



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

## **“O Cuidar e a Preservação da Vida”**

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

Cristina Maria Almeida Das Neves

PORTO, Maio de 2011



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

## **“O Cuidar e a Preservação da Vida”**

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

Cristina Maria Almeida Das Neves

Sob orientação do Mestre Amélia Rego

PORTO, Maio de 2011

**“O homem sábio é aquele que não se entristece  
com as coisas que não tem, mas rejubila com as que tem.”  
(Epicteto)**

## RESUMO

O presente relatório visa dar visibilidade às competências que por mim foram desenvolvidas em Estágio e que foi realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde, Porto, da Universidade Católica Portuguesa. O estágio foi concretizado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Médio Ave Unidade de Famalicão, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de São João e no Sistema Integrado de Emergência Médica (INEM), Delegação do Norte, no período de 19 de Abril de 2010 a 29 de Janeiro de 2011.

O Relatório descreve as actividades executadas e as estratégias utilizadas ao longo do estágio com o intuito de demonstrar as competências técnicas, científicas e humanas adquiridas ou desenvolvidas na prestação de cuidados ao doente e família, a vivenciar processos de doença. A aquisição das competências processou-se na prática clínica e reflexiva e, simultaneamente, todos os cuidados foram baseados numa prática de enfermagem avançada. A metodologia utilizada para a realização deste documento é descritiva e analítica através da reflexão e descrição das diferentes actividades efectuadas nos estágios suportadas pela integração de saberes mobilizados e pela consulta de referências de autores de reconhecido mérito, no contexto da saúde em geral e da enfermagem em particular. A sua estrutura contempla três partes as quais são constituídas por introdução, desenvolvimento do trabalho e conclusão, por considerar ser esta que melhor clarifica o que se pretende evidenciar.

Como detentora do título de enfermeira especialista, neste relatório é então descrito o meu percurso em estágio, com consecução dos objectivos, demonstrando os conhecimentos e competências que lhe são específicos.

Dei particular atenção ao desenvolvimento de competências relacionadas com a comunicação, gestão dos cuidados ao doente crítico, vítima de doença súbita ou risco de vida e família, em situações de crise e ainda a preservação da vida e à doação de órgãos como meio de prolongar a vida dos receptores.

Como contributo para os contextos da prática, depois de identificadas as necessidades ou problemas a resolver com formação, planeei, executei e avaliei acções de formação, tendo em conta a minha experiência profissional relacionada com a insuficiência renal, as técnicas dialíticas e com as infecções associadas aos cuidados de saúde, sempre com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

This report aims to give visibility to the skills which were developed by me on stage and was carried out under the 3rd Master's Degree with specialization in Medical-Surgical Nursing, Institute of Health Sciences, Porto, Portuguese Catholic University. The internship was achieved at the Emergency Hospital Center East Ave Unit Famalicão in Polyvalent Intensive Care Unit, Hospital of St. John and in the Integrated Emergency Medicine (INEM), Delegation of the North, from April 19<sup>th</sup> 2010 to January 29<sup>th</sup> 2011.

The Report describes the activities implemented and the strategies used during the stage in order to demonstrate the technical, scientific and human acquired or developed in providing care to the patient and family, experiencing disease processes. The acquisition of skills to be used in clinical practice and reflective, whilst every care has been based on advanced nursing practice. The methodology for the implementation of this document is descriptive and analytical through reflection and description of the different activities carried out in internship supported by the integration of knowledge mobilized by consulting references and author of recognized merit in the context of overall health and nursing particular. The structure comprises three parts which consist of introduction, development and completion of work, considering this to be better clarifies what is intended to highlight.

As holder of the title of specialist nurse in this report is then described my journey in stages, with achievement of the objectives, demonstrating the knowledge and skills specific to them.

Gave particular attention to developing skills related to communication, management of critical patient care, victim of sudden illness or loss of life and family in crisis situations and also to preserve life and organ donation as a means of prolonging life of recipients. As a contribution to the contexts of practice, having identified the needs or solve problems with training, planning, implementing and evaluating training activities, in view of my professional experience related to renal failure, dialysis and techniques associated with infections health care, always with the aim of improving the quality of nursing care.

## AGRADECIMENTOS

- ✓ A realização deste trabalho só foi possível pela dedicação e apoio de algumas pessoas, assim como a disponibilidade das instituições, que sem elas este não poderia ser feito, as quais gostaria de agradecer.
- ✓ A Mestre Amélia Rego pela orientação, disponibilidade, sugestões e incentivo para a sua realização.
- ✓ As Instituições e a todos os profissionais que me acolheram nos estágios.
- ✓ A Universidade Católica pelos momentos de aprendizagem que me proporcionaram.
- ✓ A minha família, principalmente os meus Pais, irmãs e sobrinhas Bárbara, Filipa e Maria, pelo apoio dado e pela compreensão demonstrada pela minha falta de tempo durante este meu percurso.
- ✓ Aos meus amigos e colegas do curso da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica por todo o apoio e incentivo.
- ✓ A todos o meu sincero obrigado.

## **Siglas**

Alert – Processo Clínico Electrónico Pessoal

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Bispectral Index™

CCI – Comissão de Controle De Infecção

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

CHMA – Centro Hospitalar Médio Ave

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE – Disfibrilhador Automático Externo

DGS – Direcção Geral da Saúde

DR – Diário da Republica

EEG – Electroencefalograma

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional De Emergência Medica

IRC – Insuficiência renal crónica

OBS – Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

OPCEM – Operadores de Central De Emergência

PCR – Paragem Cardio - Respiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PVC – Pressão Venosa Central

RENDA – Registo Nacional de não Dadores

SAPE – Sistema de apoio para a pratica de Enfermagem

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnicos de Ambulância de Emergência.

TET – Tubo Endotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE:

<b>0</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>56</b>
<b>4</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>

**ANEXO 1** – “Caracterização do Estágio”

**ANEXO 2** – “Triagem de Manchester”

**ANEXO 3** – “Precauções de Isolamento hospitalar”

**ANEXO 4** – Diapositivos da Formação sobre “Técnicas Dialíticas  
Híbridas”

**ANEXO 5** – Plano de sessão da Formação sobre “Técnicas Dialíticas  
Híbridas”

**ANEXO 6** – Diapositivos da Formação sobre “Emergências  
Associadas ao Insuficiente Renal no Pré-hospitalar”

**ANEXO 7** – “Plano da sessão da Formação sobre as Emergências  
associadas ao Insuficiente Renal no Pré-Hospitalar”

**ANEXO 8** – “Distribuição do material pelos armários de OBS”

## 0 – INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge com o objectivo de obtenção do grau académico de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica. O curso concretizou-se numa parte teórica e outra prática, com três módulos distintos, no Serviço de Urgência, nos Cuidados Intensivos e um opcional, que no meu caso foi no Sistema Integrado de Emergência Médica (INEM). Estes foram efectuados no período de 19 de Abril de 2010 a 29 de Janeiro de 2011. Assim demonstrando o meu percurso durante o estágio reflectindo criticamente a consecução dos objectivos.

As mudanças do paradigma que se verificaram no ensino e na aprendizagem, após a declaração de Bolonha, colocou centralizar o ensino no formando, sendo o professor, um agente facilitador na transmissão de conhecimento aos alunos, e estes também centrados na sua prática. Estas mudanças vieram alterar o percurso do aluno e harmonizar a oferta ao ensino superior.

Nos nossos dias a formação em todas as profissões é quase uma obrigação, pois constitui um aprofundar e demonstrar de conhecimentos. Para nós Enfermeiros, enquanto grupo profissional, é a possibilidade de desenvolver e/ou actualizar competências técnicas e humanas com o objectivo de prestarmos cuidados de Enfermagem com qualidade. E foi com base nisto que ao longo da minha vida profissional sempre tentei desenvolver as minhas competências técnicas, humanas e conceptuais, e por isso me inscrevi no curso.

É no contexto da prática que a Enfermagem se valoriza, pelo que realização de estágios permite ao profissional/aluno adquirir competências e capacidades, *“a competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho”* Silva e Silva (2004, p 103).

Na perspectiva de Fernandes (2001), as situações de trabalho vividas pelo profissional são o ponto de partida para uma reflexão crítica sobre a experiência adquirida no próprio local de trabalho.

O estágio é então um momento de aprendizagem que promove a observação, o conhecimento e o saber num contexto de trabalho. Para Vasconcelos (1992, p 28) *“os*

*estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”.*

O projecto de estágio serviu-me como fio condutor para a elaboração deste relatório, na medida em que o planeamento das actividades que pretendia atingir, adquirir e/ou desenvolver, através das competências relacionadas com a Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC). Pelo que este documento tem como base para a sua elaboração, o meu projecto de estágio.

O estágio foi dividido em três módulos, a cada um corresponde 180h de contacto e 70h de trabalho individual, perfazendo um total de 750h de trabalho. Este foi distribuído por três campos distintos e diferenciados, cuja caracterização será apresentada em anexo (ANEXO 1), dos quais irei referenciar de seguida:

**No Módulo I** – Serviço de Urgência - no serviço de urgência do CHMA – Unidade de Famalicão, cujo serviço integra as valências de Cirurgia e Ortopedia, Medicina Interna, Pediatria e Anestesia, foram desenvolvidas competências no doente crítico, que decorreu no período de 19 de Abril de 2010 a 19 de Junho de 2010. Pois numa urgência é frequente prestarmos cuidados a doentes críticos. Assim é de grande importância a realização de um estágio neste serviço, uma vez que o cuidar do doente crítico se enquadra nos objectivos da Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC).

A escolha deste local deveu-se ao facto desta ser uma urgência Médico-cirúrgica e com o objectivo de poder contactar com uma nova realidade e participar activamente na assistência ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. Permitiu-me aprofundar conhecimentos e competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados de Enfermagem a doentes e família que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, em situação de crise ou risco, adquirindo novas capacidades e conhecimentos que sejam capazes de ajudar a estabelecer prioridades de intervenção, no atendimento do doente em situação de urgência, bem como, na avaliação sistemática das alterações verificadas na sua situação de saúde.

O **Módulo II** foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes da Urgência do Hospital de São João do Porto, no período de 4 de Outubro de 2010 a 27 de Novembro de 2010.

A Unidade de Cuidados Intensivos está vocacionada para a assistência a pessoas em situações de alto risco, sendo “... *dotadas de recursos humanos (médicos e enfermeiros) qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24h por dia ...*” Ministério da Saúde (2003, p 7), prestando cuidados minuciosos e qualificados, de forma contínua, ao doente crítico, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções vitais, além de observação contínua para detectar e prevenir precocemente as complicações, sabendo lidar com o apoio tecnológico.

A escolha deste local deveu-se ao facto desta ser uma unidade polivalente (politraumatizados, neurocriticos, Insuficiências respiratórias, entre outros) e as oportunidades de contactar com pessoas com patologias variadas, seriam imensas e assim existiriam oportunidades de participar activamente na assistência ao doente em estado crítico, adquirindo e desenvolvendo competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados de Enfermagem, adquirindo novas capacidades e conhecimentos que permitam estabelecer prioridades de intervenção. Assim, são exemplo de algumas das competências desenvolvidas: a comunicação, o relacionamento com a família, os cuidados inerentes ao doente ventilado entre outras e, que ao longo do trabalho farei referência. Outro factor que contribuiu para a minha escolha foi o facto de pertencer a esta instituição e assim poder rentabilizar melhor o meu tempo.

O **Módulo III** foi desenvolvido no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), do Porto, no período de 29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011.

O INEM Porto foi criado em 1980 para garantir às vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde, assim como socorro da vítima no local da ocorrência. Esta prestação de serviços é efectuada através de vários meios.

A escolha deste local deveu-se ao meu interesse em querer conhecer a realidade do pré-hospitalar, assim como perceber as activações e as actuações dos diferentes meios, e também o processo desde a activação até a chegada ao hospital. Adquirindo e desenvolvendo competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de

cuidados de Enfermagem a doentes e família que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, em situação de emergência e risco, adquirindo novas capacidades e conhecimentos que permitam estabelecer prioridades de intervenção. A escolha deste local também teve a ver com o facto de em toda a minha vida profissional ter trabalhado no intra- hospitalar e por isso ter a oportunidade de contactar com outra realidade.

Para a realização deste relatório foi utilizada a metodologia descritiva e expositiva sempre fundamentada na pesquisa bibliográfica, esta estrutura foi com o intuito de o leitor compreender todo o meu percurso e com isso descrever todas as minhas experiencias para a sua melhor compreensão.

O relatório descreve os factos verificados ou vividos, mediante as pesquisas efectuadas. Pelo que pretendo com este documento demonstrar os meus conhecimentos e desempenho durante o estágio e que este seja personalizado, pois é o reflexo da minha aprendizagem, contendo por isso documentação organizada.

Este relatório tem como objectivos:

- ✓ Descrever as competências desenvolvidas e as estratégias utilizadas;
- ✓ Evidenciar a reflexão sobre a prática;
- ✓ Demonstrar as actividades realizadas para o desenvolvimento das competências;
- ✓ Demonstrar capacidade de reflexão perante a prática realizada;
- ✓ Fundamentar a prática, quer a nível pessoal como profissional;
- ✓ Documentar a minha prática e a minha evolução em estágio;

Para melhor percepção da minha prática, do meu desempenho e como foram atingidas as minhas competências, concebi o relatório especificando as actividades realizadas e as competências desenvolvidas em contexto da prática. Esta estrutura foi escolhida, porque me pareceu a forma mais clara de o demonstrar.

A escolha do título deste documento, deveu-se a nossa experiencia como cuidadores que somos, pois o cuidado percorre toda a nossa vida. Cuidamos e zelamos pelo cuidado do outro sempre com o objectivo de preservamos a vida de quem cuidamos.

Em anexo são apresentados todos os documentos que penso serem importantes para a melhor compreensão deste relatório.

## **1 – ACTIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÀGIO**

A Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica abrange os conhecimentos teórico práticos relacionados com as patologias médicas e cirúrgicas, assim como os procedimentos de enfermagem inerentes a situação de saúde das pessoas que sofrem essas patologias, com o objectivo de potenciar as competências do enfermeiro na prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade sempre numa perspectiva holística. A Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume os cuidados ao doente crítico. E como referenciado no Modelo de desenvolvimento Profissional, pela Ordem dos Enfermeiros (2007, p 20), a sua intervenção é a *“pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”*.

Nos estágios foi-me possível constatar que o doente crítico requer que os enfermeiros estejam em constante actualização dos seus conhecimentos e no desenvolvimento das suas competências, para prestarem cuidados com qualidade. Segundo Dias (2006), as competências são características individuais e tem a ver com as habilidades, capacidades, com as potencialidades de cada um, assim como com a sua personalidade. E estas características são traduzidas pelos conhecimentos quer gerais, quer especializados e que permitem ao enfermeiro realizar de forma autónoma esses cuidados de enfermagem.

Existem alguns autores que nos últimos anos, têm enfatizado a necessidade dos enfermeiros serem capazes de pensar criticamente, de forma a usarem o conhecimento apropriado e as habilidades de julgamento na sua prática. Santos (2003, p 17) consideram a prática reflexiva, *“... uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz”*. Pelo que ao longo dos estágios fui desenvolvendo actividades conforme delineadas no meu projecto, sempre reflectindo sobre as mesmas, para uma melhor aprendizagem e assim um melhor desenvolvimento.

De seguida serão então descritos os objectivos específicos, as actividades desenvolvidas para cada objectivo, como estes foram atingidos e os indicadores de avaliação, utilizados para, tanto quanto possível, medir o meu desempenho.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida e da minha formação pós-graduada**

Durante os estágios consegui aplicar todos os conhecimentos que adquiri tanto na minha formação base, assim como no percurso da minha vida profissional, isto é, para gerir cuidados é necessário termos conhecimentos teóricos, práticos e relações humanas para podermos prestar cuidados com qualidade, *“trata-se de procurar conjugar na acção um esforço de saberes e de consciência critica que permitam uma atitude reflexiva constante e coerente de reconstrução continuada dos próprios saberes, das práticas interventivas e reflexivas e dos níveis de consciencialização quanto à interferência do agir individual nos sentidos do agir colectivo”* (Chaves, 2000, p 13).

Até porque vivemos numa sociedade em constaste mudança, e neste contexto, a enfermagem deve estar preparada para acompanhar essas mudanças, no sentido de manter ou até melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem ao doente.

O cuidar significa estar presente, dialogar, zelar pelo doente/família, e não existe para tal nenhuma fórmula ou teoria, existe sim a vivencia particular de cada um, as suas experiencias pessoais e estas não são só as profissionais mas também as pessoais. O cuidar percorre toda a nossa existência, somos cuidados, cuidamos e zelamos pelo cuidar do outro. Então, é com o desenvolvimento dos nossos conhecimentos e das nossas habilidades técnicas que conseguimos prestar esses cuidados com qualidade, para os podermos gerir de forma correcta e adequada, Watson (2002, p 52), salienta que *“o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”*.

Consegui concretizar este objectivo, pois de uma forma geral foi-me sempre possível gerir a minha prestação, tendo sempre em atenção os meus conhecimentos da formação base, da minha experiencia profissional e da minha mais recente formação.

No primeiro contacto com o serviço de Urgência e com a Unidade de Cuidados Intensivos a preocupação foi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, para tal procurei, desde logo, identificar a estrutura física, orgânica e funcional dos serviços, consultando todos os protocolos e normas existentes, para melhor me integrar e assim poder contribuir com os meus conhecimentos quer académicos, quer da experiencia profissional. Como afirmou Leite (2006, p 4) “ ... *os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida*”.

O dia-a-dia de um serviço de urgência tem uma complexidade diferente da minha experiencia profissional, consegui gerir e adaptar-me a essa realidade, fazendo e elaborando mentalmente um plano de acções, como perceber as prioridades, as necessidades dos clientes, para actuar com as situações que me foram sendo apresentadas de forma a poder dar resposta em tempo útil e eficaz, sempre com o objectivo de prestar cuidados com qualidade. Estes conhecimentos foram aplicados, quer na prestação de cuidados, assim como em conversas informais com a equipa e ainda nos ensinamentos efectuados com os familiares, nomeadamente com a alimentação (oral e por SNG), posicionamentos, cuidados de higiene entre outros.

Nos Cuidados Intensivos e tendo em conta que foi a primeira vez que prestei cuidados directos a doentes ventilados, consegui gerir e adaptar-me a essa nova realidade, fazendo e elaborando mentalmente um plano de acções, como ver as necessidades imediatas para actuar com as situações que me foram sendo apresentadas. Para prestar cuidados de enfermagem com qualidade, optei pela pesquisa bibliográfica, foi rever os conhecimentos leccionados, acompanhei a enfermeira tutora na prestação de cuidados, familiarizei-me com o equipamento sob supervisão e com a terapêutica mais frequente, assim como me aperceber qual o material necessário para a execução das diferentes técnicas, colaborei na preparação do doente para a elaboração de meios de diagnóstico (Endoscopias, Fibrocopias). Além disso, colaborei na introdução de cateteres (Centrais, arteriais, intracranianos) e drenos torácicos, para melhor consecução deste objectivo.

Tenho que salientar que a estrutura e a organização das unidades de cuidados intensivos, o papel da equipa de enfermagem, fisiopatologia, farmacologia, cuidados de enfermagem ao doente crítico, com enfoque na ventilação invasiva e não invasiva, monitorização invasiva, técnicas de substituição da função renal, hipotermia induzida, posicionamento do doente crítico, comunicação com o doente e a família contribuíram para desenvolver as competências de gerir e interpretar, de forma adequada a informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional de vida e da literatura consultada, possibilitando demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos.

No Pré-Hospitalar os primeiros turnos foram para conhecer a estrutura organizacional de cada meio. Todos os meios estão muito bem organizados o que facilita a integração de quem está a começar a trabalhar ou estagiar. Tudo tem o seu lugar e está devidamente identificado utilizando um saco para todo o material da via aérea, outro para material relacionado com trauma e o monitor com os diversos módulos de monitorização e acessórios. Este tipo de organização evita perdas de tempo permitindo uma actuação mais rápida e eficaz.

No primeiro contacto com este novo campo de estágio, o impacto com as equipas foi muito positivo e a forma como fui acolhida fez com que me sentisse à vontade. É certo que em cada turno, em cada meio, era uma equipa diferente mas isso não se fez sentir nem na minha adaptação, nem na minha integração, até pelo contrário, permitiu-me conhecer diferentes formas de lidar com as diferentes situações. A minha adaptação aos meios foi gradual, pelas características específicas de cada um - rotinas do serviço, materiais e equipamentos usados e medicação habitual. Neste campo de estágio existe um documento guia com o Regulamento de Estágios em Meios INEM/Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU), o qual tomei conhecimento logo no primeiro dia e assinei-o. Este serve como comprovativo para a integração do estagiário. Também consultei os protocolos, manuais e procedimentos específicos a cada meio.

A prestação de cuidados ao doente crítico, a sua estabilização, o seu transporte, a comunicação com o doente e a família, contribuíram para o desenvolvimento da minha competência de gerir e interpretar, de forma adequada a informação proveniente da

minha formação inicial, da minha experiência profissional de vida e da literatura consultada, possibilitando demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos.

Todas as actividades desenvolvidas nos estágios, atrás descritas, permitiram adquirir competências no domínio da prestação de cuidados, na formação e na gestão.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros como ao público geral;**

A comunicação segundo Sá (2001, p 26), pode ser definida como *“um processo emissor-receptor de canalização de mensagens entre indivíduos no campo do relacionamento”*. No dia-a-dia, a forma mais frequente de transmissão de mensagens entre pessoas é a linguagem falada, embora a linguagem não-verbal assumam também um papel muito importante. O mesmo autor diz ainda que o conceito de comunicação não é estanque, e que varia conforme o contexto, utilizando sistemas como o falar, o escutar, o escrever e o ler, ou ainda a pintura, a dança, o contar histórias, entre outros, tendo como objectivo em qualquer das circunstâncias provocar uma resposta, com o propósito de interferir com os demais ou obter informação.

A palavra comunicar tem a sua origem no latim *“comunicare”*, que significa pôr em comum, associar ou entrar em relação com, assim sendo como no diz Almeida e Silva (2004, p 20) comunicar pode ser visto *“ ... como uma troca de ideias, sentimentos ou experiências entre pessoas, sendo idêntico o significado que transmitem entre si”*, pelo que ao longo dos estágios escutei, observei, sempre com o objectivo de obter respostas, com o propósito de interferir com todos para obter informações, de forma a ter uma comunicação eficaz, pois é na comunicação com os outros, que influenciámos os seus comportamentos e que satisfazemos as suas e as nossas necessidades. Para promover a relação de ajuda, a comunicação em Enfermagem é um processo de interacção onde se pretende transmitir informação, partilhar emoções, sentimentos e ideias, exigindo da parte do enfermeiro a capacidade de falar e de escutar.

Interagimos com os outros através da comunicação, que consideramos essencial a um enfermeiro, como nos diz Phaneuf (2005, p 23) *“... é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”* e é através deste interagir que influenciámos os seus

comportamentos e satisfazemos as suas e as nossas necessidades. E, por isso, a comunicação assumiu um papel importante na prestação de cuidados de enfermagem.

No S.U para conseguir desenvolver as competências na área da comunicação, tive que delinear estratégias para estas serem eficazes. Os profissionais de enfermagem, para comunicarem eficazmente com os doentes e os seus familiares, necessitam, para além do conhecimento das técnicas de comunicação, de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada.

Existe uma ideia pré definida, que num serviço de urgência devido a sua estrutura física e a sua funcionalidade, a comunicação nem sempre é possível, pois por vezes não é fácil promover ao máximo a privacidade do doente/família, para que estes expressem os seus anseios e emoções, assim como existe a ideia que nestes serviços o tempo para a comunicação é escasso. Para desenvolver uma comunicação eficaz com o doente/família e desmistificando um pouco o que foi referido anteriormente, fui sempre arranjando estratégias, tais como, dando tempo ao prestador de cuidados para expressar as suas dúvidas, os seus anseios, comunicando com este correctamente com uma linguagem simples e compreensível, assim como com o doente na prestação dos cuidados, explicando sempre as minhas actuações, de acordo com a sua importância e a sua necessidade.

Com estas noções presentes adoptei, sempre, uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e informação, antecipando, sempre que possível, as necessidades da família e do doente. Verifiquei que, em grande parte das situações era a mim que os familiares recorriam para esclarecerem as suas dúvidas, apesar de eu me apresentar fardada de cor diferente. Ao comunicar com a família tive sempre em atenção que o excesso de informação poderia ser prejudicial, pelo que foram sempre evitados os pormenores técnicos, procurando fortalecer a família, dando-lhe informação e utilizando a mesma como parceiros a quem podemos recorrer para ajudar na recuperação dos nossos doentes.

Sempre que me foi possível realizei sessões informais de educação para a saúde ao doente e sua família, nomeadamente, cuidados com a alimentação em doentes com diabetes, cuidados com as precauções em doentes em isolamento, doentes que iriam

com SNG e cateter vesical, para o domicílio, quais os cuidados e encaminhamento para as unidades de saúde, assim como com a realização de pensos.

Na unidade de cuidados intensivos a comunicação pode ser mais difícil, pelas características dos doentes, que na sua grande maioria são doentes ventilados, e esta presença do tubo traqueal inibe a emissão sonora. No início foi um pouco complicado para mim, pois em toda a minha vida profissional prestei cuidados a doentes quase sempre acordados e conscientes, por isso este foi um grande desafio mim mesmo e no fim do estágio, não só consegui comunicar com estes doentes na sua plenitude, através da linguagem gestual e de leitura da mímica labial, como perceber e compreender o que estes necessitavam. Este estágio levou-me a reflectir também sobre a importância das diversas formas de comunicação, uma vez que os tratamentos aqui implementados são na sua natureza maioritariamente invasivos, agressivos, dolorosos e desconfortáveis, quer física quer psicologicamente. Também aqui desenvolvi uma comunicação eficaz com o doente/família fomentando o diálogo, arranjando estratégias, como a importância do toque na comunicação com o doente, dando tempo ao prestador de cuidados para expressar as suas dúvidas, os seus anseios, comunicando com este correctamente com uma linguagem simples e compreensível, assim como com o doente na prestação dos cuidados, explicando sempre as minhas actuações, de acordo com a sua importância e a sua necessidade.

Respondi sempre apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas que me foram sendo colocados, utilizando discurso ajustado e devidamente fundamentado, atendendo sempre ao seu grau de compreensão e circunstância. Conforme as dúvidas e as necessidades sentidas ao longo do estágio, procedi a várias pesquisas bibliográficas que se mostraram oportunas. Saliento a pesquisa sobre ventilação, dor e farmacologia do doente em cuidados intensivos; fisiopatologia; técnicas de mobilização; pesquisas sobre tratamento de feridas; importância da documentação da prática de cuidados, entre outras com que me fui deparando ao longo do estágio

No Pré-Hospitalar para conseguir desenvolver as competências na área da comunicação, tive também que delinear estratégias para estas serem eficazes. Pois, mesmo em situações de stress, nunca se pode descurar da importância que é a comunicação. Claro que a forma como foi recebida pelas equipas foi muito positiva e isso facilitou o meu desempenho. É claro que em cada turno, em cada meio, era uma equipa diferente mas

isso não se fez sentir na minha adaptação até pelo contrário permitiu-me conhecer as diferentes formas de lidar com as variadas situações. Todas as equipas tinham a preocupação de explicar quais os procedimentos que iriam efectuar.

Para melhor desenvolver este objectivo, desenvolvi estratégias de resolução de problemas junto do doente/família, respondendo apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas que os mesmos me foram colocando, utilizando discurso ajustado e devidamente fundamentado, atendendo sempre ao seu grau de compreensão e circunstância.

Procedi a várias pesquisas bibliográficas que se mostraram oportunas, das quais saliento a pesquisa sobre dor e sua farmacologia associada, trauma e suas técnicas de imobilização, fisiopatologia, algoritmos preconizados nos vários meios. Esta pesquisa bibliográfica aprofundada permitiu-me comunicar de forma reflectida, e estruturada tanto com a equipa multidisciplinar, como com o doente/família.

Por tudo aquilo que foi dito, consegui comunicar correctamente sempre com uma linguagem científica e técnica para todos os profissionais de saúde e com o publico em geral uma linguagem compreensível. Assim como prestei cuidados sempre fundamentados em evidências científicas e realizei sessões informais de educação para a saúde quer para o doente/família sempre que necessário.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Formular e analisar questões /problema de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;**

A Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assumindo os cuidados ao doente crítico, e como referenciado no Diário da República, 2º Serie-nº35 de 18 de Fevereiro de 2011, no artigo 3º da alínea b”... *são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.*”

Ao reflectir sobre as dificuldades sentidas e vividas durante os estágios, e as que são sentidas pelo cliente e família, estas permitiram-me abordar questões complexas de

modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, fundamentalmente na minha área de especialização.

A pesquisa bibliográfica foi uma constante, na busca de informação para aperfeiçoar as respostas dadas perante situações novas e complexas, de forma a poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

É necessário avaliar as necessidades do doente para que possam ser dadas as respostas em função das prioridades das suas necessidades e estas possam ser dadas em tempo útil. Para isso é necessário elaborar um plano de actuação de acordo com os conhecimentos que foram adquiridos na parte teórica da especialidade e esta sempre de forma reflexiva.

No decurso dos cuidados, foram identificadas situações imprevistas e complexas – situações de compromisso da via aérea e ventilação, cardiovascular, renal e neurológica, em que foi necessário prestar cuidados de enfermagem com um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades e estabelecer prioridades de intervenção. Nestas situações críticas fui capaz de responder de forma adequada demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevisíveis e complexas. Foram várias as oportunidades para identificar situações que necessitaram de cuidados de enfermagem mais complexos, nomeadamente a transferência de doentes de trauma, situações de morte, e tive algumas situações em que também vivenciei com ela e com todos os seus processos inerentes.

No caso de existir a morte nos serviços e como nos diz Benner (2005, p 143), “*é preciso também deixá-la alguns instantes em contacto coma as suas emoções a fim de respeitar o seu desgosto*”, usando o silêncio como meio facilitador da comunicação.

No serviço de urgência pude constatar que este, está estruturado de forma a poder dar resposta em tempo útil as várias situações de urgência/emergência que ali aparecem.

Nos cuidados intensivos existiram várias oportunidades para identificar situações que necessitaram de cuidados de enfermagem mais complexos, nomeadamente a transferência de doentes de trauma, para se ausentarem do serviço, para irem realizar exames, pelo que pode participar de forma activa na transferência destes doentes da unidade, para o exterior, nomeadamente a colocação do plano duro, a mudança do ventilador da unidade para o ventilador de transporte. As situações vividas pelo cliente e família, permitiram-me abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, fundamentalmente na minha área de especialização.

O impacto do internamento na família é muito relevante, sendo as situações de morte, as que mais stress causa às pessoas, pelo que temos que acolher a família de forma adequada, apresentando-nos, mostrando disponibilidade e informando-os do que irão encontrar (ventilador, cateteres, monitores, alarmes). Como enfermeira tive a preocupação de responder às questões colocadas de forma segura, para diminuir a ansiedade da família. Na comunicação com a família tive em conta que o excesso de informação poderia ser prejudicial. Procurando que a família seja fortalecida, dando-lhe informação e utilizando a mesma como parceiro a quem podemos recorrer para ajudar na recuperação dos nossos doentes. O acolhimento na unidade é, sempre que possível, efectuado pelo médico de serviço e pela enfermeira responsável pelo doente, ou no caso de esta não ter disponibilidade é feito pela coordenadora da equipa, pelo que sempre que tive oportunidade este foi efectuado por mim, o que me permitiu desenvolver a comunicação com a família interagindo sempre com esta de forma positiva. Quando um doente é admitido numa UCI, este e a família experimentam sentimentos de perda de controlo, uma tempestade de sentimentos (medo, ansiedade, raiva, negação, tristeza, entre outros). Porque consiste num acontecimento repentino, não permite uma adaptação. Impõe uma alteração nas relações, nos papéis, exigindo uma reorganização da vida familiar, profissional e social. O saber/fazer na Enfermagem supera a vertente técnica e os cuidados em termos físicos, valorizando o aspecto relacional e espiritual, fomentando a esperança, ainda que em situações adversas. Tudo isto, assenta na comunicação, e esta é a base da relação com o doente/família. Benner (1996, p 14) afirma que “...estas competências de envolvimento com os doentes e as famílias são centrais quando se ganha perícia profissional, porque a promoção do bem-estar de

*“pessoas que estão vulneráveis requer tanta atenção sobre a situação ou problema como as capacidades existenciais de envolvimento pessoal.”*

Outra situação que requer análise complexa, é o facto de nos depararmos com a morte cerebral e que esta se instalou definitivamente num dos nossos doentes, sendo que nessa altura somos confrontados com um dilema ético, entre o que se deve ou não fazer, numa mistura confusa de sentimentos, emoções, sensação de frustração de derrota, pena. No meu caso sinto ainda uma maior complexidade na situação, pois se por um lado sou invadida por todos estes sentimentos por outro, e como enfermeira da Nefrologia, não posso descurar a minha experiência e sentir, presenciar os sentimentos dos familiares que por vezes recebem o órgão do doente com morte cerebral. Esta situação vivi-a durante o estágio, este turbilhão de sentimentos foram por mim sentidos, pelo que irei dar ênfase a esta temática, para uma melhor reflexão crítica sobre a experiência.

A definição e os critérios para morte cerebral são rigorosos. Para chegar a um diagnóstico de morte cerebral, o paciente não pode estar sobre influência de anestésicos ou outros medicamentos que possam interferir com as suas funções cerebrais, pelo que diagnóstico de morte cerebral obedece aos seguintes critérios: lesão estruturante suficiente com exclusão de causas reversíveis que podem simular a morte cerebral (hipotermia < 33°C, hipoxemia, choque, encefalopatias metabólicas, drogas depressoras do SNC). A avaliação de morte cerebral é caracterizada pela presença de um coma não reactiva sem nenhum tipo de resposta motora ou vegetativa ao estímulo algico profundo a nível supraorbitário.

No caso observado atendendo que existia uma lesão destrutiva identificada, foi realizado um período de observação de 6 horas antes do início da avaliação. No momento da avaliação existia um quadro de alterações electrolíticas que foram corrigidas. Após a observação dos critérios para a realização dos testes, foram realizadas duas provas de morte cerebral com o intervalo de 12h. A ausência de actividade do tronco encefálico foi pesquisada pelos reflexos fotomotor, corneano, oculocefálico, oculo vestibular, tosse e vômito e pelo teste de apneia. As provas de morte cerebral, são sempre realizadas por dois médicos, um da unidade, outro não pertencente a unidade e não pode fazer parte da equipa de transplante.

No enquadramento actual da legislação portuguesa, no que diz respeito aos transplantes de órgãos e tecidos de origem humana, como consta da Lei nº 22/2007 de 29 de Junho, assim como dos diplomas complementares – Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro, Registo Nacional de não Dadores (RENDA) e Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994 sobre critérios de morte cerebral. A nível internacional existe uma linha orientadora traduzida pela Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina do Conselho da Europa este encontra-se em vigor em Portugal desde o dia 1 de Dezembro de 2001.No entanto é considerado potencial dador todo o indivíduo que cumpra os critérios clínicos e que não estejam inscritos no RENDDA.

Ao contrário do que se possa esperar, os doentes em morte cerebral com potencial doação de órgãos, exigem da equipa de enfermagem uma avaliação muito minuciosa e cuidados de excelência. Esta preocupação deve-se ao facto destes doentes terem obrigatoriamente estabilidade ventilatória, cardiovascular, hidroelectrolítica e de controlo de infecção rigoroso, para não inviabilizar a doação de órgãos. Neste caso foram realizadas colheita dos seguintes órgãos – rins, coração e fígado.

Esta problemática foi de grande importância e crescimento quer pessoal, quer profissional, pois consegui reflectir sobre varias questões (morte, perda de um ente querido, doação de órgãos e recepção de órgãos), assim como demonstrei capacidade de lidar com questões tão complexas como estas, estando sempre disponível para cuidar quer do doente quer das suas famílias.

No pré-hospitalar consegui criar um espaço de entreajuda e formação muito positivo, sem nunca deixar de ter presente quais os diferentes papéis e suas responsabilidades dos vários intervenientes.

No decorrer da prática tive oportunidades de colaborar/prestar cuidados de enfermagem a doentes com variadas patologias e, simultaneamente, com variados índices de gravidade. Nomeadamente numa situação de multivítimas, num acidente de aviação, um choque entre dois veículos, em que após o choque um dos veículos com duas vítimas, caiu por uma ravina de quatro metros. Nesta situação além de poder ver os vários meios accionados para este caso, pude ainda ver todo o trabalho de equipa prestado por todos (INEM, Bombeiros, Protecção Civil, GNR). Convém referir que a prestação de

cuidados é efectuada com o máximo de exigência qualitativa, cumprindo os protocolos/procedimentos pré-estabelecidos. Além de colaborar no preenchimento do documento para esta situação, prestei cuidados, como: imobilização da vítima e sua estabilização, nomeadamente no controle e melhoria da dor, assim como o acompanhamento no transporte e comunicação inerente à continuidade de cuidados à vítima na chegada ao hospital. Pelo que tudo aquilo que é observado, assim como tudo efectuado deve ser registado de forma a proteger os doentes e profissionais. Nesta situação pude ainda constatar os vários sentimentos a que foram sujeitos os familiares destas vítimas, ao chegarem ao local do acidente, como o medo, ansiedade, tristeza, porque um acidente é um acontecimento repentino, logo não permite uma adaptação.

O saber/fazer na Enfermagem supera a vertente técnica e os cuidados em termos físicos, valorizando o aspecto relacional e espiritual, fomentando a esperança, ainda que em situações adversas. Tudo isto, assenta na comunicação, e esta é a base da relação com o doente/família.

Tive a oportunidade de reforçar a ideia de que realmente o enfermeiro desempenha um papel fundamental no que respeita ao apoio e esclarecimento da família, que vivência uma situação stressante, dominada por sentimentos de dúvida, ansiedade e angustia. Outra situação que requer uma análise complexa como referenciado anteriormente, é o facto de nos deparamos com a morte, e no exterior, está e ainda mais complicada.

A comunicação das más notícias é sempre algo penoso e doloroso, e no Pré-Hospitalar esta torna-se mais difícil, pois é, no momento e na hora que a notícia tem de ser dada, e não existem discursos estereotipados, logo a comunicação deve ser adaptada a cada situação e temos que estar preparados para todo o tipo de reacções, que por vezes são imprevisíveis. Em relação a este facto tenho uma saída que me marcou bastante, pois além de ver o esforço de todos os intervenientes, para reverter uma paragem cardio-respiratoria, tal não foi possível e ao fim de 50 minutos de manobras de reanimação, foi verificado o óbito. A necessidade de comunicar a notícia aos familiares era a prioridade do momento, então, juntamente com a Médica da VMER, fomos para junto desta família e comunicamos o facto, consegui estabelecer com estes uma relação de ajuda, deixando-os expressarem os seus sentimentos. Posso dizer que esta situação me fez reflectir sobre variados temas, nomeadamente: O Stress, a Morte e a Comunicação das

más Notícias, a que estes profissionais do Pré-Hospitalar vivem no seu quotidiano, e assim contribuir para o meu crescimento profissional e académico. Deste modo, desenvolvi competências técnicas e capacidade de análise no processo de identificação de situações prioritárias e selecção de intervenções adequadas nos diferentes contextos.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional**

Nos estágios mostrei interesse, disponibilidade e receptividade para aprender .Para que esta aprendizagem fosse contínua e face às dúvidas e às necessidades sentidas, e indo ao encontro de Fortin (2003, p 74) que define revisão de literatura como *“um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”*, realizei várias leituras pertinentes, como a comunicação com o doente e família, sobre sistemas de informação em enfermagem (SIE), Triagem de Manchester, métodos de trabalho, dor no doente crítico, transporte do doente, sedação, analgesia, ventilação, desmame ventilatorio, a abordagem ao doente crítico na emergência pré-hospitalar (incluindo emergências médicas, obstétricas e pediátricas), paragem cardio-respiratoria (incluindo Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV)) e sobre a abordagem ao politraumatizado e situações de excepção.

Sempre que me surgiram dúvidas, esclareci-as com os vários profissionais com quem tive o prazer de trabalhar, de forma a manter-me informada e assim poder desenvolver as minhas competências quer profissionais quer pessoais.

Quando surgiram situações clínicas em doentes com Insuficiência Renal (IR) Agudizadas ou Crónicas, consegui transmitir os meus conhecimentos, quer aos Enfermeiros, quer aos alunos de Enfermagem com quem partilhei várias horas do estágio, como é importante o comprimento do regime terapêutico e alimentar destes doentes, a ingestão/restricção de líquidos, a manutenção e tratamento dos acessos, entre outras coisas, o que senti que algumas questionavam-me e reflectiam sobre as suas práticas.

No SU sempre que surgiram situações que não faziam parte do meu quotidiano, como por exemplo a activação da sala de Emergência, que apesar de no meu dia-a-dia fazerem

parte as paragens cardio-respiratoria (PCR), estas não são praticadas no mesmo contexto (Sala de Emergência), nem todo o material que lhe pertence, como Ventiladores, carros de apoio com material variado (Cateteres venosos, centrais, tubos endotraqueais, drenos torácicos), e dos quais faziam parte: um para adultos, outro pediátrico e outro para o trauma, demonstrei interesse em aprender, não só as técnicas, como a abordagem ao doente crítico.

Nos cuidados Intensivos havia uma enfermeira em integração na equipa, ajudei e colaborei com a minha tutora na sua integração, transmiti os meus conhecimentos teóricos práticos, tendo sido uma tarefa motivadora para mim, pois pude transmitir muitos dos meus conhecimentos e assim sentir-me útil. Pude sentir que além deste elemento em integração, todos me questionavam e reflectiam sobre as suas práticas. Consegui promover momentos de reflexão da e sobre a pratica. A unidade permitiu-me desempenhar um bom papel na prestação de cuidados de Enfermagem, devido às condições que oferece, pois é uma unidade com boas condições físicas, possibilitando também uma grande visibilidade da nossa presença no acompanhamento dos doentes perante a família.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o método individual o que me permitiu colaborar individualmente e globalmente com cada elemento e assim poder desenvolver as minhas competências pessoais e profissionais de forma contínua e autónoma.

No pré-hospitalar apesar de não ter efectuado os turnos todos com enfermeiros especialistas, apenas alguns o eram, tive sempre como referência profissionais que considero peritos na área. Notei que estes profissionais tentaram enriquecer o seu curriculum profissional, através de várias formações na área, quer através de pós-graduações, cursos profissionais, congressos ou consulta de artigos com evidência científica reconhecida. A experiencia e o domínio, transformam a competência e essa mudança conduz a uma melhor actuação.

Todas as experiências de estágio me incentivaram a melhorar continuamente os meus conhecimentos e a minha prática. E todas as novas oportunidades de aprendizagem, foram aproveitadas na sua totalidade.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem que demonstrem a existência de conhecimentos aprofundados e actualizados na área de especialização em Enfermagem Médico -Cirúrgica**

Numa equipa de Enfermagem o Enfermeiro Especialista confere alguma credibilidade na sua actuação, pois o Enfermeiro Especialista deve e pode desenvolver um papel diferenciado do Enfermeiro dos cuidados gerais; O Enfermeiro Especialista, assim como o Enfermeiro de cuidados gerais devem ir ao encontro das necessidades dos doentes, mantendo sempre a dignidade humana, como referenciado no código deontológico dos Enfermeiros no artigo 78º, pelo que o Especialista deve ser um elemento de coesão dinâmico para reforçar estes valores e fazer com que estes estejam sempre presentes. Em todos os cuidados mantive a dignidade humana de quem cuidei de acordo com as necessidades destes e transmite esta importância para os outros cuidadores. Pude verificar que este papel não é só reforçado pelo Especialista, mas também pelos coordenadores da equipa, o que ampliou a minha actuação enquanto Enfermeira, no sentido em que de todas as minhas acções agi sempre de acordo com o código deontológico dos Enfermeiros. A importância do líder evidencia-se enquanto coordenador da equipa, principalmente em situações críticas, que exigem tomada de decisão rápida. O enfermeiro é reconhecido em função do saber, da competência, que influencia a sua prestação de cuidados e a da equipa, traduzindo reconhecimento e credibilidade à mesma. O enfermeiro, na procura da excelência do exercício, tem o dever de “...garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade dos mesmos”. Artigo 88.º, alínea e) do código deontológico.

Ao longo dos estágios fui definindo vários focos de atenção sensíveis aos cuidados de Enfermagem, de maneira a avaliar os cuidados prestados, como a dispneia, disfunções renais, neurológicas, entre outras, verificando que a dor é um dos focos que se destaca. A DGS (2003) define a dor como o 5º Sinal Vital e que “a avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.”,

De facto, no SU tive a oportunidade de constatar que a dor é a queixa que mais frequentemente leva a pessoa a recorrer ao SU. Sentindo que a dor está fora do seu controlo e que é avassaladora, procura ajuda profissional direccionada para o alívio da dor, bem como a informação acerca da sua fonte. Constatei que a equipa do SU está muito desperta para este aspecto, sendo uma prioridade no atendimento do doente. Através da minha participação nos cuidados, consegui desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao doente, pois actuei sempre de acordo com as necessidades destes, assim como consegui avaliar e reflectir nesses cuidados, sempre com um pensamento crítico.

Nos Cuidados Intensivos pude verificar que toda a equipa esta desperta para o controle da dor, pois quase todos os doentes têm perfusões de analgésia e o enfermeiro tem autonomia para gerir o debito das perfusões, consoante a avaliação da dor. Outro dado importante no controlo da dor nesta unidade é o uso do Bispectral Index™ (BIS). A avaliação do parâmetro de EEG processado fornece uma medição directa dos efeitos anestésicos e sedativos do cérebro. O BIS é representado como um número entre 0 e 100, calculado a partir do EEG puro obtido por um sensor que é colocado no frontal do paciente. O BIS fornece informações objectivas sobre respostas individuais de um paciente aos fármacos sedativos. O BIS permite quantificar a relação quantidade do fármaco administrado e efeito deste, com o objectivo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de doses adequadas de sedação e de analgésia. A administração de sedação e de analgésia depende das metas previamente estabelecidas para cada doente. As metas de sedação e as faixas de variação dos valores BIS podem variar com o tempo conforme o contexto e o plano de tratamento. Poderá haver movimento com valores de BIS baixos, o que indica possível analgésia inadequada. Os ciclos naturais do sono podem alterar o nível hipnótico. Os valores BIS devem ser interpretados cautelosamente nos doentes com distúrbio neurológicos conhecidos e nos que habitualmente tomam medicamentos psicóticos.

No Pré-Hospitalar a tomada de decisão e liderança dum equipa está bem delineada e definida nas SIV, pois mesmo com protocolos e actuações bem definidos, os Enfermeiros destes meios são autónomos nas suas decisões e são estes que gerem as situações. Tive a oportunidade de ver isso de perto, pois numa saída em que estava destacado outro meio mais diferenciado, a VMER, para a mesma saída, o Enfermeiro

em causa, após ter chegado ao local e ter verificado a gravidade das vítimas, tomou a decisão de abortar a ida deste para o local do acidente.

Em todos os locais de estágio e com a minha participação nos cuidados, consegui desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao doente, pois actuei sempre de acordo com as necessidades destes, assim como consegui avaliar e reflectir nesses cuidados, sempre com um pensamento crítico.

Para uma melhor consecução deste objectivo, fui ao longo do estágio identificando nos doentes/família a ausência ou insuficiência de estratégias para lidarem e gerirem a tensão provocada com a situação de doença, e sempre que foi necessário, tentei minimizar essa tensão, deixando-os verbalizar os seus medos e anseios, respondendo às suas questões, dando sempre uma palavra de conforto e mostrando-me sempre disponível para comunicar.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**

Desde o início que tentei adaptar-me aos locais de estágio, demonstrando disponibilidade e receptividade em compreender a dinâmica de cada serviço. Claro que o facto de ter encontrado profissionais, também eles disponíveis, peritos nas suas áreas e muito receptivos para comigo, me facilitou a minha integração e me ajudou a compreender as suas dinâmicas.

O trabalho de uma equipa multidisciplinar é baseado nos cuidados prestados e a qualidade desses cuidados, pelo que sempre tentei integrar-me com as equipas, comunicando situações e trocando opiniões em relação ao doente. As competências desenvolvidas são o saber desenvolver uma metodologia de trabalho, que seja adequada aos diagnósticos de Enfermagem levantados.

A minha participação activa nas actividades em cada módulo de estágio, permitiu-me aplicar conhecimentos, adquiridos e novos, desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, demonstrando capacidade para integrar conhecimentos, lidar com

questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta e juízos ou os condicionem, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

No SU o método de trabalho utilizado é o em equipa, o que me parece o mais adequado, embora sejam distribuídos pelos vários sectores, é com esse método que trabalham, excepto na triagem em que só se encontra um elemento, o método praticado é o individual.

Para demonstrar capacidade para trabalhar de forma adequada, foi necessário estudar e compreender os registos praticados, pois a elaboração de registos é uma obrigação do exercício da profissão de enfermagem. Estes devem ser pertinentes, conscientes e cuidadosos de modo a garantir a continuidade de cuidados. A elaboração de registos é uma obrigação do exercício da profissão de enfermagem, está inclusive decretado no DL 437/91 de 8 de Novembro, o modo de registar ou documentar em Enfermagem, os registos de Enfermagem devem ser pertinentes, conscientes e cuidadosos de modo a garantir a continuidade de cuidados.

O programa informático utilizado é o Sistema de apoio para a prática de Enfermagem (SAPE), que tem subjacente a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), isto no OBS, penso que este sistema é acessível e promove uma maior eficácia na transmissão de informação clínica de uns profissionais para outros. Na restante urgência o sistema utilizado é o Alert.

Tentei sempre utilizar uma linguagem científica, coerente e clara e seguir uma ordem lógica de acordo com a CIPE.

Na unidade e tendo em conta a especificidade do campo de estágio optei por não me precipitar logo na prestação de cuidados ao doente crítico, tendo usado como estratégia facilitadora para a minha evolução a análise dos protocolos e normas existentes. Aqui o método de trabalho é o método individual, mas este não coloca de parte o método em equipa, e aqui mais uma vez se vê a importância do papel da coordenadora e do subcoordenador, que geram entre si as necessidades de ajuda, assim como gerem alguns conflitos da equipa multidisciplinar, com o intuito de existirem cuidados com qualidade.

Pelo que participei de forma adequada com toda a equipa multidisciplinar, em prol dos cuidados com qualidade.

No pré-hospitalar também aqui a adaptação foi gradual e sempre de forma responsável, pois cada meio tem as suas características específicas, assim como as suas rotinas. Em todos os turnos preenchíamos a ficha informativa de realização do estágio e com os conhecimentos adquiridos nas aulas teórico-práticas, descrevíamos as situações vivenciadas, bem como a utilização de protocolos associados.

No início de cada turno é efectuada, em folhas próprias, a check-list do material existente quer na viatura, quer nas malas. Também é verificado a funcionalidade de cada aparelho existente, assim como a verificação das suas baterias. Para além disto, nos meios em que existem fármacos (SIV e VMER) é efectuada ainda a check-list dos estupefacientes.

Cada meio tem durante a semana actividades específicas, como lavagem e higienização da viatura, requisição de gases medicinais e estas são distribuídas em diferentes dias, de maneira a não haver sobrecarga para as equipas. Este plano é efectuado em cada meio e em cada base.

Desde o início que participei em todas as actividades e rotinas de cada meio. As equipas com quem me fui integrando, desde logo me permitiram estabelecer relações cordiais. Esta saudável interacção que consegui estabelecer com as equipas, facilitou-me o meu processo de integração e aprendizagem, permitindo desta forma que ao longo de todo o decorrer do estágio fossem adquiridas/mobilizadas competências. Com o decorrer do estágio, fui aprendendo e aperfeiçoando a prática da assistência pré-hospitalar, pois foi a primeira vez em toda a minha vida profissional que tive contacto com esta realidade.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o cliente/família, assim como com a equipa multidisciplinar**

As experiências vividas durante os estágios são muito diversificadas, permitindo uma aquisição de saberes e conhecimentos, abrangentes e profundos, que possibilitam tomar consciência do caminho já percorrido e do que ainda falta percorrer.

As capacidades reflexivas e a estruturação do pensamento foram desenvolvidas, permitindo assim uma melhor qualidade da aprendizagem.

O relacionamento quer, seja com a equipa multidisciplinar, quer com doente /família, requer que o profissional/aluno desenvolva competências para que esta seja eficaz. Pelo que durante o estágio tentei sempre comunicar de acordo com a compreensão do ouvinte, sempre de forma estruturada, com linguagem acessível para com o doente e família. Tentei sempre estabelecer uma relação empática. Informando os familiares com o intuito de diminuir o stress, relacionado com a doença. É o respeito por esta reserva sobre a intimidade do outro que fundamenta a existência de um dever de guardar segredo sobre a informação a que se tem acesso por via do exercício profissional, que de outra forma, não seria conhecida (Deodato, 2006).

O impacto que provoca o internamento na família é muito relevante, sendo as situações de morte, as que mais stress causa às pessoas. Estas situações impeliram-me a estudar as vivências e as necessidades das pessoas – doente, família e equipa de saúde.

No SU o ver a sala de emergência ser activada, fez com que vivencia-se de perto o stress dos profissionais envolvidos e poder provocar oportunidade de introspecção, nos Enfermeiros, apesar de lidarmos no dia-a-dia com a morte não estamos preparados para o insucesso que acarreta uma PCR, e os sentimentos que daqui advêm para os profissionais são imensos, não tendo todos as mesmas capacidades de reagir perante a morte.

Pude vivenciar esta problemática de perto, a que tanto os Enfermeiros, quer os familiares estão sujeitos, no cuidado ao doente crítico, pois existem mudanças súbitas em que por vezes a vida do doente está em risco, o que acarreta nestes uma grande sobrecarga de emoções. E nós Enfermeiros também somos ser emotivos e com sentimentos e como cuidadores precisamos ser cuidados para podermos cuidar dos outros, estas situações levaram-me a grandes reflexões sobre os cuidados, os cuidadores e foi através de discussões informais durante o turno e nas passagens destes, que me permitiram melhorar a minha atitude em situações semelhantes e penso ter conseguido que alguns profissionais reflectissem sobre este assunto e com isso melhorarem as suas atitudes.

Na Unidade de Cuidados Intensivos tentei sempre comunicar de acordo com a compreensão do ouvinte, sempre de forma estruturada, com linguagem acessível. A importância do acolhimento da família numa unidade é fulcral, pois os familiares

experimentam sentimentos de descontrolo e de perda e na maioria dos casos, estes não estão preparados para o que vão encontrar na unidade, pelo que Enfermeiro tem um papel fundamental neste acolhimento. Durante o estágio efectuei varias vezes este acolhimento, que consiste em entregar o guia de acolhimento, este tem informações sobre as horas da visita e os procedimentos que devem ser efectuados (lavagem das mãos, vestir a bata e no fim retirar a bata ainda na unidade e lavar novamente as mãos a saída) é explicada a situação clínica e como vão encontrar o seu familiar (entubado, sedado, com vários aparelhos). Neste acolhimento é dado tempo para que as dúvidas e anseios dos familiares sejam minimizados, como nos diz Benner (2005, p 462), “*o clima do meio hospitalar inquieta-os, os aparelhos e os cuidados invasivos confundem-nos, e o sofrimento e as perspectivas do futuro fazem-lhes medo*”. Assim mostrei sempre disponibilidade de escuta, com o intuito de diminuir o stress relacionado com a doença/internamento.

No Pré-hospitalar sempre que possível, observei e colaborei no apoio e esclarecimento dado à família e fortaleci a ideia que o enfermeiro que trabalha no pré-hospitalar, para além de ter uma grande diversidade de conhecimentos, tem que desenvolver competências relacionais e comunicacionais de forma a conseguir dar resposta às necessidades dos familiares. Para o conseguir tem que estar preparado para dar as informações necessárias tendo em conta o nível sociocultural e o estado emocional, bem como a gravidade da situação da vítima, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares, sendo o agente essencial e primordial do controle das emoções sentidas e vivenciadas pelos familiares.

As situações de morte, impeliram-me a estudar as vivências e as necessidades das pessoas, quer dos familiares assim como dos profissionais. Vivenciei esta problemática de perto, pois existem mudanças súbitas em que por vezes a vida do doente está em risco, o que acarreta nestes uma grande sobrecarga de emoções.

Apesar do número, por vezes, elevado de saídas por turno tal não inviabiliza que após cada saída se analise a situação. Por vezes, estas “discussões” eram realizadas durante o regresso à base. Nelas se falava um pouco de tudo, desde se poderíamos de alguma forma ter melhorado a actuação, se seria possível efectuar algo mais e até se poderiam ser accionados outros meios, com o objectivo de melhorar a comunicação e assim os cuidados.

Com estas oportunidades de reflexão, desenvolvi conhecimentos sobre comunicação no relacionamento com o doente/ família, de uma forma terapêutica, fortalecendo a família, dando-lhe informação e utilizando a mesma como parceiro a quem podemos recorrer para ajudar na recuperação dos nossos doentes.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Realizar a gestão dos cuidados na área da Especialização de Enfermagem Médico cirúrgica**

A nível do desenvolvimento de competências na área da gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados, tive a oportunidade de acompanhar quer os Enfermeiros Chefes, quer os meus enfermeiros tutores a liderança de equipa quando eram responsáveis de turno. Pelo que mobilizei conhecimentos na área da gestão, como a gestão de conflitos, mantendo sempre uma conduta de respeito para com a equipa, pois na minha opinião, as principais características e comportamentos de um líder, e que penso serem essenciais para a liderança da equipa na prática clínica, envolvem responsabilidade, determinação, dedicação, entusiasmo, optimismo, comportamento profissional, abertura de ideias, como refere Estanqueiro (2009, p 95) *“a liderança é um processo de influenciar pessoas, para que realizem uma tarefa ou atinjam um objectivo, em determinada situação...”*

No SU o acompanhamento com o Enfermeiro chefe permitiu-me perceber a exigência a nível da gestão em todas as suas variantes. Foi-me possível perceber a verificação e gestão do stock de material, tendo colaborado nos pedidos de consumo clínico e hoteleiro. A verificação do stock de fármacos é realizada por um elemento do Serviço de Farmácia e este muda o carro três vezes por semana, esta mudança tem um acordo previamente acordado com o serviço, mas sendo preocupação do Enfermeiro em gerir o stock necessário extra de acordo com as prescrições médicas, pelo facto de os doentes, em determinadas situações, utilizarem uma quantidade mais elevada de fármaco do que o usual. Neste aspecto colaborei nos pedidos de farmácia. Colaborei também na elaboração dos pedidos de check-list existentes no serviço, referentes a produtos farmacêuticos (Solutos, cremes, loções, xaropes entre outros), pedidos diariamente.

O papel do enfermeiro passa também pela gestão dos recursos humanos, pelo que colaborei na composição das equipas do próximo semestre (pois estas mudam de seis

em seis meses). Penso que esta mudança é benéfica para a equipa, pois permite que os elementos se conheçam todos e assim tenham a oportunidade de se tornarem equipas dinâmicas, pois com este período de tempo são obrigados a adaptarem-se uns aos outros. Colaborei ainda na elaboração do plano de trabalho diário dos Enfermeiros.

Consegui perceber que o Enfermeiro responsável tem uma grande responsabilidade dentro da equipa, nomeadamente no que diz respeito a gestão dos cuidados e em delegar autoridade, pois havendo necessidade de transferir um doente para uma unidade específica, é este quem decide qual o elemento que devera acompanhar o doente. A importância do líder evidencia-se enquanto coordenador da equipa, principalmente em situações críticas, que exigem tomada de decisão rápida. O enfermeiro é reconhecido em função do saber, da competência, que influencia a sua prestação de cuidados e a da equipa, traduzindo reconhecimento e credibilidade à mesma.

Tive também a oportunidade de perceber que o Enfermeiro que se encontra na triagem, necessita de uma preparação e necessidade de saber dar resposta as pressões a que estão sujeitos diariamente, pelo que a equipa necessita de uma grande preparação para poder estar neste sector, isto é, precisa de formação específica na área da triagem de Manchester (Anexo).

Na Unidade de Cuidados Intensivos acompanhei durante três manhãs o enfermeiro chefe e a Enfermeira Especialista, que é o elemento que substitui o enfermeiro chefe na sua ausência, para melhor compreender estas dinâmicas. Este acompanhamento permitiu perceber a exigência a nível da gestão em todas as variantes.

Foi-me possível perceber a verificação e gestão do stock de material, tendo colaborado nos pedidos de consumo clínico e hoteleiro, que são efectuados as segundas, quartas e sextas-feiras, o pedido é efectuado online e com um acordo já pré estabelecido, no entanto este pode ser alterado consoante as necessidades. A prescrição da medicação é efectuada pelo médico também online para a farmácia e esta bem diariamente repor a máquina da Pixes (esta tem medicação e com stocks pré estabelecidos). Os estupefacientes também se encontram nesta máquina e são verificadas as quantidades, todas as manhãs pelo chefe, a fim de minimizar os erros.

Colaborei na elaboração/actualização do plano da equipa de enfermagem diariamente. Assim como colaborei na elaboração do plano diário, para as assistentes operacionais.

Parece-me ser primordial para o bom funcionamento de uma unidade a liderança de Enfermagem. A liderança de enfermeiros enfrenta desafios inerentes ao planeamento de cuidados, a conflitos bioéticos, à supervisão dos cuidados, à capacidade de tomar decisões com rapidez e segurança, em saber lidar com situações que envolvem processos de luto. A importância do líder evidencia-se enquanto coordenador da equipa, principalmente em situações críticas, que exigem tomada de decisão rápida. O enfermeiro é reconhecido em função do saber, da competência, que influencia a sua prestação de cuidados e a da equipa, traduzindo reconhecimento e credibilidade à mesma. Para Chiavenato (2005, p 183), a liderança é definida como” *uma influência interpessoal, na qual uma pessoa age no sentido de modificar ou provocar o comportamento de uma outra pessoa de maneira intencional, exercida em uma dada situação e dirigida pelo processo de comunicação humana para consecução de um ou mais objetivos específicos*”.

Este acompanhamento ajudou-me a perceber e reflectir a importância dos coordenadores e subcoordenadores das equipas, permitiu-me compreender os critérios para a elaboração das equipas, pois o chefe elabora a constituição desta, tendo em conta as características, as capacidades de liderança e autonomia, os conhecimentos, o saber estar com o saber fazer, de forma a ter equipas capazes de dar respostas adequadas as necessidades destes doentes.

No pré-hospitalar participei na gestão de recursos materiais na VMER, SIV e SBV, onde no final de cada saída é feita a contabilização dos gastos e repostos todo o material que se encontra em stock na base através de uma check-list. O pedido de material para reposição do *stock* era feito duas vezes por semana em sistema informático pelo responsável da base.

As competências desenvolvidas estão relacionadas com o saber responsabilizar-se pela gestão de recursos materiais e humanos; saber elaborar o plano de cuidados, tendo em conta as competências e características de cada enfermeiro. Estas situações e a minha participação activa em todas estas actividades e permitiram-me identificar o conteúdo funcional do enfermeiro responsável e do enfermeiro especialista.

A gestão dos cuidados de Enfermagem, nos nossos dias é um processo humano e social e que é influenciado pela liderança, motivação, participação, da comunicação, da colaboração e da interacção entre os diferentes profissionais. Assim, o enfermeiro

especialista é responsável pela gestão dos cuidados prestados, na sua área de especialidade. Essa gestão é a garantia da qualidade prestada, e passa sem dúvida pelo desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz com a finalidade de prestar cuidados com qualidade, na assistência ao doente crítico e família.

**OBJECTIVO ESPECIFICO: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**

A actividade do Enfermeiro Especialista, assim como o Enfermeiro Generalista devem ir ao encontro da necessidade do doente/ família que cuida, conduzindo a sua prática de forma responsável e ética, promovendo a dignidade humana, privacidade, o direito ao sigilo profissional, o dever de ser informado. Neste sentido procurei agir, como até agora no percurso da minha vida profissional, sempre de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), implementando cuidados de enfermagem congruentes com os valores que orientam a profissão.

É necessário que sejam sempre respeitados os quatro princípios da Bioética, os princípios da Beneficência, Maleficência, Autonomia e Justiça, na assistência dos utentes em situações de urgência e emergência. São estes princípios que devem estar sempre presentes no dia-a-dia dos profissionais que continuamente tomam decisões na sua prática diária, sobretudo em situações de emergência, onde muitas vezes a resolução das situações envolvem ainda a gestão de recursos escassos.

Apesar de sermos todos diferentes, todos temos direito ao cuidado, direito mencionado na lei de Bases da saúde, na Base 1 da lei nº48/90 de 24 de Agosto, pelo que todos que necessitem de cuidados, devem ser cuidados. Desenvolvi estratégias de resolução de problemas junto do doente/família, respondendo apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas que os mesmos me foram colocando, não olhando a classe económica, social, religião ou etnia a que pertenciam. Não impôs critérios pessoais nem fiz juízos de valor, e sempre que senti que tais juízos poderiam ser levantados, tentei proporcionar momentos de reflexões para que tal não acontecesse.

No exercício da nossa profissão, diariamente, surgem questões que exigem decisões éticas. Uma multiplicidade de factores que envolvem as decisões éticas e têm impacto

tanto nos que recebem os cuidados como naqueles que os prestam: autonomia, perspectivas filosóficas sobre a saúde e a doença, crenças éticas e morais, inclinações sociais, entre outros.

Em cuidados intensivos, surgem muitas vezes conflitos de valores, pois o doente não tem condições físicas nem mentais para decidir por si, mas também tem o direito à sua identidade e a ser tratado com justiça.

Eticamente, podem existir algumas contradições, pois se por um lado o doente não pode tomar decisões e/ou assinar qualquer tipo de consentimento informado para ser submetido a uma técnica invasiva (se não deixou nenhum documento escrito ou representante legal), por outro lado tem direito a sua individualidade. Pelo que devemos agir sempre no melhor interesse para o doente, sempre com respeito de autonomia e prioritariamente paternalismo para com ele.

O respeito pela dignidade humana é um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos quer aos actos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes.

É também indispensável que o doente seja informado sobre a identidade e a profissão de todo o pessoal que participa no seu tratamento. Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra.

Na Assistência do Pré-Hospitalar, podem surgir alguns conflitos de ideias, pois o doente nem sempre tem condições físicas nem mentais para decidir por si, mas também aqui tem o direito à sua identidade e ser tratado com justiça.

Em todos os módulos de estágio nunca coloquei critérios pessoais, nem nunca foram feitos juízos de valor, e sempre que senti que tais juízos poderiam ser levantados, tentei proporcionar momentos de reflexões para que tal não acontecesse.

Como refere Deodato (2008) “o enfermeiro, através da sua prática profissional, assegura o direito ao cuidado dos cidadãos”, então o Enfermeiro Especialista deve prestar cuidados de acordo com a sua área de especialidade, pelo que ao longo dos estágios prestei cuidados e tomei decisões sempre fundamentadas e com evidências científicas sem nunca esquecer as implicações éticas. Fui desenvolvendo com os meus tutores momentos informais para avaliar se as decisões tomadas eram as melhores.

### **OBJECTIVO ESPECIFICO: Zelar pelos cuidados prestados na área da Especialidade da Enfermagem Médico-cirúrgica**

A exigência de cuidados implica que a equipa garanta a segurança dos procedimentos de enfermagem e zele, também pelos cuidados prestados por outros elementos. Este aspecto necessitou que durante toda a prática de Enfermagem fosse criado e mantido um ambiente de cuidados seguro, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como também de todos os profissionais.

Em todo o estágio tive a preocupação de manter um ambiente seguro ao doente, preservando sempre a sua segurança, colocando sempre as grades após cada procedimento, embora de uma maneira geral todas as equipas procedesse correctamente, houve situações que necessitaram de correcção, nomeadamente após a observação do doente pelo médico este esquecia-se de voltar a coloca-las. Outra situação em que por vezes foi necessário zelar pela segurança do doente é no aspecto do controlo de infecção. A urgência é um local onde existe uma grande afluência de doentes, o cuidar em procedimentos invasivos, requer rigor com a assepsia, o que por vezes se facilitava, pelo que houve situações em que foi necessário corrigi-las. A capacidade de reduzir as infecções pode e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objectivo do controlo de infecção é evitar as infecções evitáveis e fazê-lo de uma forma custo-efectivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infecção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro susceptível. (Comissão de Controlo de Infecção, 2007, p 6).

Este aspecto permitiu-me perceber a importância de prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e da importância do rigor dos procedimentos no doente crítico.

Outra das minhas preocupações foi tentar promover a dignidade humana, pois cada um de nos deve ter cuidados de acordo com a sua condição humana, independentemente da idade, sexo ou etnia. Logo na nossa profissão devemos agir sempre de acordo com o código deontológico. Isto fez com que eu reflectisse com consciência e não deixar de ser o que fui até ao momento e continuar arduamente o meu trabalho, preservando no seu esplendor a dignidade humana. O dever de informar do enfermeiro, encontra-se fundamentado no CDE, com o “respeito pelo direito a autodeterminação” dos clientes de cuidados, no seu artigo 84.º

O controlo de infecção é de enorme importância nas unidades, pois os doentes têm um elevado risco de infecção associado, devido a disfunção/falência multiorgânica que apresentam, é de enorme importância. De acordo com o Ministério da Saúde (2007, p 6), citando dados da Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS), sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos. A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade. A capacidade de evitar as infecções pode e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

No sentido de contribuir para a prevenção da IACS os cuidados de enfermagem centram-se na optimização e manutenção dos dispositivos invasivos e em adoptar medidas de prevenção e controlo da infecção. O isolamento adequado dos doentes apresentando doenças infecciosas transmissíveis por contacto ou por via aérea é fundamental. Para esse efeito, a instituição dispõe dos mecanismos, recomendações e meios para o pôr em prática (segundo as normas instituídas pela comissão de controle de infecção do hospital), que a equipa cumpre na íntegra. Outro aspecto de relevo, é o uso de técnica asséptica na manipulação e abordagem dos dispositivos invasivos e aspiração de secreções pelo tubo Endo-traqueal (TET), sendo todos os dispositivos invasivos trocados a períodos protocolados, seguindo as guidelines internacionais.

Na assistência pré-hospitalar exige-se um raciocínio e uma actuação muito rápidos. Assim, é necessário estar muito seguros para desempenhar as nossas funções sem qualquer possibilidade de erro e com o melhor benefício para o doente.

O controlo de infecção, no pré-hospitalar por vezes não é fácil controlar, pois devido as situações com que por vezes nos deparamos, quer intempéries, quer socioeconómicas, estas são difíceis de controlar, mas na generalidade os profissionais com quem tive o prazer de trabalhar tinham sempre essa máxima presente e tentaram sempre com os meios que disponham proteger o doente. No fim de cada saída era efectuada a devida desinfecção a todo o material utilizado (maca, aparelhos). Apesar de ter tido conhecimento que no INEM ainda não existe nenhuma Comissão de Controle de Infecção, estes tinham este cuidado.

De todas as actividades identificadas como sendo perigosas para o doente, todas foram na sua totalidade sujeitas a correcção.

### **OBJECTIVO ESPECIFICO: Identificar as necessidades formativas na área da Especialização**

Nos nossos dias a evidência está em constante mudança levando a uma evolução e inovação da Enfermagem. Ao longo da vida profissional só é possível crescer quando a formação é reflexo das interrogações que colocamos à nossa prática, tendo um papel primordial e fundamental para o desenvolvimento teórico e prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade de cada um, conduzindo desta forma a alterações permanentes e consistentes na prática do cuidar, aumentando a sua qualidade.

A formação contínua faz parte do desenvolvimento profissional de cada um. Em Enfermagem é de carácter obrigatório efectuar autoformação bem como participar na formação em serviço.

Sabendo que do Enfermeiro Especialista são esperadas competências que lhe permitam ter elevada capacidade de concepção, gestão, supervisão de cuidados e ainda que lhe permitam promover a formação, investigação e assessoria na área de intervenção definida para a especialidade, foram meus objectivos durante o período de formação aprender a reflectir, dar respostas às necessidades sentidas pelos doentes/família e dos

profissionais de saúde, mostrando iniciativa e criatividade na procura de soluções na iminência dos problemas detectados.

O crescimento profissional só é possível quando a formação é reflexo das interrogações que colocamos diariamente à nossa prática profissional, pelo que aproveitei ao máximo as oportunidades de aprendizagem, aproveitando as mais diversas experiências que me foram surgindo, aplicando os meus conhecimentos adquiridos/desenvolvidos na área de EMC e através da formulação e análise de situações/problemas relacionados o doente/família, promovi momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de Enfermagem observados/prestados e contribuí para o desenvolvimento de uma consciência crítica face à prática profissional, no sentido de prestar melhores cuidados de Enfermagem.

No S.U, no âmbito da formação surgiu a necessidade de colaborar na elaboração de precauções de isolamento, para o Quarto de isolamento existente no OBS, assim como ajudar na organização do espaço físico aí existente. Para a aquisição de competências considera-se indissociável uma componente teórica e outra prática. Nunes (2002) diz que “...através da experiência e da formação, os enfermeiros desenvolvem atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades que, quando integrados em padrões morais e legais, caracterizam uma prática profissional envolvida e competente”.

Após a leitura das normas e protocolos existentes no serviço, elaborei um quadro (Anexo 3) para ser colocado na porta do quarto, para posteriormente ser assinalado o tipo de isolamento e com isso serem tomadas as precauções necessárias, por todos os profissionais, assim como pelas visitas dos doentes, pelo que, para melhor visualização das referidas precauções, foram anexas imagens (imagens utilizadas com autorização da Factor Plus-2008).

Ao elaborar este quadro pode reflectir que se as precauções forem cumpridas, o risco de transmissão para o doente é minimizado.

Na minha opinião todo o tipo de formação e documentos elaborados são uma mais-valia para a equipa, pela reflexão da acção, modificando comportamentos, reconstruindo saberes e melhorando a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para ganhos em saúde.

Durante o estágio nos Cuidados Intensivos foi-me possível perceber a dinâmica implementada pela equipa de enfermagem na integração de novos elementos. Normalmente os novos elementos de Enfermagem que ingressam têm um tempo médio de integração de 15 dias no qual são acompanhados pela coordenadora da equipa, que são responsáveis pelo seu processo de integração. Penso que este tempo é pouco, devido a especificidade do serviço, quer em cuidados, como em tecnologias. Em suma, a integração ao processar-se adequadamente, permite ao “novo enfermeiro” alcançar os objectivos individuais, da equipa e da instituição, com a procura de níveis cada vez mais elevados dos cuidados prestados aos clientes e de desempenho profissional.

O facto de ter um elemento em integração na equipa ajudou-me na consecução deste objectivo, pois pude reflectir na minha prática diária, transmitindo os meus conhecimentos teórico-práticos ao novo elemento, facilitando assim o seu crescimento enquanto pessoa, assim como profissional.

No Pré-Hospitalar tive sempre o cuidado de consultar os outros profissionais sempre que as necessidades do doente/ família saíam do âmbito da minha actuação, procurando resoluções adequadas às situações com que me fui deparando.

### **OBJECTIVO ESPECIFICO: Promover formação em serviço na área da especialização em Enfermagem Medico Cirúrgica**

Sendo a formação um processo contínuo e dinâmico que deve acompanhar o indivíduo/profissional ao longo da sua existência, ela permite desenvolver, entre outras, a capacidade de escuta e de tolerância, qualidades indispensáveis na abordagem dos doentes, dos que lhe são próximos e até de outros profissionais de saúde intervenientes.

Fui ao longo do estágio, tentando transmitir os meus conhecimentos e tirando algumas dúvidas aos vários profissionais, fazendo assim, formação em contexto de trabalho. Pois só conseguimos atingir os objectivos da formação (aprender a reflectir, dar respostas às necessidades sentidas pelos profissionais, ser uma forma de actualização, alertar para a necessidade de manter um espírito aberto á inovação, apelar á criatividade e responsabilidade individual), quando o enfoque é directo para o local de trabalho, sendo a prática de cuidados o ponto de partida para que a experiência se converta em saber profissional.

Perante o cenário de uma equipa motivada e actualizada, as necessidades de formação eram muitas e após identificação de algumas necessidades e reflexões efectuadas com os tutores, assim como as necessidades expressas pela restante equipa, foi decidido que seria importante realizar uma formação, que nos cuidados Intensivos, foi o tema: “Técnicas Dialíticas Híbridas” (Anexo 4), que se realizou no dia 16 de Novembro, e da qual foi feito um plano da sessão (Anexo 5), para dar a conhecer os conteúdos da sessão, os objectivos, a metodologia, os recursos didácticos e a sua duração. Cada vez mais em cuidados intensivos pela disfunção multiorgânica, apresentada por estes doentes, nos deparamos com a necessidade de estes necessitarem de técnicas de substituição renal, pelo que este tema me parece de grande importância para a formação de quem cá trabalha. E não querendo ser pretenciosa, porque não demonstrar a importância dos enfermeiros da Nefrologia, como sendo o elemento fulcral destas técnicas.

No Pré-Hospitalar a tutora desde logo mostrou interesse e achou pertinente abordarmos um tema relacionado com a nossa experiência profissional, uma vez que éramos um grupo com experiência em nefrologia, e que até a altura ainda não tinham passado lá nenhum, foi decidido que seria importante realizarmos, uma formação com o tema: “Emergências Associadas ao insuficiente Renal No Pré-Hospitalar” (Anexo 6), da qual fui co-autora, que se realizou no dia 26 de Janeiro, e da qual foi feito um plano da sessão (Anexo 7), para dar a conhecer os conteúdos da sessão, objectivos, duração, metodologia e os recursos humanos. Cada vez mais a nossa sociedade tem doentes portadores desta patologia, e por isso a assistência pré-hospitalar é activada cada vez mais, para estas emergências, pelo que este tema me parece de grande importância para a formação de quem cá trabalha. E porque não desmistificar alguns mitos associados ao doente com insuficiência renal, como por exemplo o não utilizarem os acessos destes doentes (para Hemodiálise), no pré-hospitalar.

No SU consegui ainda apoiar o meu tutor, com a atribuição de os espaços existentes (armários) no internamento de OBS, elaborando um quadro com os vários materiais distribuídos por esses espaços (Anexo 8), com o objectivo de serem mais facilmente visíveis quando necessários.

A formação é então um factor importante quer na evolução pessoal e profissional do indivíduo, quer das organizações, ajudando na adaptação às inovações constantes num mundo em permanente mudança, com o objectivo de obter uma melhor qualidade dos serviços prestados.

As acções de formação mencionadas surgiram na necessidade sentida e em dar resposta a uma lacuna de conhecimentos identificada nas equipas.

Outro aspecto importante é que ao promover a formação em serviço, na área de Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica, consegui desenvolver competências nessa área, pois o formador é sempre quem mais aprende.

### **OBJECTIVO ESPECIFICO: Compreender as diferentes formas de registos da documentação em enfermagem utilizados na UCIPU**

Para demonstrar capacidade para trabalhar de forma adequada, foi necessário estudar e compreender os registos praticados, pois a elaboração de registos é uma obrigação do exercício da profissão de enfermagem. Estes devem ser pertinentes, conscientes e cuidadosos de modo a garantir a continuidade de cuidados. A elaboração de registos é uma obrigação do exercício da profissão de enfermagem, está inclusive decretado no Artigo 41º da Lei nº12-A/2008, de 27 de Fevereiro, da nova carreira, o de registar ou documentar em Enfermagem. Os registos de Enfermagem devem ser pertinentes, conscientes e cuidadosos de modo a garantir a continuidade de cuidados. Os registos de enfermagem são feitos, de duas em duas horas, em folha própria abrangendo terapêutica, parâmetros das várias monitorizações a que o doente está submetido, drenagens, posicionamentos, registo de PVC, colheitas, entre outros.

Para efectivarem os registos de enfermagem é utilizada a CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Quando é admitido um doente a avaliação inicial é efectuada em folha própria, baseada nesta classificação, onde estão contemplados os fenómenos mais frequentes e suas respectivas intervenções para o doente crítico, em contexto de uma unidade de cuidados intensivos. Em todos os turnos o enfermeiro responsável do doente, verifica estes registos e actualiza as suas intervenções dando início a novos diagnósticos ou dando fim a outros, isto é, os registos são actualizados turno a turno. Esta nomenclatura para mim não era nova, pois já tive formação quer académica, quer profissional, apesar de neste momento ainda não estar a ser utilizada no meu serviço, o que me facilitou a sua compressão assim como consegui

efectuar registos de forma autónoma, facto que me ajudou a compreender que as intervenções de enfermagem são seleccionadas no sentido de atingir os resultados esperados e resolver os diagnósticos de enfermagem. O planeamento das intervenções deve proporcionar clareza, e especificidade aos cuidados de enfermagem a implementar num determinado doente. Os registos são a visibilidade dos cuidados de enfermagem, reforçam os raciocínios analítico-interpretativos inerentes ao processo de cuidados presentes em cada situação específica, permitindo contribuir para a melhoria da percepção da imagem/estatuto da enfermagem.

Com este objectivo consegui participar activamente na documentação da prática e assim participar activamente nos cuidados e com isso desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência a estes doentes.

### **OBJECTIVO ESPECIFICO: Compreender a orgânica funcional do INEM**

O INEM é uma das entidades que compõem o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). É o organismo responsável por coordenar o funcionamento deste sistema, de forma a garantir que todos os sinistrados ou vítimas de doença súbita recebam uma pronta prestação de cuidados de saúde. Esta prestação inclui uma correcta abordagem e estabilização da vítima permitindo o acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada.

Para melhor compreender o funcionamento do INEM, será efectuada uma descrição de cada meio o como estes me facilitaram a compreender as suas funções.

Ao CODU compete prestar, em tempo útil e na área da sua responsabilidade, orientação e apoio médico necessário ao eficiente socorro de doentes em situação de emergência ou vítimas de acidente. Perante a situação a activação é efectuada para um meio não - medicalizado (ambulâncias INEM, postos de Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa ou motas INEM) ou medicalizado (VMER, SIV ou Helicóptero INEM), consoante as necessidades. Nos CODU trabalham vários Operadores de Central de Emergência (OPCEM) e dois Médicos. Neste momento existe também a nível nacional o serviço de apoio psicológico durante as 24 horas, nos diferentes CODU e por turnos rotativos, sendo este assegurado por um Psicólogo.

Durante o turno de estágio nesta central tive a oportunidade de acompanhar o percurso das chamadas de emergência. A chamada é recebida por um Operador de Central de Emergência (OPCEM) com formação específica para efectuar o atendimento, triagem e aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro. O aconselhamento é útil e ajuda quem contacta. Mas acho que o enfermeiro, que foi retirado, teria um papel mais assertivo e com mais conhecimentos para poder aconselhar e até mesmo controlar as situações. Pois o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem é a prática baseada na evidência e esta é resultante do seu conhecimento e experiência clínica e na ajuda em encontrar soluções para problemas de saúde complexos, ao nível do doente crítico e pessoas significativas.

Tive a oportunidade de assistir a aconselhamentos perante situações de febre, alterações da consciência, dispneia, entre outras. A ficha segue para o Médico que vai autorizar ou alterar os meios propostos, de acordo com a situação clínica, meios disponíveis e distância do local de ocorrência à unidade de saúde. O médico define também qual a unidade de saúde de destino. O percurso continua e chega ao accionamento que vai, como o próprio nome indica, accionar os meios propostos pelo médico. A ficha da ocorrência só é terminada quando os meios accionados transmitem os dados relativamente à situação para a qual foram accionados. Existem protocolos com outras instituições que permitem uma melhor e mais eficaz assistência aos doentes. No caso de intoxicações o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) dá apoio 24 horas por dia e emite pareceres sobre a melhor actuação perante a ingestão de determinado tóxico. Na recepção de dados pode surgir a suspeita de um Acidente Vascular Cerebral. Depois de contacto com o médico do hospital de referência da área de residência é ou não accionada a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC). O mesmo sucede quando após recepção, via transmissão móvel, do electrocardiograma é confirmado um Síndrome Coronário Agudo com Supradesnivelamento do segmento ST, possibilitando da mesma forma a activação da Via Verde Coronária. Estes protocolos são uma mais-valia permitindo actuar de uma forma mais precoce, transportar o doente para a unidade hospitalar mais apropriada e reduzir as complicações associadas. Existem ainda outros protocolos como a via verde da sepsis e do trauma, que tem o mesmo procedimento da via verde do AVC. Tive várias situações em que vi estes protocolos serem activados e acho que realmente encurta as possíveis complicações que poderiam advir, por exemplo num caso de AVC o tratamento será mais eficaz e as sequelas menores.

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebida para efectivar o transporte rápido de uma equipa directamente para o local. Possui equipamento de Suporte Avançado de Vida idêntico ao existente nas salas de reanimação dos hospitais. Estas unidades têm base hospitalar e a sua equipa é constituída por um médico e por um enfermeiro. As VMER funcionam ao abrigo de protocolos entre o INEM e os hospitais e cabe a estes últimos assegurar os recursos humanos necessários para o funcionamento da viatura.

A VMER actua de acordo com protocolos e procedimentos bem definidos. Assim, evitam-se diferenças na actuação dos profissionais, garantindo-se a articulação de actuação destes com os técnicos. Tem como principais funções assegurar prioritariamente as funções vitais, abordando a vítima de acordo com os protocolos VMER; transporte da equipa médica ao local; transporte do equipamento de SAV e de abordagem do politraumatizado; meios de comunicação e coordenação controlados pelo CODU local, triagem em situações multivítimas, encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado e exposição e treino de técnicos de saúde.

A ambulância SIV destina-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa de Suporte Avançado de Vida. Tem por objectivo melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população. Para além do equipamento de uma ambulância possuem ainda um monitor-desfibrilhador, transmissão de electrocardiograma e diversos fármacos. A ambulância SIV é tripulada por um Enfermeiro e por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE). Os Enfermeiros da ambulância SIV têm como principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos e procedimentos. Estes últimos foram instituídos pelo INEM e seguem as orientações da Direcção Médica do Serviço. A prestação dos cuidados é feita no âmbito de um controlo médico rigoroso via telefónica. É também sua função chefiar a ambulância, coordenada operacionalmente pelos CODU. O Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) tem por função colaborar na prestação de cuidados de Emergência Médica, de acordo com as suas competências e com as orientações do enfermeiro. Para além disso, é ainda responsável pela condução do veículo.

A ambulância de SBV permite a estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte. A sua tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de SBV. Estão também equipadas com um Desfibrilhador Automático Externo (DAE). A tripulação da ambulância SBV é composta por dois TAE com o curso de Técnico de Ambulância e Socorro (TAS). Estes tripulantes fazem um curso de TAS com 210 horas de duração e têm também formação em Desfibrilhação Automática Externa e em Condução de Veículos de Emergência.

Os grandes objectivos destes meios são preservar a vida, não agravar ou provocar lesões e entregar o doente nas melhores condições, no local mais apropriado.

A saudável interacção estabelecida com todas as equipas facilitou, sem dúvida, todo o meu processo de integração e aprendizagem, permitindo desta forma que ao longo de todo o decorrer do estágio fossem adquiridas/mobilizadas competências. Todas as minhas actuações junto destes meios ajudaram-me a concretizar os meus objectivos, a compreender e perceber o funcionamento do INEM e assim adquirir competências específicas na assistência ao doente crítico no pré-hospitalar.

## 2 – CONCLUSÃO

O estágio constituiu um espaço de reflexão e desenvolvimento de saberes. Nos últimos anos o desenvolvimento técnico e científico tem tido alterações nas diferentes áreas do conhecimento e isto também se tem verificado na área da saúde. Os conhecimentos estão em permanente transformação, o que implica uma constante actualização dos saberes.

O cuidar da pessoa ao longo da vida requer um conjunto de competências gerais e cabe ao Enfermeiro Especialista “...proporcionar benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente de cuidados. Contribuir igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência”, OE (2007,p10), pelo que este tem um papel preponderante na identificação das necessidades e intervenções, pois aprofunda os seus conhecimentos e competências (técnicas, científicas e relacionais) no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este aprofundar de conhecimentos e competências, permite compreender a pessoa e os seus processos de doença e assim dar resposta as necessidades do individuo com um grande nível de conhecimento.

Os Enfermeiros Especialistas são sem duvida os agentes impulsores para o desenvolvimento dos enfermeiros e para a mudança do cuidar. O Enfermeiro Especialista é um profissional reflexivo e com capacidades de mobilizar os seus saberes, através da sua experiência vivida. Tem competências para dar respostas diferenciadas nos cuidados de Enfermagem e assim melhorar os indicadores de qualidade dos cuidados. Pois só assim e que será reconhecido como um prestador de cuidados diferenciados e com um campo de intervenções específicas.

Nos diferentes módulos de estágio, cuidei da pessoa com processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, revelei capacidade de reacção, responsabilidade perante situações novas e complexas que foram surgindo, tendo em conta a prevenção de complicações e o seu despiste precoce, executando as intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico proveniente da vigilância, gerindo os sinais e sintomas e comunicando possíveis complicações, desenvolvendo assim uma metodologia eficaz na

assistência ao doente e família, segundo uma perspectiva profissional avançada, gerando ganhos em saúde, pela concepção e produção de cuidados de elevada qualidade.

Na prática dos cuidados, tive sempre a preocupação de prestar cuidados baseados numa prática segura e ética, respeitando sempre os direitos humanos, fui de encontro às necessidades do doente e família que cuidei, usando os mesmos como parceiros dos cuidados

Neste momento, considero possuir um nível de proficiência mais elevado na resolução dos problemas e reflectir as minhas práticas, nomeadamente na actuação ao doente emergente, a aptidão para tomar decisões complexas e maior capacidade para conhecer e conseqüentemente gerir cuidados de maior complexidade. A tomada de decisão e o pensamento crítico são algumas das competências que considero ter desenvolvido.

Os locais por onde tive o prazer de estagiar, foram sem dúvida de grande importância para o meu desenvolvimento e para o adquirir das competências, pois o facto de ter tido sempre profissionais atentos e interessados na minha formação, isso foi um grande contributo para o meu crescimento profissional e pessoal e conseqüentemente para a minha especialização.

Assim sendo, no final desta etapa da minha formação, consegui de uma forma global o desenvolvimento de competências mencionadas ao longo deste relatório, embora tendo sempre presente que a aprendizagem é um processo contínuo, cujo pensamento crítico/reflexivo, deve estar sempre presente e com isso reflectindo constantemente nas práticas inerentes ao exercício de Enfermagem e estas sempre em articulação com os nossos conhecimentos teóricos, para que no fim possamos prestar cuidados com qualidade e conseqüentemente estes sejam em ganhos para a saúde.

Posso assim dizer que os meus objectivos foram atingidos, pois descrevi todo o meu percurso desenvolvido nos diferentes módulos de estágio, na assistência ao doente crítico para adquirir as competências como mestre com especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Apesar de algumas dificuldades sentidas durante este estágio, nomeadamente nas especificações dos serviços, foi possível realizar este estágio com sucesso. Claro que as aulas teóricas dadas anteriormente, foram de grande importância para a aquisição dos

conhecimentos e assim dar resposta em tempo útil as situações com que fui deparando, de forma a prestar cuidados específicos ao doente crítico e sua família.

O intercâmbio de experiências e conhecimentos durante o estágio foi uma realidade. Penso que consegui contribuir, positivamente nesse intercâmbio, nomeadamente nas formações em contexto de trabalho de modo informal, nas acções de formação que realizei, pois senti que foram interessantes e houve vontade dos intervenientes na procura de novos saberes.

Após todo este percurso, estou motivada para aperfeiçoar e continuar a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados numa área tão abrangente como é a da Médico-Cirúrgica, o que implica um conhecimento aprofundado e reflectido no serviço entre os meus pares, acerca da pessoa, doente/família e população em geral.

Finalizada esta minha etapa, não posso deixar de dizer que esta formação exigiu um esforço adicional para conciliar a actividade profissional, a vida pessoal e a actividade académica. Se bem que tenha sido, por vezes uma constante, não posso deixar de dizer que pelo meu esforço consegui concretizar positivamente este desafio.

No fim deste meu percurso pretendo continuar o crescimento como Enfermeira Especialista, junto do doente/família e com os meus pares no meu serviço, sempre com o objectivo de prestar cuidados com qualidade, pois neste momento tenho um conhecimento aprofundado e reflectivo inerente a minha especialização.

### 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, Cidália – Integração de enfermeiros às unidades/serviços. Divulgação. Lisboa. N.º 38. Abril, 1996. p. 9-30. ISSN 0873-5689.
- Benner, P. 2005. De Iniciado a Perito: Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Cerqueira, M., Gomes, J. - Comunicar em Enfermagem (algumas reflexões). Revista Sinais Vitais. 62(9): 55-7, 2002.
- Collière, Marie Françoise - Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- Comissão de Controlo de Infecção – Manual da CCI. Porto: Centro Hospitalar do Porto. 2007.
- Comissão Nacional de Ética Para as Ciências Da Vida – Documento relativo à colheita e transplante de tecidos e órgãos de origem humana. Lisboa. 2006.
- Conselho Internacional de Enfermeiros 2005 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2, 3.<sup>a</sup> edição. Lisboa.
- Costa, António José Santos; Silva, Maria Manuela C. 2007. Organização de recursos humanos e materiais em emergência. Sinais Vitais. 75: 61-66.
- Council of Europe – Convention on Human Rights and Biomedicine, on Transplantation of Organs and Tissue of Human Origin. Strasbourg. 2002.

- Crespo, V. 2003. Ganhar Bolonha, Ganhar o Futuro – O Ensino Superior no Espaço Europeu. 1ª Edição. Gradiva - publicações, Lisboa.
- DGS, Circular Normativa nº 09/DGCG –“A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor”, 2003, consultado a 20 de Maio de 2010, disponível em: [www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf](http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf);
- Dias, M. 2006. Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do Enfermeiro com o grau de Licenciado. Loures: Lusociência.
- Deodato, S. 2008. Responsabilidade Profissional Em Enfermagem. Conselho jurisdicional [online]
- Estanqueiro, António. 2009. Saber Lidar com as Pessoas. Lisboa: Editorial Presença.
- Fernandes, V. 2001. Novo estado sócio-industrial, impactos no século XXI. Santa Maria da Feira: Edipanta.
- Greenwald, Scott D. et Rosow, Carl E. – BIS and EMG variability increase before somatic responses during surgery. American Society of Anesthesiology. 2007.
- Hesbeen, W. 2000. Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência.
- Hudak, Carolyn M.; Gallo, Barbara M. 1997. Cuidados Intensivos de Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Instituto Nacional de Emergência Médica - Manual de Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Tomo II. 3ª ed. Lisboa: 2000.

- Jesus, É. 2004. Padrões de Habilidade Cognitiva e Processos de Decisão Clínica em Enfermagem. [Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Amélia da Costa Lopes]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Porto.
- Leite, Lúcia – O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2006.
- Lindsay, D. et Holy, A. von – Bacterial biofilms within the clinical setting: what healthcare professionals should know. *Journl of Hospital Infection*. No 64. 2006. p. 313-325.
- Loureiro, Rui; Ferreira, Manuela e Duarte, João – Questionário de Liderança em Enfermagem. *Referência*. 2<sup>a</sup> Série. N.º 7. Out. 2008. p. 67-77.
- Luz, Margarida – Programa de integração para enfermeiros. *Servir*. Lisboa. Vol. 49. N.º 6. Nov./Dez., 2001. p. 288-294. ISSN 0871-2370.
- Mackereth, P. 1988 – A comunicação. *Revista Nursing*. Lisboa, n.º1, Fevereiro, p.17-19.
- Martins, José 2008 "Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética", *Pensar Enfermagem*, Número: Volume 12, nº 2, 1<sup>a</sup> Edição, UI&DE da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, p62 – 66.
- Martins, Josiane de Jesus; Nascimento, Eliane Regina Pereira; Geremias, Claudia Koch; Schneider, Dulcineia Ghizoni; Gabriela; Neto, Hilário Mattioli; O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva.2008.Disponível <http://FEN.ufg.br/revista/v10n4a22.htm>;
- Matos A., Sobral A. 2010 – Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, *Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, nº1. P.61.

- Monitoramento da Dor como 5 Sinal Vital. *Cien Cuid Saude*. 2007; 6(Suplem.2): 481-487;
- Neves, M. Patrão, Pacheco, Susana Para uma Ética de Enfermagem: desafios Coimbra. Grafica de Coimbra, 2004.
- Nunes, Lucília – “Competências Morais no Exercício de Enfermagem “Cinco Estrelas”, Nursing/Ética, 6ª edição do congresso Nursing; Fórum Picoas-Lisboa 15e16 de Novembro 2002;
- Nunes, Lucília – Os desafios do futuro: do que temos ao pensar no futuro. 2003. Disponível em <http://lnunes.no.sapo.pt/>;
- Oliveira, Gerardo – Transplante – do dador ao receptor: breves conceitos imunológicos e clínicos. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2008.
- Ordem dos Enfermeiros. 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados da Enfermagem – Enquadramento conceptual – Enunciados Descritivos, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. 2007. Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação., Loures: Lusociência.
- Pinto, V.; Santos, T.; Cardoso, V.; Luzio, F. 2002. Emergências e Urgências Médicas. Sistema Integrado de Emergência Médica. Referência 9:55-62.

- Portugal, Ministério da Saúde — Carreira de Enfermagem. Decreto-Lei nº 247/2009, Diário da República, 1ª série, nº 184 de 22 de Setembro.
- Portugal, Ministério da Saúde – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei nº 111/2009, Diário da República, 1ª Série, 16 de Setembro de 2009.
- Rosário, Elsa 2009. Comunicação e Cuidados de Saúde. Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos, [Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Orientadora Prof.ª Dr.ª Natália Ramos]. Universidade Aberta Lisboa.
- Sá, C. 2001. O cuidado do emocional em Enfermagem. São Paulo: Robe Editorial.
- Sheehy, S. 2001. Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática. 4ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Silva, Maria Júlia Paes, 2006. Comunicação tem remédio. Brasil: Editora Gente.
- Simões, L. Fávero, N. 2003. O Desafio da liderança para o enfermeiro. Rev. Latino - Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, (11) 5:567-583.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos. 2008. Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa.
- Sousa, M. 2008. IX Seminário de Ética, 10 Anos de Deontologia Profissional, 60 Anos de Direitos Humanos. Revista 31:9,10. Ordem dos Enfermeiros.
- Universidade Católica Portuguesa - Guia de Estágio do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Março de 2010.
- Vieira, M. 2008. Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Zeichner, citado por Elvira Santos “Prática reflexiva: Guia para a reflexão Estruturada”Revista nº11, Março de 2004.
  
- Zinn, Gabriela Rodrigues (et al) – “Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida”, revista Latino-Americana de Enfermagem-Ribeirão Proto-sol 11,nº3Maio/Junho,2003;

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

“Caracterização do Estágio”

## **CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO/ SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O Serviço de Urgência do CHMA de Famalicão está situado na cidade de Vila Nova de Famalicão e a sua área de actuação abrange os concelhos de Santo Tirso e Vila Nova de Famalicão.

É uma urgência médico-cirúrgica e com urgência pediátrica, mas estas duas com estruturas físicas distintas.

A Urgência geral é classificada como urgência médico-cirúrgica e tem como valências, Medicina Interna, cirurgia Geral Ortopedia, Anestesiologia, Imagiologia e Patologia Clínica (Portal da saúde, 2008).

O serviço é constituído por Sala de triagem, sala de nebulizações, uma área amarela e área laranja, sendo estas designadas por macas, Trauma, onde são distintas duas salas. Uma para Ortopedia e outra para Cirurgia Geral, sala de Emergência, sala de OBS, com um quarto de isolamento, Sala de Imagiologia, três Consultórios médicos, sala de pensos, sala de trabalho, posto de Enfermagem (com computadores), copa, gabinete do Director e gabinete do Enfermeiro Chefe.

A equipa de enfermagem è constituída por trinta e nove Enfermeiros, Um chefe, seis Enfermeiros Especialistas, sendo um de Saúde Mental e os restantes Especialistas em enfermagem Medico – cirúrgica.

O horário praticado é:

-Turno da manha-8:00 as 16:00 horas;

-Turno da tarde-15:30 as 24:00 horas:

-Turno da Noite-23:30 as 8:30;

O plano de trabalho e feito diariamente pelo Enfermeiro Chefe e a 6ª feira para todo o fim-de-semana. Os elementos são divididos pelos diferentes postos de trabalho existentes e com a seguinte distribuição:

-Dois enfermeiros para a triagem, que vão alternando com a sala das nebulizações e sendo um destes o responsável de turno;

-Dois enfermeiros para as macas;

- Dois para o trauma, ficando apenas um elemento no turno da noite;
- Dois para a sala de observações, na noite ficando também apenas um;
- Dois para a sala de emergência e estes são um das macas e outro do trauma;

O horário praticado durante o estágio foi o de roullement (Manhas. Tardes e noites), de acordo com o praticado pelo meu tutor e do horário praticado no serviço.

No domínio da gestão acompanhei o Enfermeiro chefe, que me deu o contributo no sentido de perceber como gerir e liderar equipas de Enfermagem.

No SU a triagem é feita segundo o sistema de Triagem de Manchester.

A sala de nebulizações, é uma sala onde se efectua cuidados de Enfermagem a doentes estáveis, que recorrem ao SU por situações não muito graves, que pela triagem é dada a cor verde ou azul, como as colheitas de sangue, administração de medicação endovenosa e intra-muscular, nebulizações.

A sala de emergência possui características únicas para o ensino em situações de emergência, devido a exposição de um grande número de problemas clínicos, que podem surgir e que põem em risco a vida do doente. É um espaço físico que se encontra em linha directa com a entrada da urgência e esta pronta para receber e tratar dois doentes em estado crítico e/ou em risco de vida, quer em idade adulta quer sejam crianças.

A sala de observações, tem a capacidade de ocupação, de sete unidades e ainda um quarto de isolamento (este para doentes instáveis a necessitarem de isolamento), sendo que esta unidade é para cuidar de doentes com situações clínicas que requerem monitorizações constantes e vigilância apertada devido a seu diagnóstico, que não é possível nos serviços de internamento

A permanência destes doentes, neste sector pode ser de horas, no caso de haver a necessidade de estabilizar o doente para depois ser transferido para unidades mais específicas, até dias dependendo da evolução e da resposta dos internamentos para receberem os doentes.

No Trauma (Cirurgia Geral/Ortopedia) para além de dar assistência ao adulto/idoso também entram crianças. Onde se tratam de situações traumáticas, se suturam feridas curto-contusas, removem-se corpos estranhos, que podem ser situações mais ou menos

graves (grandes ou pequenos traumas). Na sala de Ortopedia os enfermeiros além de colaborar na colocação/remoção de gessos ainda efectua ligaduras, tracções,

A área das macas (área amarela e laranja), é uma área que dá assistência a doentes mais ou menos graves, em que estes necessitam de permanência mais ou menos curta, pode ir desde a horas ate as 24h.O doente nesta área recebe cuidados de Enfermagem (colheitas de sangue e espécimes. algaliações, entubações, entre outras), onde tem uma vigilância monitorizada e permanece até a alta ou então até seguir para o internamento.

Ainda na estrutura física do serviço existe uma unidade de cuidados intermédios, totalmente equipada, com equipamentos tecnológicos, mas que se encontra desactivada por falta de pessoal (Medico e enfermeiros).

## **CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DA URGENCIA**

A Unidade de cuidados Intensivos Polivalentes da urgência, está situada no piso 1 do hospital de São João do Porto e este hospital presta assistência directa à população do Porto, que abrange as Freguesias de Aldoar, Ramalde, Campanhã, Paranhos, e ainda presta assistência aos conselhos de Braga e Viana do castelo.

É uma unidade polivalente, por isso alberga todas as situações clínicas.

O serviço é constituído por doze unidades (lotação máxima de doentes), sendo uma de isolamento, caso seja necessário, sala da medicação, onde se encontra a máquina da PIXIS, que consiste numa máquina que é repostada diariamente pela farmácia com os stocks pré estabelecidos de medicação, e nesta sala ainda se encontram os soros, sala de reuniões, sala de Formação, gabinete do Director, gabinete do Enfermeiro Chefe, gabinete da secretaria da unidade, gabinetes médicos, sala onde se encontra a máquina de gasimetria, copa, vestiários, casa de banho para o pessoal, sala de sujos e dois armazéns de material e equipamentos, um destes é fora do serviço, no piso -2.

A equipa de enfermagem è constituída por quarenta e sete Enfermeiros, Enfermeiro Chefe e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Medico Cirúrgica que trabalha em parceria com o chefe e na ausência deste assume as suas funções, os restantes quarenta e cinco são distribuídos por cinco equipas, sendo estas constituídas por nove elementos, em que existe um coordenador da equipa que é o

responsável de turno, que assume a liderança da equipa e gere todas as tomadas de decisão, de materiais, de pessoal e um subcoordenador, que assume todas estas funções na ausência do coordenador. Nesta equipa existem três Enfermeiros que possuem o Título de Especialista de Reabilitação e um de Especialista de Saúde Comunitária.

O horário praticado é:

-Turno da manhã-8:00 as 15:30 horas;

-Turno da tarde-15:00 as 22:30 horas;

-Turno da Noite-22:00 as 8:30;

O plano de trabalho é distribuído pelo coordenador da equipa no último dia de trabalho da semana, para o próximo roulement, este fica arquivado numa pasta própria e é colocado pelo próprio coordenador, em cada dia de trabalho num quadro próprio de forma a ser visível para todos.

A distribuição é de dois doentes por Enfermeiro, sendo um para o elemento que fica com o isolamento, o subcoordenador também só tem um doente e o coordenador da equipa não tem doentes. A distribuição dos enfermeiros pelas unidades permanece por norma durante um mês. Por vezes é necessário fazer redistribuição no próprio dia, por alterações nas unidades (por altas).

O horário praticado por mim durante o estágio também aqui foi o de roulement (Manhas. Tardes e noites), de acordo com o praticado pela minha tutora. Fui tutorada por uma Enfermeira que era a coordenadora da equipa e era uma pessoa com grandes conhecimentos e muita prática na área, que me orientou durante o estágio no sentido de me ajudar a desenvolver e adquirir competências científicas, técnicas e relacionais ao doente com doença grave, especialmente na assistência ao doente em estado crítico.

No domínio da gestão acompanhei o Enfermeiro chefe e a Enfermeira Especialista, que me deu o contributo no sentido de perceber como gerir e liderar equipas de Enfermagem.

## **CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE EMERGENCIA MEDICA**

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é uma das entidades que compõem o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). É o organismo responsável por coordenar o funcionamento deste sistema, de forma a garantir que todos os sinistrados ou vítimas de doença súbita recebam uma pronta prestação de cuidados de saúde. Esta prestação inclui uma correcta abordagem e estabilização da vítima permitindo o acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada.

O INEM está directamente ligado ao Número Europeu de Emergência – 112. A central 112 sita em postos da Polícia de Segurança Pública (PSP) ou da Guarda Nacional Republicana (GNR) recebe, através dos seus operacionais, todas as chamadas de emergência a nível Nacional. Estas chamadas podem ser reencaminhadas para as autoridades locais, para os Corpos de Bombeiros ou para os CODU quando se referem a situações de urgência ou emergência na área da saúde. Sempre que o CODU acciona um meio de emergência procura que o mesmo seja o que está mais perto do local da ocorrência, independentemente da entidade a que pertence (INEM, Bombeiros ou Cruz Vermelha Portuguesa (CVP)).

Desde 1981, que o INEM tem vindo a aumentar a sua rede de actuação, e para isso foram criados subsistemas de socorros com características específicas, tais como: centro para a prestação de Informação Anti-venenos (CIAV), Transporte de Recém-Nascidos de alto Risco, CODU, CODU-MAR, Serviço de Helicópteros de Emergência Médica.

O INEM possui quatro delegações regionais - Porto, Coimbra, Lisboa e Faro – Cada uma destas delegações com uma CODU.

O INEM tem vários meios ao seu dispor, tais como Mota, Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Helicópteros, Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC).

De seguida só passarei a descrever de uma forma sumária os meios com os quais contactei no decorrer deste estágio. O meu estágio foi efectuado na região Norte.

## **CODU**

Compete aos CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso.

O seu funcionamento é assegurado, 24 horas por dia, por equipas de profissionais qualificados (Médicos e Técnicos) com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro.

Para o efeito, os CODU dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes.

Os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros). Os meios são seleccionados de forma criteriosa de acordo com:

-A situação clínica das vítimas, a proximidade do local da ocorrência e a acessibilidade ao local da ocorrência.

Este serviço assegura o acompanhamento das equipas de socorro no terreno através de informações clínicas recebidas.

É ainda possível seleccionar e preparar a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino.

## **Ambulâncias SBV**

As ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) têm como objectivo principal a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde.

A sua tripulação é composta por Técnicos de Ambulância de Emergência, permitindo a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida.

As ambulâncias SBV estão sedeadas em bases do próprio Instituto e em corpos de bombeiros por todo o país, designados de Postos de Emergência Médica (PEM).

Aos postos PEM é cedida uma ambulância SBV e respectivo equipamento pelo INEM e a sua tripulação é assegurada pelo corpo de bombeiros.

### **Ambulâncias SIV**

A ambulância SIV destina-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa de Suporte Avançado de Vida. Tem por objectivo melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população. Para além do equipamento de uma ambulância possuem ainda um monitor-desfibrilhador, transmissão de electrocardiograma e diversos fármacos. A ambulância SIV é tripulada por um Enfermeiro e por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE). Os Enfermeiros da ambulância SIV têm como principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos e procedimentos. Estes últimos foram instituídos pelo INEM e seguem as orientações da Direcção Médica do Serviço. A prestação dos cuidados é feita no âmbito de um controlo médico rigoroso via telefónica. É também sua função chefiar a ambulância, coordenada operacionalmente pelos CODU. O Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) tem por função colaborar na prestação de cuidados de Emergência Médica, de acordo com as suas competências e com as orientações do enfermeiro. Para além disso, é ainda responsável pela condução do veículo

### **VMER**

#### **Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. Possui equipamento de Suporte Avançado de Vida idêntico ao existente nas salas de reanimação dos hospitais. Estas unidades têm base hospitalar e a sua equipa é constituída por um médico e por um enfermeiro. As VMER funcionam ao abrigo de protocolos entre o INEM e os hospitais e cabe a estes últimos assegurar os recursos humanos necessários para o funcionamento da viatura.

Tem como principais funções assegurar prioritariamente as funções vitais, abordando a vítima de acordo com os protocolos VMER; transporte da equipa médica ao local; transporte do equipamento de SAV e de abordagem do politraumatizado; meios de comunicação e coordenação controlados pelo CODU local, triagem em situações multivítimas, encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado e exposição e treino de técnicos de saúde

A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. As VMER actuam na dependência directa dos CODU e têm base hospitalar.

O seu principal objectivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

## **ANEXO 2**

“Triagem de Manchester”

## **Triagem de Manchester**

A Triagem no SU do CHMA é feita segundo o sistema Triagem de Manchester e este é entendido como mais um passo, no sentido de melhor atender quem recorre a um SU, no qual se exige rapidez, na proporção da gravidade. A Triagem de Manchester como o nome indica, nasceu na cidade de Manchester, em Inglaterra e esta testada em vários Hospitais Portugueses. De uma forma geral e breve podemos dizer que este sistema distingue entre 5 níveis de urgência a que correspondem 5 cores, EMERGENTE - Vermelho (atendimento em 0 minutos), MUITO URGENTE -Laranja (atendimento no máximo 10 minutos), URGENTE -Amarelo (atendimento no máximo 60 minutos), PADRÃO -Verde (atendimento no máximo 120 minutos), NÃO URGENTE -Azul (atendimento no máximo 240 minutos) A solução informática traduz esta metodologia num conjunto de ecrãs em que o Enfermeiro vai negando ou aceitando informação até chegar a um discriminador que seja representativo do motivo da ida do utente ao serviço de Urgência, ao qual, por sua vez, corresponde uma prioridade de atendimento. O objectivo desta metodologia não é o de fornecer um diagnóstico mas sim uma prioridade clínica no atendimento dos utentes.

### **ANEXO 3**

“Precauções de Isolamento hospitalar”

# PRECAUCÕES DE ISOLAMENTO HOSPITALAR

Identificação do Isolamento	Tipos de isolamento	Precauções baseadas na transmissão	
	<b>Isolamento por contacto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Luvas e lavagem das mãos (sempre que se entra e se cuida do doente)</li> <li>➤ Uso de máscara</li> <li>➤ Uso de bata</li> <li>➤ Fazer contenção de lixo e material na fonte</li> </ul>	
	<b>Isolamento por Gotícula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Usar máscara cirúrgica, se estiver a menos de 1 metro do doente</li> <li>➤ Uso de bata</li> <li>➤ Uso de luvas</li> <li>➤ Fazer contenção da fonte com individualização de material</li> </ul>	
	<b>Isolamento da Via Aérea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sempre que se entra no quarto usar máscara P1/P2</li> <li>➤ Uso de bata</li> <li>➤ Uso de luvas</li> <li>➤ Uso de sapatos de protecção.</li> <li>➤ Fazer contenção da fonte com individualização de material</li> <li>➤ Manter sempre a porta fechada</li> </ul>	

## **ANEXO 4**

Diapositivos da Formação sobre “Técnicas Dialíticas Híbridas”

# FORMAÇÃO

SLEDD

## INDICE

- Princípios físicos
- Vantagens
- Tipos de acesso
- Cuidados de Enfermagem
- Alarmes
- Bibliografia

## TECNICAS DIALITICAS HIBRIDAS



## Indicações para tecnicas continuas

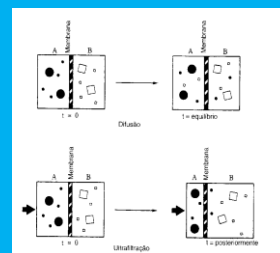
1. Insuficiência renal aguda
2. Sépsis
3. Síndrome disfuncional multiorgânico
4. Insuficiência cardíaca congestiva
5. Politraumatizados
6. ARDS
7. Remoção de grandes quantidades de líquidos em doentes hemodinamicamente instáveis

# Vantagens

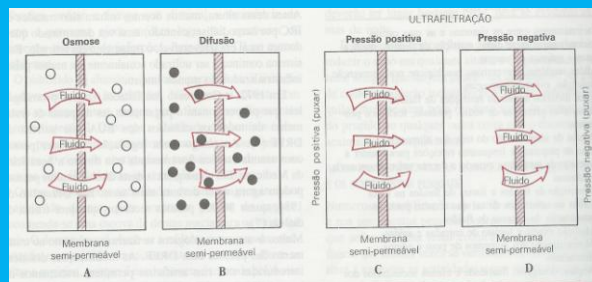
1. Melhor tolerância hemodinâmica
2. Alterações mínimas na osmolaridade
3. Melhor controlo da azotemia e equilíbrio ácido-base
4. Altamente eficaz na remoção de fluidos
5. Tecnicamente simples
6. Facilita a administração de alimentação parentérica e grandes quantidades de fluidos

# PRINCIPIOS FISICOS

1. Difusão
2. Ultrafiltração
3. Osmose
4. Adsorção
5. Convecção



**1. DIFUSÃO-** Processo pelo qual duas soluções de distinta concentração chegam a misturar-se uniformemente do lugar de maior para o de menor concentração.



## 2. Ultrafiltração

- Passagem de água através de uma membrana, obrigada por diferenças de pressão exercida em ambos os lados da membrana.
- Pressões positivas ou negativas.

### 3. Osmose

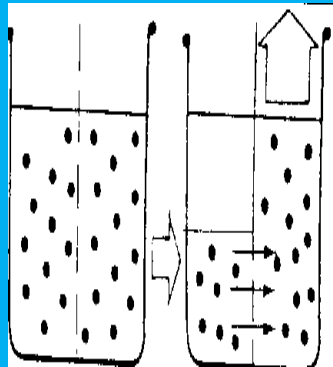
- Mecanismo de difusão da água através de uma membrana semipermeável.
- Selectividade da membrana
- A água difunde-se de uma solução menos concentrada para uma de maior concentração

### 4. Adsorção

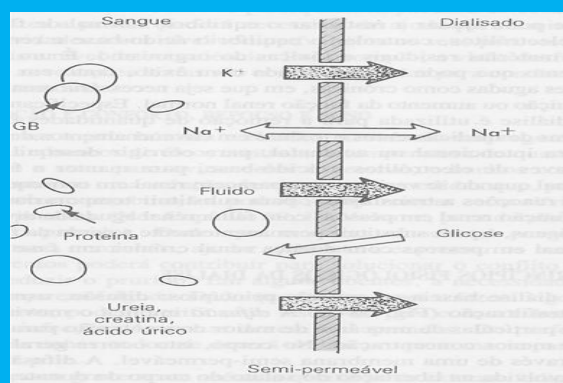
- Fenómeno físico na qual a substância adsorvente exerce uma atracção entre as suas moléculas e as do líquido que as rodeia, ficando retidas na sua superfície.

## 5-Convecção

Passagem de solutos através de uma membrana permeável aos mesmos, arrastados por um fluxo de água.



Diálise - movimento das partículas



# Hemodiálise



# Cateter venoso central – CVC

- Dispositivo de material sintético

- Silicone
- Poliuretano
- Polipropileno

**1. Temporário**

- Lumen

- Single
- Duplo
- Duplo com três vias

**2. Definitivo**

## Cuidados de enfermagem - CVC

1. Uso de mascara facial
2. Injectar 10cc de SF em cada ramo do CVC após HD
3. Heparinizar ramos do CVC
4. Efectuar penso do CVC em cada HD
5. Utilizar soluções compatíveis com dispositivo e de acordo com o fabricante
6. Técnica asséptica
7. Despistar sinais e sintomas de infecção

## Alarmes

Mensagem	Causa	Resolução
-TMP (pressão transmembranar) muito baixa	-derramamento de banho	-colocar correctamente os conectores do banho
-TMP fora dos limites de alarme	-diferente viscosidade do sangue devido às infusões	-redução da taxa de líquido de reposição
	-transducer da pressão venosa obstruído com soro/sangue	-desobstrução do transducer venoso com seringa pré-cheia com ar

## Alarmes

Mensagem	Causa	Resolução
-TMP (pressão transmembranar) muito alta -TMP fora dos limites de alarme	-relação entre taxa UF e velocidade bomba muito elevada -transdutor da pressão venosa obstruído -hemofiltro coagulado -ampola venosa coagulada	-diminuir UF ou aumentar velocidade de bomba -desobstruir transdutor de pressão venosa com seringa pré-cheia de ar -se CEC coagulado tentar reinfundir o sangue e trocar CEC

## Alarmes

Mensagem	Causa	Resolução
-Pressão venosa muito alta (fora dos limites de alarme)	-coagulação da ampola venosa -obstrução do acesso vascular -CVC dobrado -hematoma na punção de entrada de sangue para o doente	-trocar ampola venosa -lavagem do ramo venoso com SF -substituição do CVC -nova punção

## Alarmes

Mensagem	Causa	Resolução
-Pressão venosa muito baixa (fora dos limites de alarme)	-desconexão da linha venosa do acesso vascular -transdutor obstruído com soro/sangue	-parar bomba de sangue e conectar novamente linha venosa ao acesso vascular; reiniciar velocidade de bomba de sangue -desobstruir transdutor com seringa pré-cheia de ar

## Alarmes

Mensagem	Causa	Resolução
-Pressão arterial muito negativa (<200mmHg)	-ramo arterial obstruído -CVC dobrado -Linha arterial dobrada -hipotensão arterial -Agulha arterial exteriorizada	-lavar ramo arterial com SF -manter linha arterial na posição correcta -se TA mais baixa repor volume -puncionar novamente

## Bibliografia

- Pacheco, Esmeralda – A Insuficiência Renal Aguda e o Doente Crítico. Intervenções de Enfermagem. Nephro's. Senhora da Hora: APEDT. Vol. XII, Nº1, Dezembro 2008, 7-13;
- Marshall MR, Golper TA, Shaver MJ, Alam MG, Chatoth DK. Sustained low-efficiency dialysis for critically ill patients requiring renal replacement therapy. *Kidney Int* 2001;60:777 -785;
- Carvalho C \*, Silva SR\*\*, Martins P\*, Barbosa S\*\*, Paiva JA\*\*, Pestana M\*
- \*Serviço de Nefrologia, \*\*Serviço de Cuidados Intensivos, Hospital São João, Porto, Portugal;

## **ANEXO 5**

Plano de sessão da Formação sobre “Técnicas Dialíticas Híbridas”



## PLANO DE SESSÃO

<b>TEMA:</b> Técnicas Dialíticas Híbridas	<b>DATA/HORA:</b> 16 de Novembro de 2010;As 14h00
<b>FORMADORAS:</b> Cristina Neves	<b>LOCAL:</b> Sala de Formação da UCIPU
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Enfermeiros da unidade de cuidados intensivos	<b>PRÉ-REQUISITOS:</b> Não são necessários

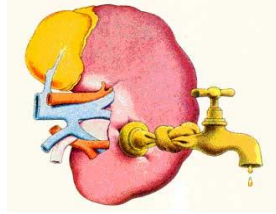
### CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Compreender os princípios físicos da diálise.</li><li>✓ Adquirir Competência na manutenção da diálise.</li><li>✓ Perceber os alarmes mais frequentes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Princípios físicos da diálise.</li><li>✓ Vantagens da técnica.</li><li>✓ Acessos mais frequentes.</li><li>✓ Cuidados de enfermagem na manutenção da técnica e cuidados com os acessos.</li><li>✓ Alarmes mais frequentes, sua causa e resolução.</li></ul>	Expositiva e Participativa.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Projector multimédia para apresentação de diapositivos (trabalho em PowerPoint);</li><li>- Computador portátil.</li></ul>	55 Minutos.

## **ANEXO 6**

Diapositivos da Formação sobre “Emergências Associadas ao Insuficiente Renal no Pré-hospitalar”

## EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS AO INSUFICIENTE RENAL NO PRÉ HOSPITALAR



## SUMÁRIO

- Introdução
- Função Renal/ Insuficiência Renal
- Emergências Nefrológicas
  - ✓ Distúrbios hidroelectrolítico
  - ✓ Edema Agudo do Pulmão
  - ✓ Hipotensão
- Particularidades dos Acessos Vasculares para Hemodiálise
- Choque Séptico no Insuficiente Renal Crónico
- Bibliografia



## INTRODUÇÃO

### ❖ COMPETÊNCIAS DO ENFº ESPECIALISTA

*“(…)Actua como formador oportuno em contexto de trabalho(…)”*

(OE,2009:20)



### ❖ OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO

- Tecer algumas considerações sobre Insuficiência Renal
- Conhecer a actuação perante a vítima com Distúrbios Hidroelectrolíticos
- Reconhecer actuação perante a vítima em Edema Agudo do Pulmão
- Especificar procedimentos perante a vítima com Hipotensão
- Conhecer as particularidades da vítima com acesso vascular para Hemodiálise
- Proceder perante o Insuficiente Renal Crónico em choque séptico



## FUNÇÃO RENAL

### ○ Funções Homeostáticas

- 1- Regulação do volume plasmático e do equilíbrio hidroelectrolítico;
- 2- Regulação da osmolalidade sanguínea;
- 3- Manutenção do equilíbrio electrolítico;
- 4- Regulação do equilíbrio ácido-base;
- 5- Excreção de metabolitos e de substâncias exógenas

### ○ Funções Bioquímicas

- 1- Produção de hormonas (renina, eritropoietina, calcitriol);
- 2- Produção de substâncias bioactivas;
- 3- Síntese de glicose, angiotensinogénio e amónia;
- 4- Metabolismo de algumas substâncias.



## INSUFICIÊNCIA RENAL

### Insuficiência Renal Crónica (IRC)

- Resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal.
- É o resultado comum da evolução de variadíssimas doenças que afectam o rim de forma irreversível:glomerulonefrite, pielonefrite crónica, hipertensão, nefropatia diabética.



## INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)

- ❑ Estádios de deterioração da função renal:
  - **Diminuição da reserva funcional:** sem tradução sintomática ou alteração dos níveis séricos de ureia ou creatinina.
  - **Insuficiência renal:** retenção azotada, ligeira diminuição da capacidade de concentração urinária, ligeira anemia
  - **Insuficiência renal avançada:** retenção azotada, isostenúria, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipocalcémia, anemia sintomática e noctúria, SÍNDROME UREMICO



## ❖ CONSEQUÊNCIAS DA IRC

- Alterações na excreção de água e electrólitos
- Alterações da função endócrina
- Acumulação de metabolitos tóxicos



## Insuficiência Renal Aguda (IRA)

❑ É caracterizada por uma deterioração rápida da função renal, associada ou não à oligúria (diurese inferior a 400 ml/dia).

### Causas

- ✓ **Pré-renais:** alterações da perfusão renal quer por hipovolemia quer por insuficiência circulatória (choque, insuficiência cardíaca).
- ✓ **Pós-renais:** obstrução do fluxo urinário
- ✓ **Renais:** lesão glomerular, intersticial, tubular ou vascular.
  - ➔ Necrose Tubular Aguda (NTA) contribui para cerca de 75% dos casos de IR



## DISTÚRBIOS HIDROELECTROLÍTICOS

- **Célula** → unidade funcional do corpo
- **Rim** → regulador principal

É necessário:

- Ambiente estável
- Aporte equilibrado de nutrientes
- Remoção de resíduos
- Adequada regulação dos fluidos



## COMPOSIÇÃO DOS FLUIDOS CORPORAIS

### Água

- ✓ > constituinte do corpo
- ✓ 50% a 60% do peso no adulto

### Solutos

- ✓ **Electrólitos**
  - catiões e aniões
- ✓ **Não electrólitos**
  - Glicose
  - Ureia



## ESPAÇOS DOS FLUIDOS

- ❖ Fluido intracelular – FIC
- ❖ Fluido extracelular – FEC
  - Fluido intersticial – FIS - É o fluido que preenche o espaço entre as células.
  - Fluido intravascular – FIV
  - Fluido transcelular – FTC – É o fluido que está contido em cavidades especiais (pleura, intraocular).

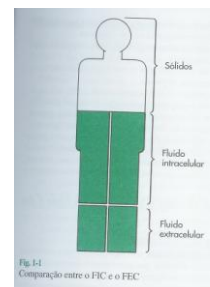


Fig. 4-1  
Comparação entre o FIC e o FEC



## DISTÚRBIOS HIDROELECTROLÍTICOS

A- Défice de volume de fluidos (Hipovolemia)

B- Excesso de volume de fluidos (Hipervolemia)

C- Alterações de:

- Potássio (K)
- Sódio
- Cálcio
- Magnésio



## A- DÉFICE DE VOLUME DE FLUIDOS (HIPOVEMIA)

- # Depleção de volume do FEC
- # Choque hipovolémico
- # Hipertermia
- # Queimaduras



## INTERVENÇÕES

- ⇒ Reposição de fluidos **IV**
  - ✓ Soluções cristalóides – dextrose em água
  - ✓ Solução isotónica
  - ✓ Solução salina com electrólitos
  - ✓ Soluções colóides – sangue
- ⇒ Reposição de fluidos **oral**
- ⇒ Monitorizar Sinais Vitais
- ⇒ Monitorizar perdas
- ⇒ Posicionar doente com pernas elevadas a 45°
- ⇒ Tratamento da causa subjacente



## SINAIS E SINTOMAS

- es Vertigens
- es Fraqueza
- es Fadiga
- es Sincope
- es Anorexia
- es Náuseas
- es Vômitos
- es Sede
- es Confusão
- es Obstipação
- es Oligúria
- es **Hipotensão**



## HIPOTENSÃO

- > Frequentemente associada ao pós tratamento dialítico
- > Requer :
  - o Posição de trendlenburg
  - o Fluidoterapia
  - o Monitorização dos sinais vitais

**Atenção-** Nos dtes IRCT/ Diabéticos, esta recuperação é mais lenta.  
Pode ser acompanhada de convulsões.....



## B- EXCESSO DE FLUIDOS (HIPERVEMIA)

- Expansão do FEC

Acontece quando:

- # Estímulos crónicos aos rins para conservar água e sódio
- # Função renal anormal ↘ excreção de Na<sup>+</sup> e H<sub>2</sub>O
- # Administração excessiva de líquidos
- # Trocas de fluidos do intestino para o plasma



## INTERVENÇÕES

- Objectivo tratar problema precipitante
  - Normalizar o FEC
1. Restrição de sódio e água
  2. Diuréticos
  3. Terapêutica de substituição renal



## SINAIS E SINTOMAS

- Dificuldade respiratória
- Sibilos
- Roncos
- Taquipneia
- Edema
- Ascite
- Pele húmida
- Turgescência jugular
- **Edema Agudo do Pulmão (EAP)**



## EDEMA AGUDO DO PULMÃO

- Complicação da hipervolemia
- Requer :
  - ∅ Monitorização do padrão respiratório - **Oxímetro**
  - ∅ Posição em semi-Fowler/ Fowler
  - ∅ Oxigenoterapia
  - ∅ Fármacos (Diuréticos, Aminofilina.....)
  - ∅ Hemodiálise



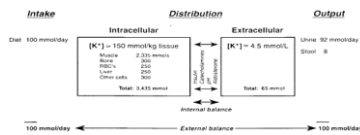
## SINAIS E SINTOMAS

- Dificuldade respiratória
- Sibilos
- Roncos
- Taquipneia
- Edema
- Ascite
- Pele húmida
- Turgescência jugular
- **Edema Agudo do Pulmão (EAP)**



## C- ALTERAÇÕES DE POTÁSSIO

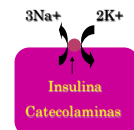
- O potássio é o principal cátion intracelular.
- Valores normais entre 3,5-5,5 mEq/L
- Existem dois mecanismos de controlo da homeostasia do potássio:
  - Controlo interno: distribuição do potássio entre compartimento intra e extracelular rápido
  - Controlo externo: excreção do potássio rim e intestino - lento



## METABOLISMO DO POTÁSSIO

### ❖ Controlo interno

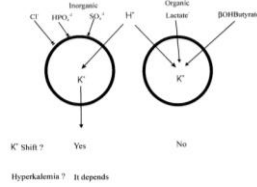
- **Insulina**
- **Catecolaminas**
- Exercício
- Necrose ou lesão tecidual
- Crescimento celular acelerado
- Hipertoncidade
- Fármacos/ Toxinas
- Alterações ácido-base



## METABOLISMO DO POTÁSSIO

### ❖ Controlo interno

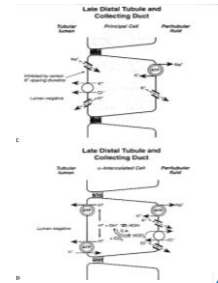
A acedose metabólica causada por aniões inorgânicos gera hipercalemia, ao contrário da acedose metabólica causada por iões orgânicos



## METABOLISMO DO POTÁSSIO

### ❖ Controlo externo

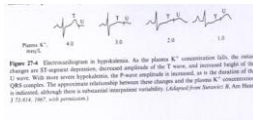
A quantidade de K excretada depende principalmente do que se passa nas células principais e intercalares dos tubulos distais e ductos colectores



## HIPOCALEMIA- SINTOMAS

### ❑ Musculares

- Músculo cardíaco
  - Arritmias
- Músculo esquelético
  - Falta de força, rabdomiólise, mialgias, cãimbras
- Músculo Liso
  - Alterações intestinais



### ❑ Renais

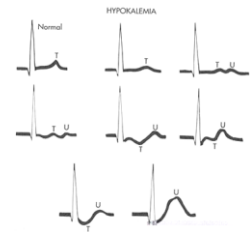
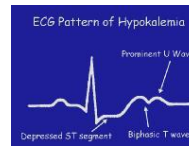
- Incapacidade de concentração
- Doença intersticial medular

### ❑ Neurológicos

- Sede, parestesias



## ECG NA HIPOCALEMIA



## HIPOCALEMIA- ETIOLOGIA

As principais etiologias são:

- Vômitos
- Diarreia
- Utilização de diuréticos

Etiology of hypokalemia	
Decreased net intake	
A	Low dietary intake or K <sup>+</sup> free intravenous fluids
B	Clay ingestion
Increased gain into cells, leading to transient hypokalemia	
A	Elevation in extracellular pH
B	Increased availability of insulin
C	Elevated β-adrenergic activity; stress; administration of β-adrenergic agonists
D	Diurnal periodic hypokalemic form
E	Treatment of thyrotoxic periodic paralysis with high-dose β <sub>2</sub> -adrenergic agonists or acetylsalicylic acid
F	Pseudo-hypokalemia
G	Hypothermia
H	Chemoparasitoxia
Increased gastrointestinal losses	
Increased urinary losses	
A	Loop and thiazide-type diuretics
B	Mineralocorticoid excess
C	Liddle's syndrome
D	Bartter's or Gitelman's syndrome
E	Increased flow to the distal nephron
F	Loop and thiazide-type diuretics with a strong natriuretic effect
G	Sodium bicarbonate with a natriuretic effect
H	Vanillyl and mandelic acid
I	Penicillin derivatives
J	Amphotericin B
K	Hypomagnesemia
L	Polymia
M	Leptos
Increased sweat losses	
Diaphoresis	
Potassium depletion without hypokalemia	



## HIPOCALEMIA- DIAGNÓSTICO

➢ Deve ser efectuada:

- História clínica (vómitos, diarreia, etc)
- História medicamentosa
- Exame físico
- Eletrólitos e osmolalidade sérica e urinária
- Gasimetria
- ECG



## HIPOCALEMIA- TRATAMENTO

- ✓ Cloreto de potássio oral ou endovenoso
  - Quando administrado em via ev preferir solução salina a glicosada
  - Não administrar a mais que 10-20 mEq/h
  - Não administrar mais que 20-40 mEq/L em veia periférica e 60 em veia central

Indications for initiating K <sup>+</sup> Therapy during Hypokalemia	
<b>Absolute indications</b>	Digitalis therapy Therapy for diabetic ketoacidosis Presence of symptoms Severe hypokalemia (<2.0 mEq/L)
<b>Strong indications</b>	Myocardial disease Anticipated hepatic encephalopathy Anticipated increase in another factor that causes a shift of K <sup>+</sup> into ICF (e.g. B2-adrenergics)
<b>Modest indications</b>	Development of glucose intolerance Mild hyperkalemia (K <sup>+</sup> closer to 3.5 mEq/L) Need for better antihypertensive control

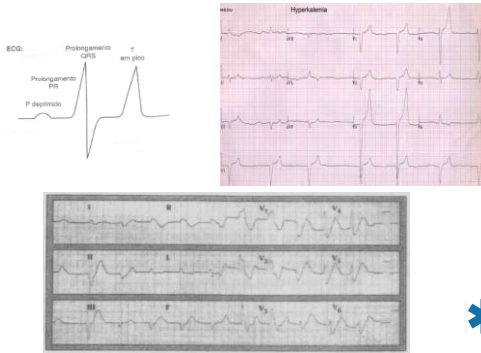


## HIPERCALEMIA- SINTOMAS

- **Musculares**
  - Músculo cardíaco
    - Arritmias
  - Músculo esquelético
    - Falta de força, paralisia



## ECG NA HIPERCALEMIA



## HIPERCALEMIA- ETIOLOGIAS

- ◇ As causas mais frequentes são:

- Insuficiência renal
- Associada a medicamentos (IECAs, ARAs, espironolactona, AINEs, Bloq Beta)
- Hipoaldosteronismo hiporreninêmico
- Pseudo-hipercalemia

Etiology of hyperkalemia	
Increased intake	Oral
Intravenous	Movement from cells into extracellular fluid
Pseudohyperkalemia	Metabolic acidosis
Insulin deficiency and hypomagnesemia in uncontrolled diabetes mellitus; also acute hyperosmolality due to hypertonic fluids or the administration of hypertonic mannitol	Tissue catabolism
B-adrenergic blockade	Severe exercise
Digitalis overdose	Periodic paralysis- hyperkalemic form
Cardiac surgery	Succinylcholine
Arginine	Decreased urinary excretion
Renal failure	Effective circulating volume depletion
Hypoaldosteronism	Type 1 renal tubular acidosis- hyperkalemic form
Selective potassium secretory defect	



## HIPERCALEMIA- DIAGNÓSTICO

- Deve ser efectuada:
  - História clínica (história de insuficiência renal, etc)
  - História medicamentosa
  - Exame físico
  - Função renal
  - Gasimetria
  - ECG



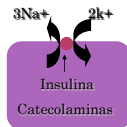
## HIPERCALEMIA- DIAGNÓSTICO

- Deve ser efectuada:
  - História clínica (história de insuficiência renal, etc)
  - História medicamentosa
  - Exame físico
  - Função renal
  - Gasimetria
  - ECG



## HIPERCALEMIA- TRATAMENTO

- Estabilizador da membrana
  - Gluconato de cálcio a 10%- 10 mL em 2-3 min
- Redistribuição intracelular
  - Bólus de 10-20 U de insulina com 50 mL de glicose a 50% seguida de glicose a 5% a 100 mL/h
  - Salbutamol neb com 1amp em 3cc de SF



Remoção de potássio do organismo  
-Furosemida  
-Resina permutadora de cátions  
15-30g 4/4h ou 6/6h associada a laxante  
-Hemodíalise

-Bicarbonato de sódio – se acidose metabólica?



## ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

- Fístula arteriovenosa – FAV
- Prótese arteriovenosa – PTFE
- Cateter venoso central – CVC

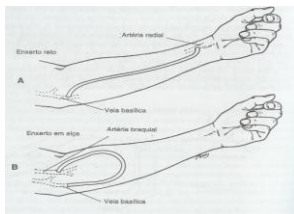
Provisório

Definitivo – tunelizado



## FISTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

Anastomose entre uma artéria e uma veia



## COMPLICAÇÕES DOS ACESSOS AV

- @ Pseudo-aneurisma
  - Dilatação venosa
  - Hemostase inadequada
  - Pressão venosa elevada, proximal e/ou distal
- @ Rupturas Traumáticas
  - Acidentes laborais,
  - Acidentes de viação,
  - Por objectos corto-perfurantes
- @ Pseudo-aneurisma micótico
  - ↳ Ruptura



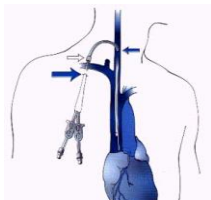
## INTERVENÇÕES

- Garrote
- Compressão directa
- Acesso vascular/**intra ósseo**
  - ↳ Osteodistrofia
  - ↳ Osteomalácia
- Fluidoterapia



## CATETER VENOSO CENTRAL – CVC

- ⓐ Dispositivo de material sintético
- ⓐ Duplo Lúmen
- ⓐ Colocado num grande vaso
  - ✓ Jugular interna
  - ✓ Femoral
  - ✓ Subclávia



### Complicações com os CVC

- Fractura
- Exteriorização
- Tromboembolismo

### Intervenções

- Clampagem
- Compressão
- Trendlenburg, decúbito lateral esquerdo, oxigenoterapia, fármacos



## ATENÇÃO

Estes acessos podem ser utilizados

- **FAV** ↪ Não puncionar na anastomose
- **CVC** ↪ Retirar heparina dos lúmens



## CHOQUE SÉPTICO ASSOCIADO AO IRC

- Urosépsis
- Associados:
  - ✓ Dispositivos intravasculares
  - ✓ FAV
  - ✓ Catéter de Tenckoff (Diálise Peritoneal)





## BIBLIOGRAFIA

- COTTER G, et al. – **Pulmonary edema, new insights on pathogenesis and treatment**, *Curr Opin Cardiol*. 9:139-143,2002.
- CUPPARI, L et al IN: Schor, N (editor). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Nutrição clínica no adulto**. 2 ed. São Paulo: Manole, p. 189-220, 2005.
- DAUGIRDAS, J, et al. – **Manual de Diálise**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 157-183,2003.
- FERREIRA V, ANDRADE D. – **Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade**, *Medicina (Ribeirão Preto)*,40 (4):582-88, out./dez.2007.
- MAHONEY BA, et al. – **Emergency interventions for hyperkalemia**. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD003235,2005.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de desenvolvimento profissional, Siece, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. 2º caderno temático, Lisboa, 2009.
- RIELLA, MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroelétrólitos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2003.
- SILVA M.A. et al. – **Complicações das fistulas arteriovenosas na nefrovalé**, X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2005.



**ANEXO 7**

“Plano da sessão da Formação sobre as Emergências associadas ao Insuficiente Renal no Pré-Hospitalar”



## PLANO DE SESSÃO

<b>TEMA:</b> Emergências Associadas ao Insuficiente Renal no Pré-Hospitalar	<b>DATA/HORA:</b> 26 de Janeiro de 2011;As 10h00
<b>FORMADORAS:</b> Aires Moutinho, Almerinda Soares, Cristina Neves	<b>LOCAL:</b> Sala de Formação do INEM
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Equipa do INEM	<b>PRÉ-REQUISITOS:</b> Não são necessários

### CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecer algumas considerações sobre Insuficiência Renal</li> <li>- Conhecer a actuação perante a vítima com Distúrbios Hidro-electrolíticos</li> <li>- Reconhecer a actuação perante a vítima em Edema Agudo do Pulmão</li> <li>- Especificar procedimentos perante a vítima com Hipotensão</li> <li>- Conhecer as particularidades da vítima com acesso vascular para Hemodiálise</li> <li>- Proceder perante o Insuficiente renal Crónico em Choque Séptico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos formadores e do tema</li> <li>- Objectivos da Formação</li> <li>- Desequilíbrios hidroelectrolítico</li> <li>- Edema Agudo do Pulmão</li> <li>- Hipotensão</li> <li>- Acessos Vasculares</li> <li>- Reflexão/ Discussão sobre o tema da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositiva e Participativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projector multimédia para apresentação de diapositivos (trabalho em PowerPoint);</li> <li>- Computador Portátil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 45 Minutos</li> </ul>

## **ANEXO 8**

“Distribuição do material pelos armários de OBS”

<p><b>Armário do quarto de isolamento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Luvas (Esterilizadas-Tamanhos-6,5;7;7,5 e 8 - 3 pares de cada);</li> <li>➤ Luvas limpas - 1 caixa de cada tamanho;</li> <li>➤ Mascaras cirúrgicas - 1 caixa;</li> <li>➤ Mascaras P1/P2 - 1 caixa;</li> <li>➤ Bata - 6;</li> <li>➤ Protecção de pés - 6;</li> <li>➤ Touca-6;</li> <li>➤ Restante material deverá ser repostado consoante as necessidades pontuais de acordo com o respectivo internamento;</li> </ul>
<p><b>Armário N°1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lençóis (20);</li> <li>➤ Colchas (10);</li> <li>➤ Fronhas (10);</li> <li>➤ Cobertores (8);</li> <li>➤ Almofadas (15);</li> <li>➤ Batas (15);</li> <li>➤ Toalhas (10);</li> </ul>
<p><b>Armário N°2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Material de higiene:</li> <li>➤ Sabão líquido (2);</li> <li>➤ Toalhetes (1 caixa);</li> <li>➤ Pentas (7);</li> <li>➤ Fraldas (10 de cada tamanho);</li> <li>➤ Material para massagens (Creme hidratante-1);</li> </ul>
<p><b>Armário N°3</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Humidificadores de Oxigénio (7);</li> <li>➤ Mascaras de Venturi/alta concentração/Cânulas nasais (5 de cada); nebulizadores (5);</li> <li>➤ Frasco de água destilada (1);</li> <li>➤ Sistemas de soros (10), prolongadores (10) e torneiras (10);</li> <li>➤ Soros-Fisiológico-100ml,250ml,500ml e 1000ml;Polielotrolitico em água, Polielotrolitico em nacl a 9%; Glicosado 5%,10%,20%;30%; Volven, (10 de cada);</li> </ul>