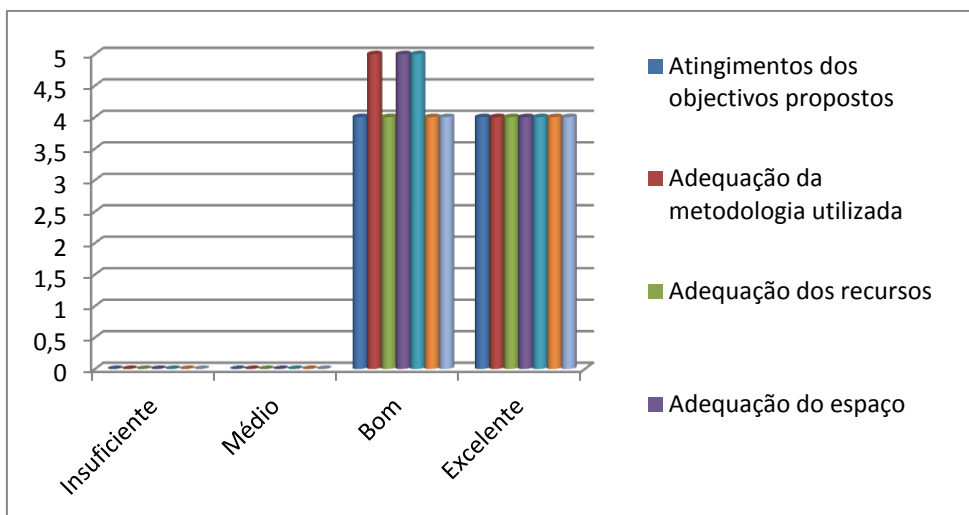
A seguinte análise gráfica tem como objectivo ilustrar itens como os conhecimentos iniciais e expectativas dos formandos, a avaliação geral da acção de formação, e a avaliação geral do formador quanto aos conhecimentos/ conteúdos partilhados e o desempenho do formador. A metodologia de tratamento de dados utilizada foi quantitativa.

1. Avaliação dos Conhecimentos Iniciais dos Formandos e expectativas face á formação

Pela análise do gráfico pode constatar-se que os conhecimentos iniciais de base á acção de formação (nomeadamente sobre a manipulação dos CVC's e bacteriémias) eram boas e excelentes.



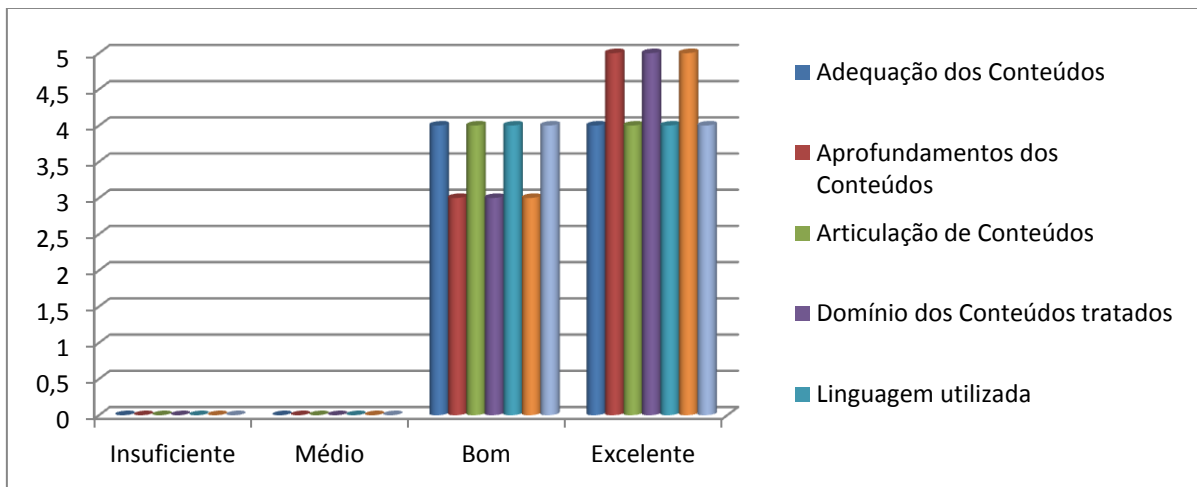
2. Avaliação Geral da Acção de Formação



O gráfico precedente, reflecte face aos itens que compõem a avaliação geral de uma acção de formação, uma avaliação “boa” e “excelente” na percepção dos participantes.

Relativamente ao gráfico seguinte é possível constatar na avaliação do formador , que os seus conhecimentos e conteúdos assim como o desempenho foi percebido pelos formandos como bastante positiva classificando-a como “boa” e “Excelente” como se pode constatar no seguinte gráfico.

3. Avaliação do Formador



Tendo em conta a formação na qual me insiro, enquanto futura enfermeira especialista, torna-se para mim fulcral no conhecimento e na melhoria do meu desempenho e recursos humanos a instituir em futuras formações. A avaliação das formações e do formador tem vindo a ocupar um lugar central nas exigências laborais que obedecem a padrões de qualidade.

A avaliação da Formação proporciona um conjunto de reflexões a realizar antes, durante e após a execução da formação (Cardoso, 2002).

**ANEXO IX- ARTIGO DE PUBLICAÇÃO NO JORNAL DE AMARANTE:
INFORMAÇÃO SOBRE A COLABORAÇÃO COM OS MEIOS INEM**

//// espaço de saúde

Informação sobre a colaboração com os meios INEM

Enquanto enfermeira, no âmbito da minha especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Católica do Porto, vivenciei um estágio pré-hospitalar no INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) em ambulância SIV (Suporte Imediato de Vida) e VMER (Viatura de Emergência e Reanimação) na área de Amarante e no CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes).

Ao longo dos vários turnos efectuados, na postura de futura enfermeira especialista, o apelo ao meu espírito crítico-reflexivo detectou um défice de informação da população sobre os objectivos do pedido de ajuda ao 112, bem como uma necessidade na formação cívica sobre a colaboração com os meios INEM o que eu dificulta notoriamente todo o processo desde o encaminhamento dos meios necessários à assistência da vítima pelos profissionais e técnicos de saúde.

Desta forma, aqui vos deixo algumas regras de utilização e colaboração com os meios INEM de forma a possibilitar um rápido, eficaz e racional uso dos mesmos.

Uma eficaz colaboração com o INEM baseia-se em 4 princípios:

- 1) saber quando pode ou deve ligar 112;
- 2) o que deve saber responder quando ligar 112;
- 3) como comportar-se durante a assistência dos profissionais à vítima e por último
- 4) como circular na estrada quando se aproximam meios INEM (ambulâncias e viaturas) em marcha de emergência assinalada.

QUANDO PODE OU DEVE LIGAR 112?

- Pode ligar a qualquer hora do dia e da noite;
- Sempre que ocorra uma situação de doença súbita, ou acidente

O QUE DEVE SABER RESPONDER QUANDO LIGAR 112?

- Localização exata da vítima ou doente; saiba a morada completa do local/ ou freguesia e pontos de referência do local;
- Número de telefone de contacto para o qual o INEM pode ligar a pedir mais informações;
- O que aconteceu (ex. acidente,

parto, falta de ar, dor no peito, sangramento etc.);

- Número de pessoas que precisam de ajuda;
- Idade aproximada e o sexo da pessoa que precisa de ajuda
- Condição em que se encontra (m) a (s) pessoa (s) que precisa (m) de ajuda
- Se já foi feita alguma coisa (ex. controlo de hemorragia);

Desligue apenas o telefone quando lhe for indicado e esteja preparado para ser contactado posteriormente para algum esclarecimento adicional!

Siga sempre as instruções que lhe derem pois são fundamentais para ajudar a vítima!

COMO COMPORTAR-SE DURANTE A ASSISTÊNCIA À VÍTIMA?

- Faculte toda a informação que lhe seja solicitada.
- Mantenha a calma e facilite o trabalho dos profissionais
- Colabore com o que lhe é pedido
- Afaste do local de socorro todas as

pessoas que não sejam necessárias a dar informação ou a colaborar com os profissionais.

COMO CIRCULAR QUANDO SE APROXIMAM OS MEIOS DE EMERGENCIA MÉDICA?

Após identificar a aproximação ou presença de meios de emergência médica que circulem em marcha de emergência assinalada, recomenda-se aos condutores:

- Agir com serenidade, evitando travar ou desviar a sua viatura de forma brusca
- Facilitar a passagem dos veículos de emergência, criando espaço para que os mesmos possam circular, sem nunca esquecer os demais utilizadores da via pública, bem como eventuais situações de perigosidade

A compreensão e prática destas regras facilita muito a actuação do INEM na assistência a uma vítima. A emergência médica depende de todos nós! A vossa colaboração com o INEM pode salvar Vidas!



/ Marta Pinto
Enfermeira no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto

Elaborado no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade

Católica Portuguesa

Café Lusitano

Em frente ao Continente
Telem: 911069402

S. Lázaro
Amarante

**ANEXO X – ARTIGO “A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL: UMA
SENSIBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO INTERVENTIVA DA ENFERMAGEM”**

A sobrecarga do Cuidador Informal: uma sensibilização e prevenção interventiva da enfermagem

Informal caregiver overload: awareness and prevention interventional nursing

Pinto, M⁽¹⁾

Coelho, P⁽²⁾

Correspondência:

(1) Enfermeira no Instituto Português de Oncologia do Porto, Serviço de Oncologia Médica Piso 4; Estudante do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal, mail: martaleitepinto@hotmail.com.

(2) Sob orientação da Professora Patrícia Coelho, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde sfcoelho@porto.ucp.pt

Resumo

Vivemos numa sociedade cada vez mais envelhecida, onde as doenças crónicas, oncológicas e a evolução da medicina paliativa veio oferecer aos seus doentes um aumento da qualidade de vida mesmo no diagnóstico de doenças incuráveis. A longevidade pode traduzir-se num aumento de pessoas dependentes nas suas atividades de vida diárias, com défices e limitações cognitivos, sensoriais e físicos que poderão vir a acarretar ao estado grandes despesas em saúde.

A necessidade de adoção de novas políticas na saúde traz o cuidado outrora institucionalizado de regresso ao domicílio, onde as pessoas que carecem de apoio podem passar os seus dias ao cuidado das pessoas afetivamente próximas, que cuidam deles continuamente e de forma não remunerada. A estes designamos de cuidadores informais.

A literatura demonstra que estes cuidadores estão sujeitos a grande stress, desequilíbrio e reestruturação de papéis, quando assumem a responsabilidade de cuidadores. Vários estudos demonstram também que existem vários fatores que estão na origem deste stress e que podem ser minimizados.

O papel da enfermagem está em potenciar a proximidade privilegiada do seu desempenho profissional para levantar necessidades, dota-los de recursos para desempenharem da melhor forma possível o papel de cuidadores mantendo o seu bem-estar bio-psico-espiritual.

Palavras-Chave: cuidador informal; exaustão, sobrecarga, enfermagem;

Abstract

We live in an increasingly aging society, where chronic diseases, oncology and evolution of palliative medicine came to offer their patients more years of life, which translates into an increase of dependent people in their activities of daily living, cognitive deficits and limitations , sensory and physical cause that came to a large poor state expenditure on health.

The need to adopt new policies in health care brings formerly institutionalized return home, where people who need support can spend your days in the care of people emotionally close, caring for them seamlessly and unpaid. The designate of these informal caregivers.

The literature demonstrates that these caregivers are subject to high stress, imbalance and restructuring of roles, when they assume the responsibility of caregivers. Several studies have also shown that there are several factors which cause stress and that this can be minimized.

The role of nursing is to take advantage of the proximity privileged to raise their professional needs, provides them with resources to perform as best as possible the role of carers maintaining their well-being bio-psycho-spiritual.

Key-words: Informal Caregiver; stress; exhaust; overload; nursing

Introdução / relevância do assunto

A necessidade de pesquisa e conhecimento sobre os temas relacionados com o cuidador informal, stress/exaustão e intervenções de enfermagem, brotam numa fase de vivência profissional (durante a realização de um estágio integrado no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto) no contexto de um Serviço de Urgência de um Hospital Central do Norte, ao qual recorrem diariamente pessoas que cuidam de outras, das quais dependem para as suas atividades de vida diárias. Estes cuidadores, designados por cuidadores informais, cuidam de pessoas afetivamente próximas, de forma contínua e sem receberem remuneração, ¹ recorrem com os seus dependentes ao Serviço de Urgência com dúvidas face às suas tarefas quotidianas de cuidadores, dúvidas de gestão terapêutica e algumas de procedimentos técnicos diferenciados que estão á sua responsabilidade.

A vivência de alguns turnos na triagem Manchester revela a frequente afluência destas pessoas, que por norma se encontram sensibilizadas, exaustas, sem recursos físicos e psicológicos para responderem às necessidades das pessoas que cuidam, o que as fragiliza e as leva a recorrer ao SU por vários motivos distintos, a maioria relacionados com a pessoa que cuidam, mas em muitos casos também como pedido de auxílio a eles próprios que cuidam que também se encontram doentes.

Nas áreas amarela e laranja, a presença frequente dos acompanhantes, por norma cuidadores informais, permitem-nos perceber o estado emocional do cuidador, os seus recursos e necessidades, e uma vez detetadas, somos nós enfermeiros a encaminha-los para apoio diferenciado tal como apoio social, psicológico ou psiquiátrico.

Com base nesta experiência profissional proporcionada em estágio, e na necessidade de contribuir para uma maior compreensão e sensibilização da realidade que envolve o cuidador informal, foi elaborada a presente revisão integrativa com o objetivo de praticar uma enfermagem avançada intervindo nas necessidades que contemplam as respostas humanas da pessoa à doença e aos processos de vida.

Desta forma, pretende-se despertar os enfermeiros para as necessidades do cuidador informal e para o investimento que deverá ser efetuado na prevenção do stress ao qual os cuidadores estão sujeitos, auxiliando na preservação do seu equilíbrio bio-psico-espiritual.

Metodologia

A presente revisão integrativa foi elaborada com o objetivo de sintetizar conhecimento por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelas autoras. Segundo Souza et al (2010) perante a impetuosa necessidade de assegurar uma prática assistencial baseada na evidência científica, a revisão integrativa constitui uma ferramenta ímpar no campo da saúde, uma vez que sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico.

Assim, foi efetuada uma pesquisa avançada nas bases de dados da CINALHL e Medline, utilizando como descritores booleanos “informal caregivers” and “stress” and “nursing”, como critérios de inclusão foram selecionados artigos completos, com referências disponíveis, analisados por especialistas, com texto completo e datas de publicação dos últimos 5 anos (2007-2012) e foram encontrados 170 resultados.

Os restantes artigos foram encontrados por pesquisa livre no Google-academyc e em bibliotecas de escolas superiores de enfermagem com publicações entre 2000 a 2012.

Descrição dos resultados

O ato de cuidar tem vindo a sofrer várias evoluções ao longo da história. Inicialmente atribuído à família, sofreu uma fase de institucionalização com o desenvolvimento da ciência médica e o aumento de infra-estruturas da saúde, voltando agora para o domicílio, mudança está motivada pela crise dos sistemas de saúde e de proteção social.² A diminuição da fecundidade, a diminuição da mortalidade e a migração são alguns dos fatores que contribuem cada vez mais para um envelhecimento demográfico.³ Declara-se um aumento de 140% da população idosa entre 1960 e 2001.⁴

Este envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas e oncológicas geraram a necessidade de alterar o modelo organizacional e de cuidados de saúde.²

De facto, vivemos numa sociedade cada vez mais envelhecida, surgindo novos problemas e desafios às políticas de saúde, e estas privilegiam cada vez mais o domicílio como local de eleição para a prestação de cuidados informais às pessoas dependentes.⁵ A família então é o suporte e lugar privilegiado de assistência à pessoa dependente.³

A despesa económica que uma pessoa dependente nas atividades de vida diárias, institucionalizada, acarreta ao estado e a ocupação de vagas que possivelmente poderiam ser ocupadas por pessoas com necessidades de cuidados de saúde diferenciados, conduz á exigência de um cuidador informal, normalmente da família, com proximidade ao doente e não remunerado.⁶ Este é o rumo das novas políticas de saúde, orientadas cada vez mais para o tratamento da doença, a reabilitação e integração social do indivíduo no domicílio, assim como os internamentos cada vez mais curtos, responsabilizando-se famílias e cuidadores sem se avaliarem as necessidades e condições sociais, económicas, psicológicas e físicas para que estes assumam esta responsabilidade com perfeito equilíbrio psico-físico-espiritual sem comprometerem a sua qualidade de cuidados prestados nem a qualidade

de vida do cuidador.⁶ Isto exige ao cuidador informal no domicílio um conjunto de tarefas variadas, de responsabilidade, num horário contínuo, sem limite de tempo, o que resulta numa sobrecarga no cuidador.¹

Ricarte (2012) faz referência às quatro razões nas quais assentam a motivação para cuidar de alguém, sendo elas: o amor, a gratidão, a moralidade e a solidariedade e a vontade própria em promover cuidados.⁷

O cuidar de uma pessoa dependente exige uma dedicação do cuidador em tempo (nº de horas), esforço físico e emocional.⁸ O tempo livre do cuidador fica restringido às atividades de prestador de cuidados.³

O cuidador informal desempenha variadas tarefas que vão desde a vigilância do estado de saúde da pessoa, à administração e gestão medicamentosa, aos cuidados de higiene e alimentação entre outras atividades fisicamente pesadas e monótonas. É neste cuidador que recai toda a responsabilidade, acabando por este se dividir entre as responsabilidades profissionais, conjugais, sociais e familiares.² Por si só a responsabilidade de cuidar é um fator gerador de stress a acumular ao stress das responsabilidades do seu quotidiano.³

Todos os cuidadores de um indivíduo dependente sofrem alterações nas suas relações familiares, sociais e profissionais, e reestruturação de projetos e objetivos.³ Todos estes encargos provocam no cuidador uma série de complicações psicológicas que esgotam as reservas psico-físicas da pessoa culminando numa sobrecarga e bournout do cuidador.^{5,8}

A sobrecarga do cuidador informal é uma variável vulgarmente encontrada na pesquisa científica no que concerne à prestação de cuidados como indicador e resultado² (pag 49). Este conceito de sobrecarga surgiu pela primeira vez introduzido por Grad e por Sainsbury em 1966, como sobrecarga na família. Os autores definiram sobrecarga como a consequência negativa resultante do impacto que o cuidar tem nas vidas dos cuidadores. Estas consequências são desde físicas a financeiras que comprometem a sua qualidade de vida e saúde.

Contudo, uma investigação efetuada em 2010 sobre a preparação dos cuidadores principais para cuidar, concluiu que embora os cuidadores valorizem nos enfermeiros a sua disponibilidade técnica e relacional para os preparar para cuidar da pessoa dependente no domicílio, admitem contudo que os conhecimentos transmitidos são insuficientes às suas necessidades formativas para cuidar.⁵ Esta limitação está presente no SU motivada pela falta de tempo e disponibilidade para com os familiares.

Dos vários estudos efetuados sobre a temática, Sisk (2000) no seu estudo concluiu que existem fatores de risco desencadeadores de stress no cuidador, sendo eles o sexo feminino, as relações conflituosas entre cuidador e pessoa cuidada, relações de proximidade entre ambos, insatisfação com o suporte social e problemas comportamentais da pessoa cuidada. Estes fatores podem ser ainda mais agravados pela incapacidade física do cuidador, pelos baixos recursos e acesso limitado aos transportes privados. Este estudo conclui também que o tipo de incapacidade do doente não é por si só um fator de risco.³

Tsai e Jinovec (2005) no seu estudo também apontam como fatores geradores de stress no cuidador, o suporte social, a idade e género do cuidador, acrescentando também as horas de cuidados e os eventos de vida stressantes.

O estudo de Miler (2005) não só corrobora os estudos anteriores ao afirmar que os efeitos do stress no cuidador acumulam-se quando os cuidadores perdem o suporte social, económico e emocional, como também introduz um nuance interessante concluindo que os cuidadores que melhor compreendem a doença da pessoa que cuidam, melhor aprendem estratégias de coping³, entendendo-se coping por esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano, de ameaça ou de desafio quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática.

O estudo de Teshendorf et al (2007) explica o impacto do papel de cuidar nos cuidadores concluindo que a maior parte deles assumem esta responsabilidade sem ter conhecimento das repercussões deste papel na sua vida. Este mesmo estudo faz também referência às estratégias de coping

utilizadas, duas delas principais, sendo a primeira o uso de reflexão pessoal sobre a experiência de cuidar, e a segunda, o uso da auto-regulação no papel desempenhado.³

Ricarte (2012) alerta ainda que a sobrecarga/stress do cuidador é mais intensa no início da relação e vai diminuindo à medida que o cuidador se adapta e adquire competências para cuidar.

A conclusão do estudo exploratório de Costa (2000) afirma que são as mulheres, as grandes cuidadoras tanto no passado como ainda no presente.⁹

Lage (2007) num estudo sobre o impacto do cuidado no cuidador informal revela vários fatores preditivos de maior sobrecarga no cuidador tais como a idade do cuidador, o sexo, a escolaridade, o estatuto laboral, o número de horas de cuidados, a existência de um cuidador secundário, o rendimento mensal e os mecanismos de coping.¹⁰

A revisão de literatura deste estudo mostra que cuidadores mais velhos são por norma cuidadores mais deprimidos, com menor vigor, maior fadiga e menor perceção da sua saúde. Relativamente ao género, as mulheres demonstram maior suscetibilidade à fadiga e sobrecarga comparativamente com os homens que percecionam melhor satisfação com o cuidado.¹⁰

Cuidadores com um menor nível de escolaridade estão mais suscetíveis a depressão, maior fadiga, maior confusão e menor vigor, com pior perceção da sua saúde.¹⁰

Quanto maior o número de horas de cuidados maior a depressão e coerentemente também a existência de um cuidador secundário ao diminuir o número de horas por cuidador diminuiu a vulnerabilidade à sobrecarga.¹⁰

A existência de mecanismos de *coping* (por exemplo o sentido de competência), os conhecimentos e capacidades face às exigências do cuidar levam a maior sobrecarga.¹⁰

Não nos podemos esquecer que apesar de todos estes fatores explicarem a vivência de um cuidador, não podemos esquecer que cada um é singular, uma vez que cada cuidador vivencia a sua experiência de cuidar de

forma diferente dos outros porque cada um percebe a realidade de forma individual.¹⁰

Conclusões

Os estudos revelam que o aumento do número de pessoas com limitações funcionais motivará ao aumento do número de cuidadores informais.¹⁰ A passagem dos cuidados outrora institucionalizados para o domicílio permitirão aos idosos e pessoas com doenças crônicas, viverem os seus últimos anos no conforto do que lhes é conhecido, rodeados das pessoas com as quais estabeleceram afetividade ao longo da vida.⁹

Conscientes dos problemas de saúde física, mental, problemas sociais e financeiros a que estes cuidadores estão expostos urge intervir em enfermagem.⁸ É um imperativo estarmos conscientes das conseqüentes alterações no bem-estar psicológico do cuidador, o que deverá conduzir à implementação de sistemas de apoio e informação a estes para que o cuidar não seja um potenciador de perturbações na sua saúde mental.¹⁰

Pela análise da literatura, os vários estudos efetuados declaram que o grau de dependência do doente não é um fator preditivo de sobrecarga, contudo existem inúmeros fatores que estão na origem de uma maior predisposição a depressão, stress e pior percepção da sua saúde.

A prática de uma enfermagem avançada baseia-se no conhecimento destes fatores que poderá detetar antecipadamente sinais de sobrecarga⁸ como na dotação destes cuidadores informais, de conhecimentos e capacidades de cuidar da pessoa dependente no domicílio. De fato, o enfermeiro está numa posição de proximidade privilegiada para satisfazer as necessidades de informação, educação, encorajamento e suporte do cuidador. O enfermeiro tem um papel privilegiado de prevenção, deteção e atuação.¹²

Este artigo contribuirá para uma consciencialização para medidas de intervenção e suporte adaptados às características individuais de cada cuidador, reconhecendo que o bem-estar do idoso ou pessoa dependente e a

intimidade do autocuidado da saúde são melhor preservados no âmbito familiar.

Contudo, o cuidador também têm necessidades, tais como informação sobre depressão, os cuidados quotidianos à pessoa dependente, os sentimentos esperados e estratégias de relaxamento e combate ao stress.¹³ Estas necessidades devem ser satisfeitas de modo a atingir o seu bem estar

É necessário reconhecer a sobrecarga do prestador de cuidados como uma área onde emerge a nossa intervenção de enfermagem de forma a intervir precocemente, individualmente, terapeuticamente evitando situações de risco de exaustão^{5,10}

Os profissionais devem intervir em conformidade com o foco de atenção da disciplina de enfermagem: As respostas, às doenças e aos processos de vida.² (pág 50). Este investimento da enfermagem é garantidamente o sucesso para a diminuição da sobrecarga e exaustão sentida pelo cuidador informal.⁵

Assim o grande objetivo da nossa intervenção passa por proporcionar e conservar o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores informais⁸ desenvolver intervenções interdisciplinares, avaliar as historias familiares e as estratégias de coping, identificar recursos disponíveis para as necessidades identificadas, proporcionar intervenções de suporte que aliviem o stress, treinar as áreas mais problemáticas dos cuidados, enviar e informar sobre redes de suporte que proporcionam conhecimentos, equipamentos, serviços e recursos às famílias, e por último transmitir e educar o cuidador sobre os contributos positivos de cuidar de uma pessoa,¹⁰ privilegiando o ensino, o encorajamento e planeamento das ações suportadas numa base de confiança e apoio mútuo.

Bibliografia

1. ESCUDERO RODRIGUES, B.; DIAZ ALVAREZ, E.; PASCUAL CORTÉS, O. (2001) –Cuidadores informales – Necesidades y Ayudas. Rol Enf vol 24 nº 3 pag 183-189;

2. MONIS, C.; LOPES, G.; CARVALHAS, J.; MACHADO, S. (2005) – Sobrecarga do cuidador informal. Revista informar. Revista de formação contínua em enfermagem ano II nº35 julho pag 49-55
3. MARGATO, R.; OLIVEIRA, T. (2009) – Os idosos e o stress dos cuidadores. Revista Sinais Vitais nº82 jan 2009 pag 44-49
4. FONSECA, A. (2006) – O envelhecimento: uma abordagem psicológica. 2ª edição. Lisboa. UCP, 2006. ISBN 972-54-0150-6. 2006P
5. ANDRADE, F. (2010) – *Preparação dos cuidadores principais para cuidar: contributo dos enfermeiros*. Revista Sinais Vitais nº88 jan pag 35-38
6. VERÍSSIMO, C.; MOREIRA, I. (2004) – Os cuidadores Familiares/Informais: Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Revista Pensar em enfermagem vol 8 n 1 1º semestre 2004 pag.60-65
7. RICARTE, L. (2012) – Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciencia da enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
8. LEYVA-MORAL, J.M.; MOGEDA-MARINA, N. (2008) – Necesidades psicosociales del cuidador informal. Revista rol de enfermeira vol 31 nº3 março pag. 36-38
9. COSTA, A.; SILVA, M. (2000) – Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores de idoso com doença crónica. Revista Geriatria. Lisboa ano XII nº126 Junho pag 15-18
10. LAGE, M. (2007) – Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal. Dissertação de doutoramento em Ciencias da Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
11. MEI LAU, K. AU, A. (2011) – Correlates of informal Caregiver Distress in Parkinson's Disease: A meta-analysis. Clinical gerontologist, 34: 117-131

12. MOK, E, et al (2002) – Perception of empowerment by family caregivers of patient with terminal illness in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*. 8,3, pag 137-145
13. NICHOLS, L.; MARTINDALE-ADAMS, J.; GREENE, W; BURNS, R.; GRANEY, M.; LUMMUS, A. (2009) – Dementia Caregiver's Most Pressing Concerns. *Clinical Gerontologist*, 32:1-14