



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por, Ana Isabel Araújo Barros

Porto, maio de 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM
CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**HUMANIZATION OF NURSING CARE IN URGENCY AND
EMERGENCY SERVICES**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por

Ana Isabel Araújo Barros

Sob orientação de

Prof^a Doutora Irene Oliveira

Porto, maio de 2021

RESUMO

O presente relatório elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde- Porto da Universidade Católica Portuguesa, reflete o caminho percorrido durante os estágio realizado em dois contextos: serviço de urgência e emergência extra-hospitalar, no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021 . Este documento tem, assim, como principal objetivo a descrição das experiências vivenciadas, bem como as dificuldades sentidas e as intervenções implementadas com base nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Para a elaboração deste relatório foi adotada uma metodologia descritiva, analítico-reflexiva direcionada para a prática.

A abordagem à PSC em cuidados intensivos enriqueceu-me na execução da minha prática como futura enfermeira especialista, contribuindo para uma melhor definição do meu futuro.

A temática da humanização, sendo transversal aos diferentes contextos surgiu como um constante desafio na prática diária e profissional da enfermagem, tendo sido realizada uma revisão da literatura. A visão da pessoa doente até ao profissional de saúde na execução da sua prática, requer uma visão mais humana. Neste campo de atuação dificuldades como a gestão dos tempos de espera, a sobrelotação dos serviços em causa, a sua própria dinamização, bem como a valorização dos profissionais, emergem como necessidades de adequação de estratégias, tais como uma precoce abordagem desta temática nas escolas de enfermagem, que promovam uma maior qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

O meu percurso permitiu a aquisição de competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, onde os momentos de reflexão foram primordiais à minha evolução profissional e humana. Neste sentido, reflito neste documento acerca dos objetivos específicos que me propus alcançar e que efetivamente concretizei durante este percurso formativo e que apresentaram significado de relevo.

O facto de me ter focado no processo de humanização tornou-se um dos pontos-chave do meu percurso, percecionando o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica para a melhoria do cuidado prestado à pessoa em situação crítica.

Descritores e Palavras-Chave: enfermeiro especialista; enfermagem médico cirúrgica; pessoa em situação crítica; humanização da assistência; urgência e emergência.

ABSTRACT

The present report, elaborated as part of the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situation, from the Institute of Health Sciences - Porto, Universidade Católica Portuguesa, reflects the path taken during the internship in two contexts: urgent care and extra-hospital emergency, from November 2020 to February 2021. This document objective is to describe the experiences, difficulties and interventions implemented based on the skills of a specialist nurse in medical-surgical nursing.

This report was written following a descriptive, analytical and reflective methodology directed to practice.

The approach to patients in critical condition in intensive care enriched me as a future specialist nurse, contributing to the development of my skills.

Humanization, being transversal to different contexts, emerged as a constant challenge in daily and professional nursing practice, therefore a literature review has been performed on the topic. A more humane perspective needs to be considered for everyone involved in the health care process, from the sick person to the health professional. There are several challenging areas that require change in order to achieve a more humane process, like: waiting time management; overcrowding services and their organization; health care professionals valorization. An early approach to this theme in schools of higher education could promote these changes and allow for better care.

My path allowed me to acquire technical and scientific skills as well as humane and relational skills through moments of reflection. This report outlines the objectives that I set out to achieve and what I actually achieved during my formative journey and that presented significant importance.

The fact that I focused on the humanization process became one of the key points of my journey, perceiving the role of the specialist nurse in medical-surgical nursing to improve the care provided to people in critical situations.

Descriptors and Keywords: specialist nurse; surgical medical nursing; critical person; humanization of assistance; urgency and emergency.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a todos aqueles que no decorrer deste percurso demonstraram o seu apoio, apreço e compreensão, para que eu conseguisse alcançar este tão desejado objetivo.

À Professora Doutora Irene Oliveira por toda a disponibilidade e exigência demonstradas;

A todos os Enfermeiros Tutores com quem tive possibilidade de me cruzar, e que em muito contribuíram para o meu percurso formativo, em especial à Enfermeira Especialista M. Alves por toda a dedicação e interesse demonstrados pelo meu trabalho, carinho e motivação incutida;

Aos meus pais por terem incutido em mim a educação, determinação, o respeito e humildade;

À Mariana, à Patrícia, à Sara e ao João por me encorajarem em cada passo, sendo amigos sem igual, e com uma presença permanente e fundamental na minha vida;

À Catarina, como exemplo de amizade sem igual, em que nos momentos mais difíceis me ajudou a seguir em frente, nunca deixando o meu objetivo para trás;

À Penélope, à Suri, ao Moraes, à Rita que aliaram ao seu papel de amigos, a sua competência crítico-reflexiva, estando sempre disponíveis para me darem a opinião mais sensata.

LISTA DE SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO- Bloco Operatório

CODU- Centro Orientação de Doentes Urgentes

DGS- Direção Geral de Saúde

DNR- Decisão de Não Reanimar

EE- Enfermeiro Especialista

EEMC- Especialização Enfermagem Médico- Cirúrgica

EMC- Enfermagem Médico Cirúrgica

ICS- Instituto Ciências da Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar

RENDA- Registo Nacional de Não Dadores

SAV- Suporte Avançado de Vida

SE- Sala de Emergência

SIV- Suporte Imediato de Vida

SU- Serviço de Urgência

TAE- Técnico de Ambulância de Emergência

UC- Unidade Curricular

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VV- Via Verde

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS	15
3. A HUMANIZAÇÃO COMO FOCO NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	25
3.1. DESAFIOS E DIFICULDADES NA EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	27
3.2. ESTRATÉGIAS PARA UM CUIDADO HUMANIZADO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	31
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	35
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	35
4.2. CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA	40
4.3. DINAMIZAÇÃO DA RESPOSTA DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE.....	58
5. CONCLUSÃO.....	69
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
7. APÊNDICES.....	83
Apêndice I: Revisão Literatura Humanização- Diagrama Prisma e Tabela de Evidências.....	85
Apêndice II: Critérios de Ativação da Via Verde AVC	91
Apêndice III: AUTOPULSE®- Guia de Utilização Prática.....	95
Apêndice IV- Póster AUTOPULSE®.....	109
Apêndice V: A Hipotermia como Fator de Risco na Emergência Extra-Hospitalar	113

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) do Instituto Superior de Saúde (ICS)- Porto da Universidade Católica Portuguesa (UCP), na Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório”, foi proposta, a elaboração de um relatório com o objetivo de espelhar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas nos locais de estágio, assente numa reflexão crítica relativamente ao percurso desenvolvido. Para o sucesso neste percurso ser alcançado, é importante que o enfermeiro desenvolva a sua autonomia na aquisição de novos conhecimentos, desenvolvendo competências técnicas e humanas específicas.

Este relatório está inserido no plano de estudos e apresenta-se como um documento com metodologia descritiva, analítico-reflexiva direcionada para a prática vivenciada nos diferentes contextos práticos.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Como tal, a necessidade de uma formação concreta nesta área torna-se fundamental para o desenvolvimento de competências perante a pessoa em situação crítica e sua família. Na área das ciências da saúde é imperioso a busca incessante de novo conhecimento para fazer face à contante evolução para uma mais adequada e eficiente prestação de cuidados de saúde.

Embora este relatório incida maioritariamente nas competências desenvolvidas em prática clínica no âmbito da UC mencionada anteriormente, o meu percurso formativo iniciou-se com o estágio ainda do primeiro ano do curso correspondente à UC de “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, que foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) da região norte do país, no período compreendido entre os meses de setembro e outubro de 2020, num total de 180h de contexto prático. Um estágio que me

permitiu, pela primeira vez, adquirir prática e conhecimento relativo ao trabalho de enfermagem executado em contexto de cuidados intensivos, despertando em mim o interesse acrescido em continuar a desenvolver a minha prática profissional a este nível.

Na continuação da minha prática e correspondendo à UC “Estágio Final e Relatório”, pude desenvolver competências para o alcance do papel como enfermeira especialista, num Serviço de Urgência (SU) Geral, bem como em contexto de Emergência Extra-Hospitalar. Assim, nesta UC foram realizadas 400h de contacto, das quais 20h de Orientação Tutorial, 20h de Seminário e, em contexto de estágio, um total de 360h de prática efetiva, entre novembro de 2020 e fevereiro de 2021.

No estágio do SU, de novembro a dezembro de 2020, foi-me possível integrar uma instituição de saúde a norte do país, com uma abrangência populacional vasta, a qual apresenta todas as valências básicas intermédias, diferenciadas, algumas das quais como centros de referência na zona norte do país. Esta unidade polivalente dispõe ainda de centro de trauma, tornando-se perceptível o funcionamento inerente a esta valência. O estágio em contexto de emergência Extra-Hospitalar consistiu numa escolha pessoal, no âmbito das várias opções possíveis no, tendo sido realizado entre janeiro e fevereiro de 2021, permitindo-me experienciar meios que atuam de forma exímia, atuando na primeira linha de abordagem à PSC. A opção por este último contexto de estágio esteve relacionada, para além do meu gosto pessoal, pela necessidade de perceção de todo o percurso da pessoa em situação crítica, desde a sua abordagem no extra-hospitalar, até ao serviço de urgência, ingressando, caso necessário, na unidade de cuidados intensivos.

A realização do meu percurso prático foi envolta nas adaptações decorrentes da pandemia mundial que vigora - Pandemia pelo SARS-CoV-2 - que em muito influenciou no decorrer da formação pela necessidade constante da implementação de estratégias necessárias ao contexto. Ainda mais acrescento, os receios e angústias que surgiram no decorrer do percurso pelas dúvidas na realização dos estágios, bem como a preocupação face à possibilidade de contrair a infeção por este vírus que veio mudar a nossa visão do mundo.

De acordo com o observado nos estágios, considere o processo de humanização como um tema de relevo a ser abordado neste relatório, uma vez que as circunstâncias apresentadas nestes serviços, por vezes, podem trazer dificuldades para a prática centrada na pessoa e sua família com necessidades emocionais, afetivas e relacionais além das necessidades fisiológicas assentes no processo de transição saúde-doença.

O processo de humanização configura-se como um importante desafio para os enfermeiros, podendo ser entendida como um conjunto de iniciativas que conciliam o acolhimento à utilização da melhor tecnologia disponível, valorizando a formação de vínculo e promovendo um cuidado mais direcionado, com vista a oferecer melhores condições de vida à pessoa (Silveira & Contim, 2015).

O ato de humanizar em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de espaços concretos nas instituições de saúde que legitimem a essência humana de todas as pessoas envolvidas. O cuidado humanizado implica a compreensão da outra vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro.

A estrutura deste documento está assente numa primeira parte relativa à fundamentação de acordo com as competências adquiridas no estágio do primeiro ano - "Vigilância e Decisão Clínica", onde pude perceber a importância da humanização como elemento diferenciador para uma prática de enfermagem de qualidade. Numa segunda fase, apresento uma revisão da literatura referente à temática central do mesmo - o processo de humanização perante a pessoa em situação crítica -, e de seguida uma exposição das competências adquiridas com base nos objetivos traçados segundo o que está proposto para o enfermeiro especialista em EMC na área de atuação à PSC. Optei assim por, primeiramente, fazer uma referência às competências adquiridas no estágio referente ao primeiro ano por este ter-se apresentado num contributivo bastante significativo como futura enfermeira especialista, e numa segunda fase, centro a minha fundamentação na aquisição de competências que desenvolvi com base nos meus objetivos referentes ao estágio de segundo ano - "Estágio e Relatório Final".

Este relatório tem assim como objetivos pilares, demonstrar o percurso realizado ao longo deste caminho, enumerar as problemáticas identificadas, descrever as intervenções desenvolvidas e as estratégias implementadas, além da constante demonstração de espírito crítico-reflexivo, de acordo com as experiências vividas e as competências desenvolvidas.

2. VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Na aquisição de competências como futura Enfermeira Especialista (EE) em EMC na área de abordagem à PSC, iniciei o meu percurso com o estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) no âmbito da UC “Vigilância e Decisão Clínica”. Um estágio que contribuiu de forma muito significativa para a minha prestação ao longo deste percurso, bem como na tomada de decisão face à temática a desenvolver neste relatório.

A realização de prática clínica nestas unidades diferenciadas torna-se de extrema pertinência para uma abordagem mais exímia à PSC e sua família. Segundo o Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento (2003, p.6), citado por Ordem dos Enfermeiros (2018, p. 1) estas unidades, são assim *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”*.

Com este percurso de formação, foi possível alargar o meu horizonte de conhecimentos e simultaneamente adquirir um conjunto de competências, ações e comportamentos estruturados, aplicados integralmente em função das finalidades e objetivos propostos.

Neste capítulo pretendo fazer uma referenciação global face à aquisição de competências que adquiri neste contexto de estágio e, como este, se tornou como “pedra de toque” para um cuidado de enfermagem mais humano.

A UCIP onde se enquadrou a realização deste contexto de estágio pertence à gestão de um hospital central, pertencente ao Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) dessa mesma instituição, onde se incluem além dos cuidados intensivos, a unidade de cuidados intermédios.

A pertinência deste contexto de estágio deve-se ao facto das UCIP serem locais de alta complexidade e de abordagem exímia à PSC. O cuidado ao doente hospitalizado nestas unidades diferenciadas assenta num plano complexo de diagnóstico e tratamento. A multiplicidade de problemas que a pessoa doente enfrenta, devido às alterações fisiológicas do processo patológico, desafia os profissionais de saúde a uma abordagem holística e focada na essência do ser humano.

As UCI representam uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desta forma, uma UCI é um setor destinado ao atendimento de pacientes em estado grave, que requerem monitorização constante e cuidados específicos com qualidade, por meio de mecanismos e tecnologias avançadas, além de recursos humanos especializados, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física (Silveira & Contim, 2015).

A UCIP, caracterizada como uma unidade de cuidados intensivos de nível III, localiza-se no Piso 0 do pavilhão central desta instituição hospitalar, dispondo de 12 camas de medicina intensiva, sendo duas delas alocadas a quartos de isolamentos com possibilidade de gestão de pressões atmosféricas.

No que diz respeito à organização e dinâmica dos recursos humanos, o rácio determinado é de 1:2, um enfermeiro para cada dois doentes, sensivelmente. No que diz respeito aos assistentes operacionais estes são de três no turno da manhã e da tarde e dois no turno da noite.

No que diz respeito à equipa de enfermagem esta é dividida em equipas de trabalho, sendo compostas por um enfermeiro responsável, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, restante equipa de enfermagem composta tanto por enfermeiros de cuidados gerais como por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Em enfermagem a importância de uma dinâmica assistencial bem definida é extremamente importante para uma correta articulação entre os de mais elementos da equipa multidisciplinar para um cuidado organizado e de qualidade à PSC.

A combinação das diferentes categorias de prestadores de cuidados de saúde e a determinação do número de profissionais necessários para os diferentes ambientes são peças chave na dotação, constituindo uma preocupação dos decisores aos diferentes níveis (Freitas & Parreira, 2013).

De acordo com a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos e citado pela Ordem dos Enfermeiros (2019) o rácio ideal Enfermeiro/doente deveria ser 1:1, contudo não é o que se verifica, muito devido à falta de profissionais qualificados e contratações por parte das instituições de saúde, de forma a comeltar estas falhas.

Como referem Fontes, Anjos, & Santos (2017), a assistência em enfermagem deve manter o seu padrão de qualidade de atendimento para que alcance a sua proposta de desenvolver o trabalho assistencial articulado, pensado e planeado com as demais áreas que prestam igualmente cuidados de saúde diferenciados em saúde, e mais ainda em UCI. Referem ainda que o ponto de partida para o trabalho da equipa multiprofissional deve estar centrado numa filosofia em que a pessoa e os seus problemas e circunstâncias, dependem de todos, com igual intensidade dentro da área de competência determinada para cada elemento da equipa.

Como já referido, a aquisição de competências no estágio referente a esta UC permitiu-me alicerçar toda a minha visão face ao percurso formativo que pretendia traçar até ao final.

Desta forma, refletir sobre a prática neste contexto de abordagem à PSC é algo que não pode ser descorado, uma vez que pude realizar um caminho muito rico, cheio de experiências que contribuíram para a grande globalidade do meu ser enquanto enfermeira nesta área de atuação.

O profissional que atua nesta área deve possuir de sensibilidade e conter um embasamento teórico-científico bem sustentado e com base numa dedicação máxima na sua atuação (Fontes, Anjos, & Santos, 2017).

Neste primeiro contexto de estágio despertei na minha consciência a importância do papel do enfermeiro na abordagem à PSC internada numa UCI, e de que forma esta transição saúde-doença interfere na dinâmica das famílias e na sua receptividade e capacidade de auxílio à pessoa doente.

De entre as diversas experiências enriquecedoras, a primeira e que maior impacto me causou face à novidade na relação prática com o tema, foi a doação de órgãos no dador em morte cerebral. Logo no primeiro dia de estágio obtive a oportunidade de ir ao Bloco Operatório (BO), assistindo a todo o processo de tomada de decisão e execução relacionada com esta temática. Sendo o primeiro dia, não pude constatar o processo anterior, que envolvia toda uma preparação física humana, emocional e legal, contudo deixou-me desperta para esta realidade, refletindo e levantando questões éticas, legais e humanas.

Nesta perspetiva, podemos afirmar que o transplante de órgãos é muitas vezes a única alternativa terapêutica para pessoas doentes com insuficiência funcional terminal. Para tal, é importante a perceção de toda a envolvência relacionada e todas as potenciais problemáticas, percecionando igualmente como a importância de todo este procedimento pode influenciar a vida de tantos.

Do que me foi possível vivenciar, a doação de órgãos, e no caso específico do dador em morte cerebral, requer uma abordagem tanto terapêutica, como social e legal muito específicas.

Atendendo à problemática da PSC e sua família, este processo começa desde a admissão na UCIP em que a família fica sensível para o abalo no seu núcleo familiar, onde o processo de transição saúde-doença aliado ao confronto com a comunicação de morte cerebral do seu familiar contribuem para que a família reaja de forma renitente e, em alguns casos, com certa revolta face ao sucedido.

O processo de morte cerebral para potencial dador carece de várias fases de provas, nas quais só se sucedem após uma comunicação clara à família de todo

o procedimento e dos motivos claros que determinam tal estado. Desta forma, é importante ter um discurso esclarecedor, empático, e com base nas determinações legais para que a família perceba a sua posição e esta necessidade, obtendo todas as suas preocupações e dúvidas esclarecidas.

Assim, e contextualizando a problemática em termos ético-legais, que em Portugal, desde 1993, a legislação admite a possibilidade de colheita de órgãos em doentes em morte cerebral, conforme previsto na Lei n.º 12/93, de 22 de abril, republicada em anexo à Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, tendo a Declaração da Ordem dos Médicos, publicada no Diário da República, 1.ª série-B, n.º 235, de 11 de outubro de 1994, fixado os critérios e regras de semiologia médico-legal de verificação da morte cerebral (Ministério da Saúde, 2013). Contudo, importante ressaltar entre os demais critérios existentes, a noção que a pessoa potencial dadora não se encontra inscrita no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), anulando todo o procedimento.

Em termos éticos salienta-se que os órgãos doados para transplantação depois da morte entram numa base comum a usar de acordo com a necessidade e não podem ser dirigidos para um determinado indivíduo. A regra dos dadores falecidos, que afirma que a doação de órgãos não deve, em caso nenhum, causar a morte de um doente e que os doentes devem ser declarados falecidos antes da remoção de órgãos ou tecidos para transplantação, tem de ser estritamente respeitada. A manipulação de órgãos humanos e do corpo de dadores falecido, bem como de dadores vivos, deve ser conduzida de uma forma que evidencie respeito pelos direitos fundamentais e pelo corpo humano (Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2019), os aspetos éticos e legais que regem a doação de órgãos em cadáveres são de fundamental importância e devem incluir critérios diagnósticos para morte cerebral e paragem cardiorrespiratória, bem como um mecanismo formal para a outorga de consentimento para a doação.

O que sucedeu efetivamente perante o que vivenciei, foi todo um processo criterioso de acordo com os termos legais e humanos impostos. A realidade por mim vivenciada deu-se com dois casos específicos, com os quais pude intervir, num deles, em todo o processo. Após efetuadas todas as provas de morte cerebral, pressupostas pela lei, sucedeu-se o processo comunicativo à família. Neste sentido, pude estar presente nesta fase de comunicação, bem como na fase disponibilizada à mesma para estar junto do seu familiar.

O papel do enfermeiro neste contexto é fundamental para a prestação de apoio efetivo, esclarecimento de dúvidas e receios. Neste sentido, o enfermeiro orienta a equipa de saúde sobre a necessidade de informar e esclarecer os familiares, bem como da necessidade e do tempo, preferencialmente, de início dos procedimentos de confirmação de morte cerebral. Um cuidado essencial, pois, muitas vezes, a família de dadores só tem contacto com este diagnóstico, após a sua conclusão, dificultando a aceitação dessa condição (Moraes, Sanos, Merighi, & Massarollo, 2014).

Também Youn & Greer (2014), referem que é importante o estabelecer de uma relação empática e de entre-ajuda com a família antes da discussão de morte cerebral, referindo que até mesmo antes do diagnóstico determinado, para que a família possa perceber todo o plano de tratamento e os passos a serem seguidos no cuidado do seu familiar. Deste modo, e após a perceção inicial do quadro em que se encontra a PSC, deve ser explicado todo o procedimento inerente à morte cerebral. Estes autores referem ainda a importância da presença da equipa multidisciplinar, bem como da preparação para tal comunicação à família.

De acordo com toda esta envolvência, a equipa de saúde precisa estar qualificada para o processo de captação de órgãos no seu aspeto técnico, devendo também estar apta a atuar no que diz respeito aos fatores sociais – éticos e psicológicos – relacionados ao dador e ao apoio à sua família.

Sendo os enfermeiros, os profissionais que mais lidam diretamente com os casos em questão, é fundamental que sejam capazes de prestar esclarecimentos à família, de forma a facilitar a sua compreensão sobre toda a envolvência,

respeitando as suas crenças e sentimentos em relação ao processo de morte cerebral e doação (Costa, Costa, & Aguiar, 2016).

Ainda nesta UC, mediante a minha atuação em UCI e face às alterações impostas pela pandemia pelo SARS-CoV-2, fiquei com especial interesse em ajudar no encontro de alternativas para que os familiares pudessem continuar a acompanhar de perto a evolução patológica dos seus, uma vez que, na sua generalidade, as visitas tinham sido suspensas por tempo indeterminado.

Neste sentido, a família ao ser privada de acompanhar de perto a realidade do estado de saúde do seu familiar leva ao potenciar de receios, ansiedade, e estados de alerta e angústia impertinentes. De igual forma, a PSC sente a ausência dos que lhe são próximos, contribuindo para um potencial atraso no seu processo curativo.

No que diz respeito à incorporação da pessoa e da sua família no processo terapêutico podemos e devemos afirmar a sua extrema importância para o processo de recuperação daquele que se encontra em situação crítica, bem como para reduzir os níveis de ansiedade que um internamento deste nível provoca na reorganização de toda a dinâmica familiar.

Posto isto, e segundo Cabete, et al. (2019), uma vez que a vivência da doença é um processo que afeta todo o núcleo familiar, é fundamental que os cuidados de enfermagem não se limitem à interação entre o enfermeiro e a pessoa doente, mas que a família seja envolvida, não apenas como um recurso para ajudar a pessoa que está doente, mas também como alvo dos cuidados.

Mediante o contexto pandémico em que nos encontramos existiu uma dificuldade enorme na perceção do estabelecimento desta relação, uma vez que as visitas, na sua maioria de tempo, não eram permitidas. Contudo, eram efetuadas chamadas telefónicas com os familiares de forma a explicar o ponto de situação do seu familiar internado e, sempre que possível, eram permitidas visitas. Foi de fácil perceção que o processo comunicativo como forma de integração da família e da pessoa no ambiente de cuidados intensivos, é essencial para a redução dos níveis de ansiedade e stress.

Rodriguez, Velandia, & Leiva (2016), afirmam que a UCI é um serviço de alta complexidade de atenção, onde quem mais sofre são os familiares, uma vez que os compromissos na saúde do seu familiar doente supõem uma crise situacional, onde o núcleo familiar experimenta reações emocionais significativas (stress, medo, depressão, angústia, saudade, entre outras), que requerem mecanismos afetivos e de enfrentamento de forma que seja possível restabelecer o equilíbrio. Ainda de acordo com estes autores, estas circunstâncias, o apoio emocional e o suporte comunicativo por parte dos profissionais de saúde presentes nas enfermarias ajudam a amenizar o confronto emocional associado a um internamento numa UCI.

As famílias não são apenas meras visitas em torno da PSC, são uma extensão do mesmo e experimentam o processo do cuidado junto do seu familiar (Rodriguez, Velandia, & Leiva, 2016).

Quanto à integração da família aquando da primeira visita ao seu familiar, a única oportunidade que tive foi referente a um caso em que a pessoa estaria em morte cerebral, e neste sentido, foi-lhes explicado toda a situação e os possíveis planos que estariam a ser ponderados. Neste sentido, e perante toda esta situação complexa, a equipa (médico e enfermeira) agiram de forma idónea, sensível e prestável na abordagem à família, predispondo o tempo necessário para permanecer junto do seu familiar, bem como toda a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Perante este caso exposto foi também possível estabelecer estratégias de comunicação efetivas, para que a informação fosse percebida da melhor forma. Várias foram as técnicas utilizadas, e em várias situações a família em questão foi questionada no sentido da perceção face à informação transmitida. Embora os familiares muitas vezes referiram que estão a perceber, muita dessa mesma informação é perdida pelo nível de ansiedade que os assola, para tal, afirmamos várias vezes a disponibilidade em estabelecerem contacto posterior para esclarecimento de dúvidas adicionais, permitindo assim o estabelecimento de uma relação de ajuda permanente.

As estratégias utilizadas, muito via telefónica, na transmissão de informação à família baseia-se no uso de linguagem clara e de uso comum, discurso tranquilo e pausado. Segundo Rodriguez, Velandia, & Leiva (2016), a comunicação deve nutrir-se de clareza, sensatez, adaptabilidade, credibilidade, vocabulário simples, tom de voz e pronúncia adequadas. Afirma também que a postura, os gestos e os movimentos, podem ser essenciais de forma a transmitirem sentimentos que efetivem o processo comunicativo.

Perante a pertinência deste tema sobretudo com alterações tão danosas face ao contexto vivenciado, colaborei com a equipa na avaliação da satisfação dos familiares das pessoas internadas na UCIP, via telefone, entre o dia 7 e 30 de setembro de 2020. Esta pesquisa consiste numa abordagem quantitativa, onde se pretendia obter a perceção dos familiares face à inibição de visitas e transmissão da informação relativa aos seus familiares perante o contexto pandémico que vivenciamos. Perfazendo um total de 28 contactos, apenas foram obtidas um total de 15 respostas.

Podemos mencionar que na maioria das questões aplicadas os familiares sentem-se bastante satisfeitos face à informação transmitida relativa aos seus familiares, bem como pelos cuidados prestados na UCIP, o que demonstra um cuidado de qualidade por parte da equipa de profissionais.

O único ponto em que o nível de satisfação teria uma percentagem de respostas menos satisfatória estava relacionado com o tempo disponibilizado para a visita. Embora os familiares sintam que o tempo é reduzido referem compreensão face à situação atual.

Um dos pontos a salientar como fator de melhoria prende-se com as palavras proferidas, ou seja, muitos dos familiares referem que o discurso usado é muito tecnicista e pouco adaptado à linguagem comum, tornando-se de difícil perceção. Ainda mais acrescento o modo por vezes mais hostil do discurso apresentado, deixando os familiares mais ansiosos e com maiores receios na aplicação de dúvidas e questões pertinentes relativas ao estado de saúde dos seus.

Importante ainda referir, o modo tão agradado com que a maioria dos familiares contactados se mostrou face à aplicação deste questionário, referindo ficarem agradados com a preocupação demonstrada.

Este trabalho desenvolvido resultou na realização de um póster com os dados obtidos relativos à perceção da satisfação dos familiares, e a sua exposição à equipa multidisciplinar, com o salientar de estratégias que os familiares mencionaram e que gostariam que fossem adotadas na hora da transmissão da informação.

3. A HUMANIZAÇÃO COMO FOCO NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No concerne à abordagem à PSC os serviços de urgência e emergência de um hospital é em Portugal, paralelamente a outros países da Europa e do mundo, como a “porta de entrada” da população no serviço de saúde público. Várias são as situações que fazem com que as pessoas recorram a este meio hospitalar, contudo torna-se importante ressaltar o excesso de afluência ao mesmo, muito devido a uma deficitária triagem e desconhecimento geral da população perante o verdadeiro sentido da deslocação ao serviço de urgência. Esta problemática apresentada resulta numa sobrelotação destes serviços, que pode comprometer os cuidados de saúde prestados e contribuir para uma dificuldade acrescida na implementação do cuidado humanizado por parte dos profissionais e, para com os mesmos.

Apesar desta realidade, a sobrelotação não concerne na única questão de relevo que contribui para a dificuldade de um cuidado humanizado nos serviços de urgência. Outros fatores como a gestão dos casos de elevado risco perante um modelo biomédico centrado no “salvar vidas”, o excesso tecnológico nestas áreas cada vez mais inovado, o stress pelo qual os profissionais estão constantemente expostos, bem como falta de incentivo formativo na área desde cedo para a importância do cuidado assente no conceito da humanização, contribuem para a necessidade de se falar cada vez mais na importância deste tema.

Perante a exposição desta problemática e na tentativa de reverter este cenário, a temática da humanização apresenta-se como de extrema importância e cada vez mais alvo de pertinente investigação, de forma a serem modificados determinados comportamentos, bem como para a melhoria no que à recuperação da pessoa, como um ser biopsicossocial, diz respeito.

Para tal, realizei uma pesquisa bibliográfica de modo a obter uma síntese dos conhecimentos existentes acerca desta temática. A recolha dos artigos científicos selecionados foi realizada a partir da pesquisa eletrónica em bases de dados científicas como SciELO, PubMed e CINAHL, entre os dias 4 e 5 de janeiro de 2021. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos foram “*humanization of assistance*”, “*patient*” e “*emergency nursing*”, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Resultante desta pesquisa obtive cinco artigos, na sua maioria revisões integrativas, de pertinência para a temática em questão, e que me permitiram a análise do tema dividindo-o de acordo com os dois itens emergentes: desafios e dificuldades na efetivação do processo de humanização,- e as estratégias para um cuidado mais humanizado em contexto de urgência e emergência. Para que fosse possível uma apresentação de dados mais objetiva, foram elaborados um Diagrama Prisma e uma Tabela de Evidências (Apêndice I), onde se torna mais perceptível o método de pesquisa adotado e o tipo de referências identificadas.

Um serviço de urgência está muito focado na queixa principal da pessoa e não em toda a sua envolvência, sendo necessária a implementação de boas práticas de saúde voltadas para a integralidade do cuidado. Vários autores fazem referência à necessidade de um cuidado de urgência e emergência onde se estabeleçam boas práticas permitindo o funcionamento e organização do serviço, promovendo ambiente acolhedor, que preserve a identidade da pessoa, proporcionando, deste modo privacidade, respeito e dignidade humana (Perboni, Silva, & Oliveira, 2019).

O conceito humanização tem sido amplamente introduzido nas discussões relativas à melhoria dos cuidados prestados em saúde, muito embora ainda necessite de mais enfoque tanto a nível do ensino, como por parte das instituições hospitalares.

Segundo Silva, Esteves, & Castro (2016), humanizar significa respeitar e valorizar a pessoa humana, sem qualquer tipo de discriminação, sendo este tema um dos principais enfoques quando se fala de assistência hospitalar para uma produção de saúde de qualidade em toda a sua envolvência.

A enfermagem possui um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde. A prática atual de enfermagem deve ser norteadada por cuidados

humanizados, como uma ação ampla e integral, respeitando e acolhendo as necessidades de cada indivíduo (Radaelli, Costa, & Pissaia, 2019).

O processo de humanização em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de espaços concretos nas instituições de saúde que legitimem a essência humana das pessoas envolvidas. O cuidado humanizado implica a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro.

Segundo Antunes, Garcia, Oliveira, Rodrigues, & Alves (2018), a humanização em saúde realizada pela enfermagem tem-se apresentado de forma relevante no contexto atual, tendo em vista a integralidade do cuidado prestado, requerendo uma revisão das práticas científicas relacionadas com o conceito de humanização, as quais são e serão aplicadas na prática quotidiana, permitindo estabelecer ambientes de trabalho em saúde menos stressantes e que valorizem tanto a pessoa ruquerente de cuidados de saúde bem como o profissional de saúde envolvido.

Considerando a complexidade do tema, humanizar a assistência à PSC é um grande desafio e significa cuidar da pessoa de forma holística, considerando o contexto pessoal, familiar e social. Para isto, são fundamentais a atuação ativa da equipa de enfermagem e a utilização da comunicação interpessoal como instrumento para o cuidado (Ribeiro, Trovo, & Puggina, 2017).

Sendo assim, é necessária uma reflexão sobre a humanização que vem sendo precariamente exercida nos dias de hoje, muito devido a predominância do avanço tecnológico e científico e, muitas vezes, fragmentando-se a atenção que deveria ser dispensada de forma mais humana (Gallo & Mello, 2009).

3.1. DESAFIOS E DIFICULDADES NA EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os serviços de urgência e emergência estão constantemente expostos a condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados. Neste contexto, é importante referir as características que apresentam, sendo totalmente diferentes de outros serviços. Um serviço de urgência/emergência é um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas

quais a presença de finitude da vida é uma constante, potenciando níveis abruptos de ansiedade, tanto na pessoa que carece dos cuidados de saúde bem como nos seus familiares, e profissionais que nestas circunstâncias desempenham as suas atividades.

Considerando toda a imprevisibilidade presente nestes serviços, desde o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância, a sobrecarga física e emocional, a procura incessante pela manutenção da vida, contribuindo para que a assistência humanizada neste contexto de atuação urgente e emergente seja rotineiramente questionada.

Como Radaelli, Costa, & Pissaia (2019) referem no seu artigo, os serviços de urgência e emergência hospitalar, com uma rotina acelerada de atendimento, tornam-se em ambientes de muita tensão e stress. Referem ainda que todos os envolvidos que vivenciam esta realidade diariamente, desde doentes, a familiares e profissionais de saúde, estão vulneráveis à ansiedade e angústia, pelo que atuar de forma humanizada perante esta realidade diária é um desafio tremendo. Montezeli, Meier, Peres, Venturi, & Wolff (2009) também no seu artigo uns anos antes já mencionavam que a dinâmica do funcionamento de um serviço de urgência e emergência aliado à gravidade da maioria das ocorrências que ali surgem e à sua constante imprevisibilidade fazem com que o ambiente seja repleto de instabilidades. Reforçam ainda que, neste universo, atenuar o sofrimento da pessoa doente e humanizar o atendimento são fundamentos para uma atuação de enfermagem de qualidade, na procura do equilíbrio entre a técnica, a ética e os aspeto subejtivo.

Contudo, e perante a realidade da atuação nestes serviços altamente complexos, é sábio que muitos são os constrangimentos à prestação de uma prática humanizada.

O cuidado humanizado, vai muito além da prestação de cuidado à pessoa doente, envolve igualmente os profissionais, uma vez que a humanização necessita de ser implementada de raíz, propocionando de igual modo condições de trabalho propícias a uma prática de saúde de alta qualidade, em que a humanização de assistência é mandatória e transversal.

Perante o exposto, e percebendo de forma clara as dificuldades na implementação do processo de humanização nos serviços de urgência e emergência, fatores como a escassez de recursos humanos e materiais, traduzindo-se em horas de trabalho excessivas, supervisões inadequadas e desvalorização profissional, são altamente vivenciados pelos profissionais da área, contribuindo para índices elevados de desmotivação e de falta efetivação de práticas de qualidade. Leite, et al. (2018) no seu artigo referem que além do investimento em equipamentos e tecnologia é necessário investir igualmente no acolhimento baseado no diálogo e no respeito entre todos os envolvidos, afirmam também que a carga horária exercida pelos profissionais que atuam na área da emergência é vista como uma componente que gera fragilidade na implementação da humanização, em paralelo com o número de profissionais contratados, ou seja, aliado a todos estes comprometimentos, temos ainda a escassez notória de recursos humanos qualificados nesta área.

Ainda mais se acrescenta como dificuldade, a elevada procura a estes serviços pela população em geral. A sobrelotação condiciona a possibilidade de uma prática exímia no que ao contexto de urgência diz respeito. Esta procura aumenta sobretudo em períodos sazonais, como nos meses de inverno, ocorrendo num “entupimento” da principal porta de entrada no serviço nacional de saúde. Leite, et al. (2018) referem que a alta demanda, principalmente em períodos sazonais de doenças prevalentes na população, prejudica o cuidado humanizado por não permitir um diálogo mais longo entre os profissionais e pessoas doentes em detrimento da emergência do problema individual a ser solucionado. Este entrave dificulta o atendimento, pois o excesso de procura tumultua o processo de trabalho, sobrecarrega os profissionais e o serviço, dificultando o acesso àqueles que realmente necessitam deste cuidado urgente (Santos, 2019). Perboni, Silva, & Oliveira (2019) referem que a sobrecarga de trabalho aliada também à falta de apoio e possíveis injustiças organizacionais são fatores que implicam negativamente na qualidade de trabalho do enfermeiro, fazendo com que os níveis de stress sejam cada vez mais elevados e exacerbados.

Outro dos fatores frequentemente mencionados na literatura e que espelham as realidades vivenciadas tanto por doente como por profissionais é a estrutura física

e os recursos materiais disponíveis nestes serviços. Sousa, Damasceno, Almeida, Magalhães, & Ferreira (2019) corroboram esta afirmação, uma vez que o espaço físico faz parte do processo de acolhimento hospitalar, proporcionando desta forma conforto à pessoa doente, sendo um dos fatores mencionados pela população como importantes para um atedimento mais confortável. Silva, Paiva, Faria, Ohl, & Chavaglia (2016) referem também que entre os aspetos negativos apontados pelos doentes destaca-se a falta de conforto do ambiente.

Perboni, Silva, & Oliveira (2019) na sua pesquisa retiraram de algumas entrevistas a enfermeiros que é notório o seu descontentamento relativamente aos recursos humanos e recursos materiais dentro das unidades de urgência e emergência.

Recursos materiais insuficientes também dificultam a prestação de serviços de saúde na sua totalidade, refere Santos (2019), gerando um cuidado limitado, e fator passível de iatrogenias. Este aspeto contribui para o descontentamento dos profissionais que são claramente transpostos para os usuários dos cuidados de saúde, uma vez que contribui para a instalação de inseguranças.

O desgaste físico, a baixa remuneração, o desprestígio social como fatores associados à condições de trabalho, refletem negativamente a qualidade da assistência prestada em serviços de urgência e emergência (Perboni, Silva, & Oliveira, 2019).

Santos (2019) refere no seu artigo que após a sua análise criteriosa, todos os artigos por ela pesquisados, mencionavam que para além do ambiente naturalmente tenso nos serviços de urgência e emergência, somam-se as longas horas de trabalho, contribuindo para um enorme desgaste físico, mental e emocional, culminando numa assistência fragilizada. Refere ainda que se torna difícil humanizar quando o próprio profissional não é tratado ele de forma humanizada. Os profissionais de saúde devem ser reconhecidos por meio de incentivos, com uma boa estruturação hospitalar, bem como uma adequada porporção enfermeiro-doente de modo a garantir uma assistência de enfermagem humanizada (Rôlo, Santos, Duarte, Pires, & Castro, 2019).

Outro dos fatores apontados na diferente literatura é referente ao elevado nível tecnológico presente neste serviços, que levam a um descorar perante a pessoa doente. Muitas vezes devido à sobrecarga de trabalho, os profissionais de saúde prestam uma assistência mecanizada e tecnicista, o que incrementa mais neste processo a evolução tecnológica. O olhar apenas para os dados analíticos e menos para a pessoa doente faz com que a prestação de cuidados de torne cada vez menos humanizada e menos voltada para as necessidades individuais da pessoa. Gallo & Mello (2009) consideram que o desenvolvimento tecnológico associado ao trabalho e às formas de organização institucional vem dificultando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas.

Na maior parte das vezes, o processo de trabalho de uma equipa de saúde num serviço desta dimensão, tem como foco os procedimentos, deixando os aspetos humanos da pessoa doente e da sua família num plano secundário de atenção (Perboni, Silva, & Oliveira, 2019)

É necessário que os modelos biomédicos e tecnicizados de prestação de cuidados centrados na causa da hospitalização sejam substituídos por modelos que priorizam os próprios cuidados de saúde (Anguita, et al., 2019).

Perante o exposto, é fundamental a determinação de estratégias que possam ser implementadas desde cedo para que políticas de humanização sejam levadas a cabo e se traduzam em cuidados de saúde efetivos e de qualodade.

3.2. ESTRATÉGIAS PARA UM CUIDADO HUMANIZADO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para uma evolução nesta e em tantas áreas de pertinência é importante o estabelecimento de estratégias passíveis de serem colocadas em prática de forma tão eficiente e protocolada quanto possível.

Relativamente ao processo de humanizar, esta temática para que seja possível ganhar a dimensão necessária deveria começar desde cedo a ser abordada. No ensino, a problemática da humanização deveria ser introduzida o mais precocemente para que todos os profissionais na área da saúde pudessem estar

atentos para um cuidado de saúde de qualidade, assente na humanização de assistência.

Outro modo de atuação, relaciona-se com a importância que as instituições de saúde atribuem ao conceito de humanização em toda a sua multidimensionalidade e multidisciplinaridade. Várias pesquisas sugerem que a implementação de ações gerenciais junto das equipas de diferentes profissionais de saúde permitem fortalecer o compromisso de todos os envolvidos e efetivar a humanização de assistência com uma postura de aproximação e responsabilização, oferecendo compromisso e confiança a profissionais e usuários dos cuidados de saúde (Santos, 2019). A mesma autora perspetiva uma reestruturação nos serviços, que envolva melhoria das condições de trabalho, com contratação adequada de profissionais, valorização dos mesmos nas tomadas de decisão e reorganização de fluxos e processos de trabalho.

Outra estratégia a ser proposta institucionalmente está relacionada com os espaços físicos onde os serviços de urgência e emergência exercem a sua prática, sendo de forma característica ambientes frios, impessoais e sem condições. O ambiente envolvente, como já referido anteriormente, é apontado como um dos fatores de insatisfação pelos usuários, ainda mais, sendo estes locais onde, infelizmente, as pessoas passam grande tempo em espera por cuidados de saúde.

Além disto, e de forma mais criteriosa e precoce possível, era necessária uma reflexão individual por parte dos profissionais acerca da sua prática diária, as suas competências e as suas limitações. O profissional de saúde, na imagem do enfermeiro, deve-se questionar se presta cuidados de qualidade ao doente e à sua família, baseados em princípios éticos e morais relevantes, tais como o respeito, a confiança e a dignidade. Aliada a esta reflexão, torna-se importante a interligação entre competências técnicas e não técnicas (Anguita, et al., 2019).

Como competências não técnicas podemos referir o processo comunicativo e as relações interpessoais que se traduzem, quando de qualidade, em resultados efetivos em saúde. Sousa, Damasceno, Almeida, Magalhães, & Ferreira (2019) na sua revisão fazem referência a determinados estudos que evidenciam a comunicação entre a equipa multiprofissional e para com os doentes como fatores

contribuintes para maiores níveis de satisfação. Neste campo, fazem ainda referência à necessidade de esclarecimentos e transmissão de informação traduzindo-se numa maior compreensão sobre os seus processos de cuidados, esclarecendo as suas dúvidas e necessidades.

Ainda relacionado com as competências não técnicas, Anguita, et al. (2019) sublinham a importância do processo de acolhimento e do estabelecimento inicial de relações positivas, a fim de se prestarem cuidados de saúde integrados ao doente e família, bem como uma avaliação e acompanhamento adequados. Este processo deveria ser iniciado logo no momento da triagem, perante uma abordagem clara, empática e acolhedora, através do qual fosse possível deixar as pessoas menos receosas, mais tranquilas e colaborantes na resolução dos problemas de saúde que as levaram ao serviço de urgência.

Reforça-se a necessidade, por parte das instituições, da promoção de atividades educativas para os profissionais dos serviços de urgência e emergência, a fim de melhorar a sua capacidade para lidar com a realidade do seu local de trabalho, prestando cuidados de saúde melhores e mais humanizados (Anguita, et al., 2019).

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Neste capítulo, e pela temática central exposta neste relatório, exponho as reflexões pertinentes relativas aos estágios realizados no segundo ano deste percurso. Numa primeira abordagem faço uma breve referência à caracterização dos locais, sendo que de seguida realizo uma reflexão propriamente dita com base nas competências propostas para o EE em EMC na área de abordagem à PSC.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A caracterização dos locais onde a prática foi desenvolvida inclui-se como parte integrante dos objetivos delineados. Na perceção das dinâmicas estruturais e organizacionais dos serviços, a sua caracterização é essencial de modo a perceber as metodologias de trabalho.

Neste sentido, este capítulo remete aos conceitos da estrutura organizacional e física dos locais de estágio.

O SU é a unidade de uma instituição de saúde que tem como objetivo abordar todas as situações de urgência e emergência (Jacquemot, 2005).

Contudo, nem todos os SU dos hospitais nacionais têm as mesmas características ou capacidades. O serviço de urgência onde realizei este estágio caracteriza-se como sendo um SU polivalente com centro de trauma, sendo o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência/emergência.

Relativamente à dinâmica, o SU engloba desde a sua vertente estrutural, organizacional, de gestão material até aos recursos humanos. A importância da dinâmica de um serviço relaciona-se com a perceção de como o serviço está organizado em toda a sua plenitude para que os resultados possam surgir, contribuindo para cuidados de saúde de excelência.

Quanto à sua organização estrutural, e abordando o seu enquadramento no Serviço Nacional de Saúde, o SU, como já referido anteriormente, apenas deve atender situações urgentes e emergentes. A utilização eficaz deste sistema de funcionamento é de extrema importância, para que os doentes verdadeiramente urgentes não vejam o seu atendimento atrasado nem complicado, pelo recurso incorreto ao SU, em circunstâncias consideradas não urgentes.

Um SU deverá estar equipado com recursos técnicos e humanos capazes de responder às situações urgentes mais frequentes. De acordo com esta abordagem, é importante salientar o sistema organizacional do SU no qual realizei este contexto de estágio, uma vez que na unidade 1 desta mesma instituição está em funcionamento o serviço de urgência geral de adultos, bem como o de pediatria, pertencendo ambos ao mesmo sistema de chefia e gestão integrada. Não podemos deixar de mencionar que a viatura médica de emergência e reanimação (VMER) desta área de abrangência se enquadra no sistema de gestão da unidade 1, tornando-se um serviço completo na atuação à PSC.

Este SU dispõe de cerca de mais de 100 enfermeiros, de entre os quais enfermeiros com formação especializada na PSC emergente, bem como noutras áreas de especialização. Possui ainda cinco equipas de enfermagem, cada uma com um elemento coordenador, ainda em fase de nomeação, sendo estes regidos pelo Enfermeiro Chefe, e por duas Enfermeiras com funções de gestão. Exibe ainda uma vasta equipa multidisciplinar de alta especificidade formativa para que seja possível apresentar um SU adequado, estruturado e que vá ao encontro das necessidades e exigências populacionais.

De acordo com o mencionado no parágrafo anterior, a dinâmica assistencial deste SU no que diz respeito à equipa de enfermagem pressupõe que estes sejam distribuídos de acordo com o seu nível mais diferenciado de formação. Em cada turno não há diferenciação no número de elementos na prestação de cuidados, sendo assim, um total de 15 enfermeiros. Desta forma, apresenta um elemento de enfermagem na coordenação da equipa do SU e são alocados de forma geral dois enfermeiros à triagem. Na sala de emergência temos dois elementos sendo que um está apenas de apoio à sala, enquanto o segundo presta igualmente apoio na área laranja. Estes dois elementos designados de “reanimas” são os mesmos que

asseguram a emergência intra-hospitalar. Na área laranja a distribuição pressupõe quatro elementos, sendo que um destes, como já mencionado, é o segundo enfermeiro reanima. Na restante alocação dispõe de três elementos, neste momento, na área respiratória, sendo que esta área é exclusiva ao plano de contingência da COVID-19. Esta área respiratória foi adaptada da usual área de atribuição a doentes com triagem verde e amarela, que passaram a integrar a área de alocação laranja. Na área cirúrgica e de ortopedia encontram-se mais dois enfermeiros. A área designada de “OBS”, sendo caracterizada como uma unidade de nível II, inserida no SU, dispõe de mais dois elementos.

Quanto à organização estrutural de referir também o seu enquadramento em termos de organização física do serviço. Desta forma, importante referir a transformação apresentada neste SU neste mesmo período de estágio, com a mudança de instalações. Durante o período de estágio pude constatar as necessidades e dificuldades inerentes à mudança de um espaço como o serviço de urgência, ainda para mais para um serviço com dimensões maiores e com uma maior carência de recursos humanos e materiais que nem sempre são possíveis de obter. Uma mudança positiva, na minha perspetiva, com a possibilidade de no meu percurso fazer parte do início de um novo serviço com tanto empoderamento como este.

O SU em causa dispõe de uma estrutura física composta e diferenciada, sendo importante referir as adaptações decorrente do contexto pandémico vivenciado, que tornou a área amarela, na área de alocação dos doentes respiratórios, determinada como “Área Respiratória”. Neste contexto, outro ponto importante a referir é que este serviço apresenta uma sala de trauma, uma vez que este centro hospitalar é uma referência em centro de trauma a norte do país.

Neste sentido, os pacientes são distribuídos de acordo com o seu nível de prioridade e de acordo com a especialidade atribuída após a triagem realizada pelo enfermeiro com formação específica para tal. O sistema de triagem implementado neste SU é o sistema de Triagem de Manchester, permitindo desta forma identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua (DGS- Direção Geral de Saúde, 2018).

Também, desta forma, é importante realizar a ponte com a necessidade de um enfermeiro com formação avançada na área de urgência e emergência, para que todos os cuidados inerentes sejam prestados com a mais elevada qualidade. Em serviços desta dimensão, a atuação do enfermeiro envolve articulações indispensáveis na assistência às PSC, com necessidades complexas. Além disto, o aprimoramento científico, a evolução tecnológica e a humanização assumem grande importância, devido à complexidade e particularidades das ações, bem como pelos recursos materiais e humanos mobilizados (Martins & Alves, 2018).

Neste contexto e após desempenho de funções práticas e diretas em contexto de urgência, penso ser fundamental, num enfermeiro a desempenhar funções nesta área de atuação, ter bem desenvolvidas noções clínicas mais pormenorizadas, de modo a permitirem-lhe prever situações de risco, bem como atuar de forma imediata perante o inesperado. Para tal, é de igual forma fundamental, o evoluir da sua destreza prática/técnica, bem como da sua visão clínica, gestão de stress e emoções, gestão de tempo e prioridades, sempre tendo em conta a base científica mais recente e adequado ao contexto da prática.

O último contexto de estágio decorreu no âmbito da emergência extra-hospitalar, na delegação da região norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Esta instituição é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um sistema integrado de emergência médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. Perante isto, é possível a adequação de vários meios para responder com eficácia a qualquer situação de emergência médica. Entre os vários meios disponíveis, saliento as ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) e as viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER), uma vez que foram os locais propostos para a realização deste estágio. Especificamente, realizei um total de 180h de estágio, distribuídas entre 140h em meio SIV e 40h na VMER.

No que diz respeito à VMER, esta é tripulada por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica (ministrada pelo INEM) em emergência médica, nomeadamente em suporte avançado de vida (SAV) e dispõem de equipamento

adequado. Estas viaturas encontram-se nas bases hospitalares e sob a sua gestão, atuando 24 horas na dependência direta do CODU, podendo ser ativadas para efetuar “*rendez-vous*” com outros meios, quando se verifica que o meio acionado inicialmente é insuficiente. Os seus objetivos são a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (INEM, 2013).

No início de 2007, com a reestruturação da rede de urgências, surgiram as ambulâncias SIV que se destinam a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de SAV, sendo a tripulação composta por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência (TAE) e visa a melhoria dos cuidados prestados em ambiente extra-hospitalar à população, sobretudo àquela que se encontra mais distante dos grandes centros urbanos. O enfermeiro tem a possibilidade de administrar fármacos e realizar atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão clínica (CODU).

Relativamente aos turnos realizados na emergência extra-hospitalar, foi-me proposta a realização do maior número de horas (140h) em contexto de SIV. A SIV onde desempenhei o contexto prático foi numa zona mais rural a norte do país, tonando-se numa experiência muito gratificante uma vez que este meio corresponde, em muitos casos, ao único contacto disponível de urgência e emergência com os serviços de saúde hospitalares, dada a distância dos locais aos centros urbanos.

Na VMER, o decorrer da prática sucedeu-se num veículo alocado a um centro hospitalar numa área urbana de grande abrangência populacional, tendo sido possível a perceção das dinâmicas que permitem diferir um meio do outro.

Na ambulância SIV ao contrário da VMER, realizei toda a minha formação sob orientação da mesma enfermeira tutora, o que considerei uma enorme mais-valia pela orientação mais delineada e apoiada, pela segurança transmitida, bem como pela partilha de conhecimentos, experiências e competências.

4.2. CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA

A aquisição de competências durante o processo formativo, possibilita a prestação de cuidados especializados, tendo em conta os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, contribuindo para exercer boas práticas e para a segurança dos cuidados prestados.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O enfermeiro especialista é entendido como o profissional a quem se reconhece competência específica científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que aos cuidados à PSC diz respeito, é relevante afirmar a sua importância excepcional, perante uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016) (citado por Ordem dos Enfermeiros (2017)).

Tendo em conta as competências comuns e específicas do EE determinadas pela Ordem dos Enfermeiros, elaborei objetivos gerais e específicos de modo a corresponder a um desempenho profissional de excelência, e executando atividades tendo sempre como foco de atenção à PSC e sua família e/ou pessoas significativas.

A determinação destes objetivos e atividades para a sua concretização permitiu-me uma reflexão crítica sobre o meu desempenho como futura EE em EMC na área de especialização em enfermagem à PSC, tendo em conta os domínios de competências que nortearam a minha prática diária, tornando fundamental para o meu enriquecimento pessoal e profissional, bem como mecanismo facilitador na elaboração deste relatório de estágio.

O cuidar com qualidade a PSC implica que o enfermeiro se preocupe e aumente o seu “leque” de intervenções para cuidar também da sua família, por esta vivenciar um momento de grande vulnerabilidade sob elevados níveis de stress. Segundo Gonçalves, Marques, Moura, & Rabiais (2015), o processo de hospitalização traduz uma forte ameaça à integralidade da família e a implementação de intervenções de Enfermagem específicas e direcionadas a cada uma das famílias pode facilitar este processo de adaptação/transição.

Neste sentido e de acordo com o Regulamento 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, torna-se essencial o desenvolvimento de competências específicas que enquanto futura EE me permitam considerar a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC e ou falência orgânica e sua família. Desta forma, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com esta fundamentação e com base na referenciação para as competências específicas do EE em EMC, estabeleci, no decorrer do meu percurso, objetivos específicos que me permitissem alcançar estas mesmas habilidades. Os objetivos definidos e que se enquadram à luz desta competência prendem-se com analisar a importância da prática de humanização de assistência; executar cuidados de enfermagem eficazes e fundamentados numa perspetiva de enfermagem médico- cirúrgica; aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções características da assistência à pessoa em situação crítica em cada um dos seus serviços; adquirir competências práticas na utilização de técnicas/equipamentos tecnológicos específicos na abordagem à pessoa em situação crítica.

Referenciando a partir deste parágrafo o contexto de estágio referentes à UC “Estágio Final e Relatório”, no **serviço de urgência (SU)** vários são os pressupostos que influenciam a tomada de decisão dos profissionais de saúde, podendo comprometer a segurança e os direitos das pessoas doentes, como sendo a elevada carga de trabalho, a carência de recursos humanos, problemas de sobrelotação, pressão constante para reduzir tempos de atendimento, entre as demais problemáticas inerentes a este contexto de atuação stressante. Neste sentido, refletir de modo sistemático sobre as ações que comprometem as tomadas

de decisão, e os cuidados de saúde prestados neste contexto tornou-se essencial para a colocação em prática de estratégias adaptativas que assentem numa melhoria do cuidado à PSC e sua família.

De acordo com esta competência, e ressalvando sempre a pertinência deste subcapítulo face ao cuidado à PSC e sua família, a perceção de comportamentos que pudessem ser contributivos para uma dificuldade na relação terapêutica tornaram-se pontos essenciais na minha prática, de forma à adequação de estratégias que fossem capazes de reconhecer o impacto das transições na relação terapêutica junta da PSC e sua família, bem como a adaptação de estratégias de comunicação interpessoal que gratificassem o papel da humanização neste contexto de prática de enfermagem tão adverso.

Cada vez mais nos serviços de urgência e emergência existe a necessidade de uma estabilização rápida e eficaz à PSC, com exigência constante da agilidade e objetividade da prática, contribuindo para o descorar da observação das particularidades de cada pessoa, que muitas vezes se encontram com elevados níveis de stress, angústia, receios e inseguranças, traduzindo-se por comportamentos mais hostis, e por vezes erroneamente interpretados.

Na minha prática em contexto de estágio, verifiquei vulgarmente a dificuldade na adequação de uma prática humanizada. Fui igualmente capaz de verificar algumas problemáticas que contribuem para esta fragilidade, tais como o stress constante a que os profissionais estão sujeitos, a sobrelotação do SU, por vezes a incompatibilidade no trabalho de equipa, as condições físicas e estruturais, a inadequação dos recursos humanos. Todos estes são aspetos verificados que comprometem a qualidade do atendimento no SU. O serviço em questão obteve melhorias estruturais e físicas no decorrer da minha prática, onde fui capaz de percecionar os aspetos de melhoria. Contudo apesar da melhoria da estrutura física, que consistiu pelo aumento de espaço como um dos pontos, pude também refletir que este aspeto veio potenciar o agravamento na implementação de um processo de humanização eficaz. A adequação do espaço para uma área maior e no meio caótico e sobrelotado de um SU, leva a que por vezes as pessoas doentes estejam dispersas e seja difícil localizá-las em tempo útil para uma prática de cuidados de saúde de qualidade. Outro fator que compromete em grande escala, é

a dificuldade na adequação dos recursos humanos suficientes. Uma prática humanizada exige tempo, predisposição, atenção e adequação, o que por vezes os profissionais de saúde, no decorrer da sua prática sobrecarregada e emergente, descuidam.

É importante, neste sentido, salientar a importância do enfermeiro, que, como líder, é também responsável por coordenar e gerenciar a assistência prestada à pessoa doente, exercendo influências não somente na equipa de enfermagem, mas em todos os membros integrantes da equipa multidisciplinar. Os enfermeiros exercem uma liderança fundamentada no conhecimento das habilidades, características individuais e necessidades de todos os membros da equipa. O profissional de enfermagem deve estar em constante atualização de conhecimentos para que dessa forma se possam desenvolver e pôr em prática habilidades no campo da humanização. O papel do enfermeiro especialista neste âmbito tornar-se primordial para a sensibilização direcionada para esta área, e através do conhecimento e desenvolvimento de protocolos de atendimento, que auxiliem a prática quotidiana, potenciando um trabalho mais adequado, organizado e de qualidade para todos os envolvidos no processo de saúde- doença, onde a prática do cuidado humanizado pode ser considerada como alicerces consistentes para um cuidado de qualidade.

A prática humanizada em sala de emergência (SE) ainda mais dificuldade de aplicabilidade pode apresentar, pela complexidade dos processos patológicos apresentados. Em contexto de SE, a necessidade de uma estabilização rápida da PSC contribui para uma anulação dos seus receios e angústias, bem como os das suas famílias que vivenciam toda a problemática externamente. Esta dificuldade juntamente com o contexto pandémico vivenciado, em que as restrições ainda se tornam mais alargadas, elevam os níveis de ansiedade e descontentamento perante os cuidados de saúde.

No que diz respeito à presença de familiares no SU apesar do contexto pandémico em que vivemos e as suas restrições inerentes, pude experienciar a presença de familiares na SE em situações excecionais, que muita diferença fez no bem-estar da pessoa que ali se encontrava em situação crítica, envolta nas suas angústias e ansiedades.

A prestação de cuidados de enfermagem no SU deve ser centrada na pessoa doente e respetiva família. No entanto, a complexidade dos cuidados prestados à PSC num serviço desta natureza, pode fazer com que se negligencie, em alguns momentos, a família. As necessidades familiares são muitas vezes colocadas em segundo plano já que num contexto de urgência e emergência, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades imediatas da pessoa que cuidam (Fulbrook et al., 2007) (citado por Batista, et al. (2017). O direito ao acompanhamento nos SU do Sistema Nacional de Saúde está legalmente reconhecido em Portugal (Lei nº 15/2014 de 21 de março). No entanto, está consagrado na lei que existem situações que, pela sua natureza, podem comprometer a ação dos profissionais de saúde. Importa referir ainda neste sentido, que face a este contexto pandémico e de acordo com as medidas implementadas de forma a reduzirem-se as cadeias de transmissão, foram determinadas orientações centrais para que se mantivesse o direito ao acompanhamento das pessoas nos serviços de saúde, como o serviço de urgência (DGS, 2020).

O enfermeiro, além da prestação de cuidados à PSC, é também responsável pelo apoio e acompanhamento da família. A experiência vivenciada pela família da PSC é única, intensa e muito emocional uma vez que está associada ao risco de vida do seu familiar sendo necessário o seu acompanhamento para uma melhor gestão de fatores desencadeantes de stress.

Num contexto de urgência e emergência, o cuidado de enfermagem à família da PSC tem características únicas e exige do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios desta prática (Sá et al., 2015) citado por (Batista, et al., 2017). O EE apresenta-se com capacidades direcionadas a este campo de atuação através da sua formação específica. Na minha prática tentei sempre perspetivar a minha opinião relativa a esta temática perante conteúdo devidamente fundamentado, para que, apesar da situação atual, se pudessem abrir precedentes de acordo com as normas instituídas, mas igualmente assentes numa perspetivo ético-legal bem estruturada.

Para que este apoio seja verificado e para que o acompanhamento se verifique adequado, torna-se importante um processo comunicativo eficaz, onde a comunicação de más notícias deve ser algo presente de forma transparente e

esclarecedora. A PSC e sua família necessitam de ser informadas constantemente da situação potencialmente ameaçadora da vida que a levou àquele contexto de urgência/emergência. Como já referido anteriormente, com a agitação dita natural de um SU, esta comunicação muitas vezes é descorada, sendo a preocupação essencial em restabelecer as funções vitais comprometidas.

Os protagonistas da comunicação de más notícias são os profissionais de saúde, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades da pessoa e da família (Pereira M. A., 2008).

A comunicação de más notícias pode gerar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde – por exemplo, relacionados com o que dizer, como, quando, onde, com quem –, por isso há que desenvolver competências de deliberação ética, de informação e na comunicação, na formação e na prática clínica (Nunes, 2016).

Atualmente, em Portugal a necessidade de informação ao doente e família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, e que está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto revogada pela Lei nº 95/2019, de 4 de Setembro). Apesar desta consagração é notória uma dificuldade dos profissionais em comunicar estas situações.

No meu estágio no SU pude constatar a situação de um jovem, vítima de atropelamento em que em momento algum, após estabilização do mesmo, foi pressentida a necessidade de comunicação à família do sucedido, -situação esta que me causou ansiedade e uma certa angústia. Deste modo, apresentei esta situação ao enfermeiro Tutor, bem como à médica responsável da SE para que a família fosse informada relativamente ao sucedido.

Outra situação que acho pertinente referir foi referente a duas vítimas de choque séptico, em que as suas funções estariam gravemente comprometidas, apresentando disfunções multiorgânicas graves, com necessidade de entubação orotraqueal, sedo-analgésia e aminas vasopressoras. Em ambos os casos, as vítimas já se encontravam na SE há bastante tempo e até ao momento da possível

transferência ainda não tinham explicado o potencial diagnóstico e percurso a seguir para a estabilização terapêutica. Após o meu alerta referente à situação, a equipa comunicou e explicou o sucedido à pessoa e sua família. Pude verificar que as pessoas em situação crítica, naquele momento, por mais dúvidas e receios que apresentem têm alguma dificuldade de questionar o que se passa com elas próprias. Cabe aos profissionais de saúde perceber estas situações complexas, refletir sobre a pessoa para além do seu processo patológico para que o conforto e a redução da ansiedade sejam possíveis.

Face a esta questão da informação pude também constatar que em determinadas situações existe aquela dualidade referente a quem tem o dever de prestar essa comunicação. Contudo, é importante mencionar que o enfermeiro, do mesmo modo que outro profissional de saúde no âmbito da sua atuação, apresenta o dever de informar a pessoa e sua família no que respeita aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nunes (2015) no seu artigo faz referência aos dilemas referentes à comunicação, especialmente no que diz respeito a quem tem o dever de informar, a quem e em que circunstâncias. Menciona ainda que no que tange às pessoas doentes, esta problemática apresenta-se como uma dificuldade, em função da emergência ética, na urgência de transmitir informação diagnóstica difícil. Do ponto de vista humano, a gestão daquilo que não se sabe bem como dizer torna especialmente complexa a tomada de decisão do enfermeiro.

Ainda de acordo com esta temática do dever da informação, não podemos deixar de referir outro pressuposto além da mera comunicação. O ato de comunicar informando vai ao encontro do dever do sigilo profissional bem explícito no código deontológico dos enfermeiros no artigo 6º (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Daqui se depreende que a informação a fornecer será apenas aquela que reverta em benefício do próprio e/ou família como prestador de cuidados e sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação a preservar.

Durante o período em que desenvolvi o meu estágio e perante esta reflexão constante pude adequar de dia para dia a minha prática no sentido de um cuidado mais humanizado, em que os sentimentos, valores e predisposições das pessoas

são valorizadas, bem como a das suas famílias. Pude ainda em diversas situações e apesar das restrições impostas permitir que em alguns casos específicos os familiares prestassem apoio direto, contribuindo para uma tranquilização de ambas as partes e uma melhor adequação dos cuidados prestados tendo sempre em conta o processo terapêutico.

Ainda referente a este subcapítulo e de acordo com estágio no SU, indo ao encontro dos critérios de avaliação relativos à primeira competência específica apontada no Regulamento nº429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, fui capaz e diagnosticar precocemente complicações inerentes à prática, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações advindas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desta forma, aferir a necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com competências técnicas específicas mais utilizadas nos cuidados prestados à PSC foi uma constante, ainda mais na área de alocação respetiva à SE, uma vez que foi o local onde mais pude prestar cuidados diferenciados e que maior gratificação em termos de aprendizagem me proporcionou.

Em contexto de SE muitos são os procedimentos executados de forma emergente para a estabilização da PSC, tendo estes sido observados, e prestada colaboração por mim, no sentido da perceção do papel diferenciado do EE nestes contextos.

Para que a aferição de conhecimentos fosse uma constante e perante as dificuldades encontradas na minha prática e mesmo pelo tipo de patologias, técnicas e procedimentos que mais constatei como fatores ou dificultadores ou, de certa forma, mais frequentemente realizados, desenvolvi uma revisão normativa relativa à ativação da Via Verde AVC (Apêndice II- Critérios Ativação Via Verde AVC), com a exposição dos critérios de ativação, bem como conceitos e abordagens relativos à temática em questão. Relativamente à aferição de competências mais técnicas pude perceber como uma dificuldade tanto minha como da equipa de enfermagem em geral, a utilização do equipamento de compressão torácica mecânica (AutoPulse®) em contexto de emergência. Este procedimento torna-se pouco utilizado, uma vez que a sua prática na colocação, bem como formação inerente é escassa. Neste sentido, desenvolvi um outro

documento informativo e respetivo póster, de modo a desmistificar dúvidas na sua colocação e utilização (Apêndice III- AUTOPULSE®- Guia de Utilização Prática; Apêndice IV- Póster AUTOPULSE®). Estes documentos foram apresentados e expostos no serviço para que se tornassem visualizados por toda a equipa de enfermagem, encorajando também à utilização deste equipamento recentemente disponível.

O EE desempenha um papel fundamental de antecipação das situações potencialmente de risco em doentes com disfunções orgânicas graves e que necessitam de cuidados distintos de emergência, e com o mais alto nível de qualidade. Para que estes cuidados sejam prestados da forma mais eficiente, eficaz e ágil possível, torna-se necessário o aprofundar constante de conhecimentos baseados na evidência científica mais atual. O papel do EE torna-se essencial e as suas funções tornam-se evidentes nas diferentes áreas de atuação, tanto como a triagem, a SE, a emergência intra-hospitalar, e no transporte da PSC tanto a nível intra como inter-hospitalar. O EE é capaz de prever riscos, garantir e otimizar os cuidados com base na formação específica que adquiriu.

Para Aehlert (2007) citado por (Ferreira, Fernandes, Jesus, & Araújo, 2020), a prestação de cuidados, no contexto de emergência, deve procurar a restauração rápida da viabilidade ventilatória e circulatória, com preservação dos órgãos vitais. Neste sentido, os cuidados de enfermagem a este tipo de doentes são altamente especializados, atentando principalmente à prevenção de complicações e minimização da incapacidade, carecendo de profissionais com formação adequada à prestação destes cuidados.

No que à SE diz respeito, a Circular Normativa 002/2018 publicada pela DGS (2018) reforça que, dada a complexidade dos doentes alocados à SE, a equipa aí adstrita deve ser detentora de formação especializada específica, da responsabilidade da instituição, de forma a responder com eficiência às situações que sejam de origem interna ativadas através da triagem de prioridades. Para além, da formação específica proporcionada pela instituição, que nem sempre se torna possível, um enfermeiro proativo, capaz de reconhecer as suas necessidades formativas e optando pelo caminho da formação superior especializada, apresenta

todas as valências necessárias a este nível de cuidado de qualidade em contexto de emergência.

O enfermeiro a desempenhar funções em contexto de SE necessita de demonstrar conhecimentos e habilidades em Suporte Avançados de Vida (SAV), que se encontra previsto um dos critérios de avaliação para o desempenho das competências como EE em EMC na área de atuação à PSC. Desta forma, para o desempenho de funções nesta área é necessário a detenção desta certificação, bem como tempo de integração/ formação.

Outro dos fatores a mensurar paralelamente ao trabalho seguro desempenhado pelos enfermeiros na SE, prende-se além das competências necessárias com o número de profissionais adequados para uma dotação segura na prestação do cuidado de emergência à PSC. Desta forma, e no contexto da minha experiência de estágio pude constatar a existência de uma SE com capacidade para quatro pessoas em simultâneo, contudo com apenas dois enfermeiros destacados para o efeito. Perante este pressuposto, tornou-se importante para mim refletir acerca desta problemática identificada.

A alocação de enfermagem à SE carece de formação adequada no que ao SAV diz respeito. A Circular Normativa 002/2018 da DGS faz referência à alta complexidade dos doentes alocados à SE, sendo que a equipa aí adstrita deve ser detentora de formação especializada, da responsabilidade da instituição, específica, de forma a responder com prontidão às situações quer sejam de origem interna quer através da área de triagem de prioridades.

O Parecer Nº14/2018 da Ordem dos Enfermeiros refere ainda que pela exigência normativa parece-nos que o profissional detentor do título de EE em EMC é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades de cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Do mesmo modo, o Regulamento nº743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, recomenda que os enfermeiros que asseguram as funções respetivas à SE, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Contudo e como é referido por Ferreira, Fernandes, Jesus, & Araújo (2020), a especificidade dos cuidados numa SE é difícil de mensurar. Em Portugal, não existem números concretos de dotação segura para alocação dos enfermeiros à SE, nem normatização acerca da necessidade de exclusividade de funções em relação aos enfermeiros que aí prestam cuidados. Neste sentido, torna-se difícil a adequação de números com base em investigações concretas, ainda mais sendo esta uma área tão imprevisível e talvez a mais imprevisível em termos de lotação do SU.

De acordo com esta fundamentação, é de fácil perceção o papel fundamental do EE em EMC no SU, com formação adequada à PSC. O estudo conduzido por Drennan (2012) citado por (Costa & Gaspar, 2017) refere mesmo a necessidade de programas de Mestrado em Enfermagem, mencionando o impacto positivo nas capacidades de liderança e habilidades de gestão do enfermeiro que podem ser aplicadas no local de trabalho.

Em paralelo é importante a menção às competências adquiridas respeitantes à PSC e sua família no último contexto de estágio relativo à **emergência extra-hospitalar** e de acordo com a competência mencionada, foi essencial numa primeira fase a perceção do papel do enfermeiro como elemento decisor neste contexto de atuação, bem como fazer uma breve reflexão relativa à gestão na administração de protocolos terapêuticos complexos como o mencionado no Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros referente às competências do EE em EMC na área de atuação à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O ambiente do exercício de enfermagem extra-hospitalar reveste-se de peculiaridades de intervenção, com uma envolvimento que reflete aspetos de orgânica e dinâmica singulares, com ação em lugares diversos, com necessidade de recurso a outros pares com diferentes aptidões e interações.

No contexto de exercício desta área de atuação está implícita a tomada de decisão partilhada, com base nas competências individuais, contudo preconiza-se um modelo de liderança assente num *“team-leader”*, onde o enfermeiro exerce fundamentalmente esse papel.

Neste sentido e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros na sua tomada de posição EP01/07, o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Mais atual, o Regulamento nº 226/2018 da Ordem dos Enfermeiros, afirma igualmente que o enfermeiro de emergência extra-hospitalar é detentor de um conhecimento sistematizado, bem como competência efetiva e demonstrada nesta área de atuação até ao momento de transição para a unidade de saúde destinatária (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No que diz respeito ao perfil de atuação em extra-hospitalar designadamente nos meios SIV, os cuidados de enfermagem estão assentes em protocolos específicos de atuação que necessitam por parte do enfermeiro com competência para o efeito de um diagnóstico precoce das complicações, com respostas de enfermagem apropriadas às complicações e uma monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo Mota, Cunha, & Santos (2020), os cuidados de enfermagem assentes em protocolos terapêuticos e de intervenção são amplamente utilizados a diferentes níveis da prestação de cuidados de saúde, sendo que no contexto de emergência extra-hospitalar é igualmente uma realidade. Neste caso em concreto, diferentes algoritmos respondem a diferentes quadros clínicos. Os enfermeiros conduzem as suas intervenções e tomam as suas decisões de acordo com a melhor evidência científica.

A autonomia do enfermeiro no meio SIV e a exigência no exercício das suas funções de enfermagem advém do facto de o enfermeiro trabalhar em equipa apenas com um TAE, recaindo sobre si a responsabilidade da avaliação e decisão no momento de cada ocorrência sobre as intervenções a realizar, uma vez que é o elemento diferenciado (Oliveira & Martins, 2013).

De acordo com esta autonomia e responsabilidade como “*team-leader*” no local encontra-se sobre alçada do médico presente no CODU para validação das suas decisões terapêuticas baseadas nos protocolos de atuação.

No contexto de emergência extra-hospitalar, e em ambientes particularmente hostis, a capacidade de gestão assume contornos mais complexos e de maior dificuldade, pelo que se impõem tomadas de decisão firmes, mas solidárias, e suportadas pela melhor evidência científica com ajustes mandatórios às singularidades dos envolvidos (Mota, Cunha, & Santos, 2020).

De acordo com o exposto e refletindo acerca das minhas experiências neste contexto de estágio deparei-me com a necessidade da perceção da implementação do protocolo de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) instituído no meio de SIV, bem como na sua legitimidade ético-legal.

De facto, as situações de acionamento do meio SIV que se confirmem como sendo de PCR obrigam ao início de manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), que em muitas das situações a inviabilidade na recuperação é praticamente certa.

Esta foi uma realidade constante na minha prática, revestindo, a meu ver, uma significativa importância na prática de enfermagem extra-hospitalar, dado que em causa está a dignidade humana.

Na minha experiência mais frequente, os acionamentos por PCR, que se centraram na maioria dos acionamentos por mim vivenciados, eram acompanhados de VMER, contudo existiram casos em que tal não foi possível por não disponibilidade do meio, tendo o meio SIV de assumir o protocolo de PCR na sua íntegra. Dois casos em concreto fizeram com que a minha reflexão fosse mais vincada, estando estes relacionados com uma vítima de 95 anos do sexo feminino, previamente dependente e sem vida de relação, bem como uma vítima do sexo masculino de 47 anos, que embora com idade mais jovem apresentava uma doença oncológica terminal metastizada, com presença de “mau estado geral” e dependência elevada prévia.

Perante a exposição deste dois casos o que se sucedeu foi a instituição do protocolo PCR. Este meio uma vez que não exerce a sua função com médico no

local tem de implementar as medidas de RCP previstas e protocoladas. Esta problemática da ocorrência da morte das pessoas doentes no âmbito destes meios de atuação e sem a presença de um médico para a certificação do óbito, complica-se ainda mais perante situações como as mencionadas. Em ambas as situações, na minha perspetiva e reflexão, o início das manobras de RCP foram sentidas como uma agressão a um corpo que precisa de mais cuidados de conforto, do que procedimentos invasivos.

A necessidade de seguimento integral de protocolos nestas circunstâncias de ausência de equipa médica, deixam o enfermeiro exposto à decisão ético-legal de cumprimento das ações previstas. O recurso a protocolos em meios como a SIV permitem suportar a prática de enfermagem na ausência de um médico, contudo levantado diversas questões. A defesa e necessidade do uso de protocolos nestas realidades emergentes são um facto, proporcionando apoio, suporte e fundamentação científica, permitindo a execução de ações concretas perante circunstâncias clínica concretas (Ebben, et al., 2015).

O INEM (2011) menciona que está definido que todas as pessoas vítima de PCR devem ser reanimadas e os esforços de reanimação só podem ser terminados por decisão médica. Fora dos hospitais, em que na maioria dos casos, não se tem acesso a informação clínica detalhada e precisa sobre a pessoa doente e o tempo é escasso, a RCP deve ser iniciada sempre, e tão breve quanto possível, mesmo que existam dúvidas sobre o tempo real de PCR, e/ou sobre a existência de doença grave pré-existente. Por isso, e até à chegada do meio mais diferenciado com capacidade para medidas de SAV, as manobras de RCP devem ser iniciadas e mantidas. Este procedimento, que poderá ser rotulado de fútil, é defendido pelo princípio da dúvida.

O que se verificou na minha atuação prática, foi que perante a ausência do meio mais diferenciado e, conseqüentemente, sob a presença de um médico, insurgiu a necessidade de transporte da pessoa em manobras até à unidade hospitalar mais próxima após instituídos diversos procedimentos de SAV com validação pelo médico presente no CODU.

Como referem Oliveira & Figueiredo (2014), a questão do tempo e a situação clínica e física das pessoas em PCR levam os enfermeiros a refletir sobre a legitimidade do início de manobras de RCP na maior parte das situações de PCR. Se, por um lado, o enfermeiro tem a percepção de que é desadequado e infrutífero proceder à RCP por questões de natureza ética, por outro lado, legalmente é obrigado a executar um protocolo que está instituído, sob pena do seu incumprimento poder ser punido judicialmente.

Este foi um dos problemas centrais que identifiquei na prática da atuação em contexto de emergência extra-hospitalar, em que se implementam as mesmas formas de atuação para todas as situações de PCR, sem contemplar a Decisão de Não Reanimar (DNR), independentemente das muitas situações em que a tentativa de reanimação é fútil.

Oliveira & Figueiredo (2014), referem que existe claramente um conflito entre o que é eticamente considerado como boa prática e o que legalmente está definido, mencionando ainda vários documentos legislativos nomeadamente Lei nº 45/2004 de 19 de Agosto que determina o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses, no seu Artigo 14º e a Lei nº 141/99 de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte no Artigo 3º, definindo claramente que a verificação dos óbitos é da competência dos médicos, nos termos da lei. Referem também que se do ponto de vista legal o procedimento de RCP é uma imposição, do ponto de vista ético surgem algumas implicações que levantam questões como se não serão os nossos cuidados, nomeadamente de RCP, uma agressão ao seu corpo.

Sabemos que a morte é uma realidade certa e incontestável. Desta forma, torna-se necessário refletir sobre a nossa prática e reconhecer os limites da tecnologia e da ciência procurando humanizar os cuidados perante a morte.

Neste sentido, refletir sobre o papel do enfermeiro no meio SIV perante a instituição de um protocolo PCR em todas as pessoas vítimas da mesma condição, leva a que questões éticas e, fundamentalmente, humanas sejam colocadas em cima da mesa. Repensar a competência do enfermeiro em contexto de emergência extra-

hospitalar no que diz respeito ao DNR é e será uma temática fundamental para o bem da dignidade humana perante a condição de fim de vida.

Para além desta reflexão amplamente fundamentada senti igualmente necessidade de identificar estratégias face a uma problemática constatada e inerente à atuação no terreno- a hipotermia- e de que forma que os fatores ambientais como o frio podem modificar os comportamentos de atuação e comprometer uma recuperação viável da PSC.

Neste sentido, e após reflexão relativa à prática de enfermagem em contexto de emergência extra-hospitalar, verifiquei a hipotermia como um dos fatores de difícil controlo nos diversos ambientes adversos decorrentes deste tipo de emergência, considerada de primeira linha na abordagem à PSC.

A pertinência para a reflexão relativa a este tema surge do facto do estágio de SIV ser realizado numa região mais a norte, em que as temperaturas são naturalmente mais baixas no inverno e que na altura do ano em específico até neve se verificou. Perante isto, e pela dificuldade de controlo térmico neste contexto de abordagem à PSC percecionei como pertinente alertar para a importância do controlo da hipotermia, ainda mais sendo um dos fatores de mau prognóstico no trauma, bem como fazer referência a estratégias adaptativas. Esta reflexão traduziu-se num trabalho de fundamentação teórica apresentado aos enfermeiros que exercem a sua atuação neste meio (Apêndice VII- A Hipotermia como Fator de Risco na Emergência Extra-Hospitalar).

A hipotermia em contexto da emergência extra-hospitalar está permanentemente presente como um dos fatores preditivos de agravamento fisiopatológico na PSC.

Todas as PSC, ou não, em contexto extra-hospitalar ficam hipotérmicos devido à doença ou lesão, especialmente nas pessoas com traumatismos graves, onde a incidência pode variar entre 13,3% e 43% em vários ambientes extra-hospitalares em todo o mundo (Haverkamp, Giesbrecht, & Ten, 2017).

Importante, neste sentido, lembrar a hipotermia como sendo um dos componentes da chamada “tríade letal no trauma”, juntamente com a acidose metabólica e a coagulopatia (Mota M. , et al., 2020). Os mesmos autores referem

que a hipotermia afeta cerca de 60% das pessoas vítimas de trauma severo, contrariamente aos valores mencionados anteriormente referentes à incidência em todos os tipos de trauma.

O meio de atuação extra-hospitalar está assente em diversos ambientes adversos, sobretudo climáticos, o que torna a hipotermia como um fator a ter em atenção. Igualmente, o ambiente de uma ambulância apresenta-se como um espaço frio e desagradável, onde a utilização de mecanismos de aquecimento são essenciais de modo a prevenir a hipotermia. Aléx, Uppstu, & Saverman (2017), afirmam que manter uma temperatura interna normal dentro do compartimento da ambulância no inverno torna-se difícil devido às baixas temperaturas ambientes e à falta de sistemas de aquecimento adicionais. Referem ainda que uma temperatura ambiente de 27°C é necessária para que o corpo seja capaz de manter a normotermia.

Durante o processo de abordagem à PSC no extra-hospitalar, a hipotermia poderá ser negligenciada, uma vez que lesões mais graves requerem intervenção urgente e mais imediata. Na verdade, um dos princípios fundamentais da ressuscitação do trauma é o “E” para exposição de modo a garantir a identificação completa de lesões e níveis de temperatura. No entanto, em muitos casos, os dispositivos de aquecimento não estão disponíveis e a temperatura pode nem mesmo ser registada.

Para que tal acontecimento possa ser contornado e se garantam melhorias nos “*outcomes*” associados à hipotermia no extra-hospitalar, vários autores mencionam estratégias adaptativas que permitirão reduzir a incidência desta problemática.

Perlman, et al. (2016) referem que a ênfase deve ser primeiramente colocada na prevenção e depois no tratamento. Desta forma, o aquecimento da pessoa no extra-hospitalar torna-se essencial, uma vez que no trauma, por exemplo, é difícil reaquecer a PSC, pois o calor perdido já foi considerável.

Os métodos de aquecimento mencionados na literatura apresentam-se como métodos de reaquecimento externo passivo, reaquecimento externo ativo e reaquecimento interno (Perlman, et al., 2016).

Entende-se por reaquecimento ativo o aquecimento cujo o calor é fornecido à pessoa a partir de uma fonte de calor exógena. Já o reaquecimento passivo ocorre quando a pessoa é isolada do ambiente, permitindo que a produção de calor endógena aumente a temperatura central. Por último, o reaquecimento interno ou invasivo, é quando o calor é aplicado diretamente no organismo do paciente (Mydske & Thomassen, 2020).

O reaquecimento interno ativo é usado para hipotermia moderada a grave. O reaquecimento interno restaura a temperatura aos níveis normais numa taxa mais rápida do que os métodos de superfície, estando associado a uma normalização mais rápida do débito cardíaco.

Vários autores afirmam que no extra-hospitalar o princípio norteador deve centrar-se na monitorização da temperatura corporal central. Contudo, referem também a dificuldade neste contexto de uma monitorização eficiente, pelo que recomendam que todos as pessoas sejam aquecidas imediatamente usando técnicas de aquecimento ditas de nível 1, como: remoção de roupas molhadas, cobertores quentes, aumento da temperatura ambiente.

Segundo Aléx, Karlsson, Bjornstig, & Saveman no seu artigo (2015), bem como noutro estudo por Aléx, Uppstu, & Saverman (2017), a existência de um colchão aquecido em contexto extra-hospitalar face a um colchão padrão/normal é mais agradável e mais eficaz. Este meio de aquecimento permite a obtenção de aquecimento ativo externo. Acrescentam ainda que alguém que sofra de hipotermia leve tem, entre outras problemáticas já mencionadas, um risco acrescido de contrair uma infeção, tendo como consequência inerente um período de cuidado prolongado, o que do ponto de vista socioeconómico, leva a um aumento dos custos inerentes aos cuidados de saúde. Equipar ambulâncias com colchões aquecidos leva a um melhor atendimento e à redução de riscos, fazendo com que menos pacientes sofram complicações acrescidas. Desta forma, este mecanismo constitui um desenvolvimento de cuidado inovador, barato e simples de implementar.

Contrariamente, Perlman, et al. (2016), no seu artigo afirma que o colchão aquecido com ar não se mostrou eficaz para pessoas em situação crítica vítimas de trauma

grave, uma vez que apenas uma parte limitada da superfície corporal é que entra em contacto com o mesmo, potenciando o aparecimento de queimaduras.

Após esta análise detalhada foi possível verificar as diversas alternativas na prevenção da hipotermia no extra-hospitalar. Vários estudos fazem referência aos diversos mecanismos de reaquecimento verificando-se uns como mais eficientes relativamente a outros, muito também de acordo com o tipo de vítima. Em concordância, apresentam-nos sempre a prevenção, tendo sempre como base de atenção o aquecimento da pessoa, bem como a monitorização da temperatura central, procurando alternativas às implementadas sempre que a situação assim o justifique.

O cuidado à PSC e sua família engloba desde a vertente humana e social, à vertente técnica e fisiológica, sendo necessária uma reflexão constante da prática para uma adequada implementação de estratégias que permitam um cuidado de saúde diferenciado e de qualidade. O EE em EMC é parte integrante e central para um cuidado global focado na pessoa em toda a sua globalidade.

4.3. DINAMIZAÇÃO DA RESPOSTA DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

A enfermagem consagra-se como uma das profissões mais envolvidas no atendimento e resposta às situações de urgência, emergência e catástrofe.

Os enfermeiros são profissionais que precisam apresentar competências com a finalidade de prestar assistência em situações estáveis, tendo importante atuação durante atendimentos de emergência, trabalhando nos cenários extra-hospitalares e hospitalares, contribuindo para salvar vidas em condições tão difíceis (Pereira, Oliveira, & Batista, 2019).

Veenema (2007) citado por Madeira & Patoleia (2016) referem que cada enfermeiro deve adquirir uma base de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhe permita planear e responder a um desastre de uma forma atempada e adequada. Estes são considerados elementos chave em situações de catástrofe e crise, possuindo habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e uma ampla gama de competências que podem ser

aplicadas numa variedade de cenários e situações de catástrofe (Internacional Council of Nurses, 2009).

Neste sentido, e de acordo com a aquisição de competências prevista pela Ordem dos Enfermeiros relativamente ao previsto para o EE em EMC na área de especialização à PSC, este subcapítulo adquire toda a sua importância de modo a refletir a atuação nos contextos práticos que me permitiram assimilar esta realidade.

No SU, várias foram as situações potencialmente problemáticas que necessitaram de uma resposta competente para uma gestão do cuidado de enfermagem de qualidade. Estas situações conseguem ser “naturais” no dia a dia de um SU polivalente, contudo não pode deixar de ser mencionada a agravante na eficiência da resposta face ao contexto pandémico vivenciado.

Posto isto, o SU teve de adotar medidas protocoladas e legalmente vocacionadas à luz das necessidades impostas pela presença deste vírus aliado à natural predisposição da época direcionada para a gripe sazonal.

As necessidades de cuidados de saúde sofrem variações sazonais, registando-se, durante o período de outono- inverno, um aumento expressivo da incidência de doenças infecciosas (com particular relevo para a gripe sazonal), bem como uma maior exacerbação de doenças respiratórias crónicas e de doenças cardiovasculares potenciadas pelas baixas temperaturas (Direção Geral de Saúde, 2020).

Neste contexto de abordagem à PSC e como já referido, a sobrelotação é uma problemática antiga que atinge os SU, contudo tornou-se importante a adoção de medidas emanadas pelos órgãos dirigentes para dar resposta às agravantes potenciados pela COVID-19.

O serviço em questão adaptou a sua dinâmica estrutural e organizacional para melhor responder a esta questão. Em termos estruturais, como já referido, este SU dispunha de um área exclusiva de abordagem à pessoa suspeita e confirmada pelo SARS-CoV-2, tanto na área médica geral e apenas urgente, como também na SE para a abordagem a pessoas com disfunção multiorgânica. Este tipo de resposta

enquadra-se no planeado para a abordagem à situação de catástrofe vivenciada, e como resposta ao número crescente de casos de infetados a necessitar de cuidados hospitalares de urgência e emergência.

A Norma 004-2020 da Direção Geral de Saúde, determina as chamadas “ADR-Serviço de Urgência” como sendo as áreas dedicadas exclusivamente à avaliação clínica de pessoas doentes com suspeita de infeção respiratória aguda e colheita de amostras para teste laboratorial para SARS-CoV-2, em contexto de urgência hospitalar, com características bem dispostas como áreas de observação reservadas e com circuito exclusivo, sinalização adequada, equipa direcionada e multidisciplinar, material médico-cirúrgico, de proteção individual e demais, necessário à prática inerente aos cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde, 2020).

Perante a necessidade de criação de áreas exclusivas de abordagem à pessoa infetada pela SARS-CoV-2, também surge a necessidade de implementação de equipas exclusivas de atuação neste contexto. Neste SU, a área determinada para o efeito, designada de “Área Respiratória”, apresentava por turno um equipa multidisciplinar exclusiva, contudo o mesmo não se verifica em contexto de SE.

Na SE, a abordagem à PSC infetada por este vírus, era no mesmo local que os restantes, não existindo uma área de emergência destinada apenas para o efeito. Tal representação foi devida à dificuldade da criação de uma área tão especializada para o efeito. Desta forma, a estratégia adotada prendeu-se com a determinação de uma “*box*” destinada apenas a estes doentes, que se localizava num dos extremos da SE, com a presença de um sistema de filtração de ar particulado de alta eficiência. Relativamente à prestação de cuidados de saúde, tanto o enfermeiro como a equipa médica, verificava-se que era a mesma de abordagem nas duas realidades, mas a melhor solução apresentada foi que o enfermeiro reanima que assumisse a estabilização daquela PSC e, conseqüentemente o médico, permanecessem na prestação dos cuidados exclusivos, de modo a evitar a infeção cruzada, sendo necessário o recurso a mais elementos da equipa de urgência para dar resposta caso a situação o justificasse.

Além da situação de catástrofe imposta pela pandemia mundial decretada em março de 2020, muitas mais são as circunstâncias de um dia a dia de um SU que necessitam de uma visão global e uma implementação de estratégias direcionadas à urgência, emergência e catástrofe.

Reforçando o contexto de atuação e a importância do enfermeiro especialista perante as realidades impostas nestes serviços, a SE impõe-se como sendo o local onde o risco de vida é mais iminente e onde pode surgir um maior número de situações de instabilidade, em curto espaço de tempo, e com um espaço e número de profissionais limitado para o efeito.

Perante isto, tornou-se necessário, para mim, uma reflexão relativa à atuação na SE, e de como, nestas circunstâncias, uma gestão e liderança adequadas são fundamentais para que os percalços no caminho sejam diminutos.

Desta forma, na realidade de um SU a sobrelotação faz parte do dia a dia, contudo estrutural e dinamicamente existem dificuldades na articulação de todos os mecanismos de forma a responder a esta questão. Especificamente, no que diz respeito à SE, o mesmo se sucede com a dificuldade de uma articulação eficiente entre profissionais e a PSC.

Perante a realidade que vivenciei pude constatar que em alguns casos, como já mencionado, teríamos mais pessoas a necessitar de cuidados emergentes do que profissionais capacitados para a execução dos mesmos. Com isto, quero fazer menção à necessidade formativa para a execução de cuidados de saúde nesta área tão diferenciada.

Algumas foram as situações práticas onde pude observar a dificuldade na articulação de resposta, contudo alguns mecanismos foram adotados neste sentido. Como facilmente se verifica em contexto de emergência, a medicina de catástrofe muitas vezes é mencionada como forma de dar resposta efetiva quando a sobrelotação é praticamente mandatária.

Num serviço de urgência e emergência, a imprevisibilidade temporal e física de acidentes de grande dimensão ou catástrofes, para além da prevenção, obriga-nos a estar permanentemente preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca

venham a acontecer. As estruturas de saúde, tais como os SU dos hospitais devem ter como objetivo manter um nível de resposta adequado, através dos vulgarmente chamados “Planos de Catástrofe” (Almeida e Sousa, 2012).

Contudo, não só situações consideradas como “reais” catástrofes que colocam em cima da mesa a necessidade de adoção de medidas semelhantes.

Na minha experiência, vivenciei realidades em que se apresentava a SE lotada, com os dois enfermeiros “reanima” em práticas emergentes, e o surgimento de mais uma PSC. Perante esta realidade, as equipas têm de se encontrar preparadas para dar resposta a estas potenciais problemáticas. Neste caso em específico, o enfermeiro responsável pela gestão da equipa naquele turno teve de adequar estratégias para uma resposta concreta e eficiente para que nenhum atendimento emergente fosse potencialmente negligenciado. Para tal, procedeu-se ao recrutamento de um enfermeiro de outra área menos sobrecarregada para dar apoio neste contexto, tendo sendo à retaguarda o enfermeiro coordenador.

Ferreira, Fernandes, Jesus, & Araújo (2020) realçam no seu artigo que os enfermeiros que são ativados para a SE, estavam anteriormente a prestar cuidados noutra área de atendimento, ficando essa área de atendimento com menos um enfermeiro enquanto este presta cuidados na SE. Contudo, por vezes, as admissões na SE são simultâneas, tendo nessa altura a equipa de emergência necessidade de maior apoio, não sendo suficientes por vezes, três enfermeiros para dar assistência a duas PSC em simultâneo.

A importância de uma coordenação efetiva em contextos de urgência e emergência é fundamental para uma melhor gestão dos cuidados de saúde prestados nestes ambientes. Como refere Furtado (2009) citado por Martins & Alves (2018), o trabalho dos enfermeiros em serviços de atendimento urgente está relacionado além do cuidado às pessoas doentes, também com os processos de gestão e coordenação da equipa de enfermagem. Ainda mais acrescentam que a articulação das ações de gestão e de assistência são imprescindíveis no processo de trabalho de enfermagem em todas as áreas de atuação, principalmente, na urgência, tendo em vista a necessidade de respostas rápidas.

A responsabilidade pela gestão do cuidado compete ao enfermeiro. Este deve avaliar o produto gerado que refletirá nos serviços prestados, com a finalidade de propor novas intervenções, apropriando-se da ciência e da complexidade com a finalidade de compreensão por parte da equipa, do ambiente, e do comportamento organizacional, com possibilidade de projetar inovações na maneira de investigar e liderar (Jesus & Balsanelli, 2020). Ainda de acordo com estes autores, a gestão do enfermeiro é uma atividade essencial e predominante, pois cabe a este executar atividades de prestação de cuidados, bem como a gestão dos recursos necessários.

Ainda de acordo com as competências para o EE em EMC na área de especialização à PSC, está previsto que o mesmo seja capaz de assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os indícios de prática de crime. Num SU, várias são as situações potencialmente danosas que levam as pessoas a recorrer a esta mesma área hospitalar, e situações de crime não são exceção.

No decorrer do meu percurso no SU, presenciei uma situação emergente associada a crime grave, com a admissão de três vítimas em simultâneo à SE baleadas após um confronto. Além da problemática já discutida relativamente à capacidade de resposta neste contextos emergentes, em que o número de PSC são superiores à de profissionais destacados à área em específico, temos a questão relacionada com a prática de crime.

Os serviços de saúde de urgência e emergência são locais que frequentemente acolhem pessoas acometidas por diversas situações de violência. Muito embora a prioridade seja o acolhimento, a avaliação das lesões e a manutenção da vida das pessoas, são nestes ambientes que estão as primeiras oportunidades para a colheita de vestígios forenses (Camilo, Dantas, Musse, Silva, & Assis, 2017). Nestes cenários, os enfermeiros são atores privilegiados para a sua identificação e conservação.

No caso em específico que foi vivenciado por mim, toda a roupa e de mais objetos foram criteriosamente colhidos para posterior entrega à Polícia Judiciária. Neste sentido, além da estabilização das PSC, teve de haver a preocupação na

preservação das provas de crime. Contudo, perante a dinâmica de emergência associada, a importância atribuída a estes procedimentos é insignificante. Além do mais, a formação relativa à preservação de provas em contexto de urgência e emergência é muito escassa, comprometendo a recolha de provas ou até mesmo destruindo-as.

Como referem Camilo, Dantas, Musse, Silva, & Assis (2017), muitas evidências são perdidas e/ou contaminadas por uma manipulação inadequada na prestação de cuidados de saúde. Mencionam ainda que as equipas raramente conhecem as normas necessárias à preservação dessas evidências.

Outra problemática, associada a esta situação mencionada, alvo de reflexão prende-se com a confusão instalada na SE após chegada das três vítimas em simultâneo e a necessidade da sua rápida estabilização.

Na SE, e perante a necessidade de uma atuação emergente e com multivítimas, por vezes a dificuldade em se obter assertividade e clareza na tomada de decisão face à instabilidade causada, é complicada. Neste tipo de atuação a presença de um *“team leader”* bem definido e reconhecido torna-se fator chave para uma concreta e correta abordagem às PSC. Na experiência que obtive, o enfermeiro era aquele que vincava a sua posição na liderança, muitas vezes pela inexperiência da jovem equipa médica, tornando-se o elemento mais competente para a gestão do stress, comunicação e resolução de problemas neste contexto adverso.

Como referem Jesus & Balsanelli (2020) na sua revisão, a liderança do enfermeiro nos serviços de emergência é importante para a implementação e desenvolvimento de ações que viabilizem a prestação de cuidados à pessoa. O enfermeiro deve ter, no seu planeamento, as condições de previsão e provisão das atividades, pautando as suas ações numa liderança que articule as características individuais com as necessidades organizacionais. O SU requer de uma equipa dinâmica e resolutiva que consiga atuar de forma sincronizada dentro das diversas situações, de forma a que isso reflita no processo de recuperação e satisfação das pessoas.

Ao exercer uma liderança eficaz, o enfermeiro adquire respeito e confiança da sua equipa à medida que os resultados do seu trabalho são satisfatórios. Quando o

enfermeiro exerce uma boa liderança, a comunicação entre os membros da equipa torna-se mais adequada e clara, reduzindo, igualmente os erros. Neste sentido, é essencial a presença de uma postura observadora, objetiva, levando em consideração as suas próprias perspetivas como as dos restantes (Silva, Bernardes, Gabriel, Rocha, & Caldana, 2014). Como refere Massa (2002) citado por Ferreira, Fernandes, Jesus, & Araújo (2020), em SE o trabalho é feito em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum, onde o papel de cada um está bem definido e as suas responsabilidades sob a coordenação de um elemento previamente conhecido.

Como ainda refere Antonelli & Bellucci (2015), citado por Grivol, Bernardes, Moura, Zannetti, & Gabriel (2020), num serviço de urgência e emergência, a liderança surge como um item essencial para a eficiência do trabalho da enfermagem, podendo interferir diretamente na efetividade do serviço entre todos os membros da equipa, refletindo na resolutividade da assistência e na possibilidade de recuperação da pessoa, bem como noutras competências, como a comunicação e supervisão.

Posto isto, tornou-se perceptível a importância da existência de um elemento “líder” bem definido em contexto de SE para que o trabalho executado sobre condições de elevado stress seja o mais criterioso e com melhores resultados possíveis para a PSC e sua família.

Perante esta reflexão relativa ao SU de acordo com a competência de urgência, emergência e catástrofe para o EE em EMC na área de abordagem à PSC, é igualmente importante fazer uma reflexão com base nesta mesma competência de acordo com o vivenciado na emergência extra-hospitalar.

Em **emergência extra-hospitalar**, os fenómenos emergentes e de catástrofe adquirem uma maior magnitude face ao contexto de atuação. Perante esta realidade, os meios que executam os cuidados de saúde nesta realidade emergencista deparam-se desde a primeira abordagem a um “simples” politrauma, a um contexto de abordagem multívitima, a uma realidade de incêndios de grandes dimensões, e onde a sua ação é primária e essencial para uma estabilização imediata das pessoas vítimas destes eventos. Neste sentido, e de acordo com a

experiência que vivenciei, sobretudo no meio SIV, fazer uma reflexão acerca da importância do enfermeiro nestes meios perante estas circunstâncias tornou-se fundamental.

Da minha experiência, pude constatar que o enfermeiro é o pilar dos cuidados de saúde emergentes em contexto extra-hospitalar. No meio SIV, o enfermeiro é realmente o elemento mais diferenciado no terreno, sobre o qual recai o peso das tomadas de decisão, que têm de ser o mais imediatas e claras possíveis. O papel do enfermeiro no meio SIV, como já referido no anterior subcapítulo, é mandatório e soberano na coordenação de todos os elementos no local.

Durante o meu percurso de estágio neste meio, foi-me possível perceber de forma clara a importância do papel do enfermeiro, e de como as suas decisões são fundamentais, tendo sido por base um processo de liderança efetivo em campo.

Na única experiência que obtive em abordagem a uma PSC politraumatizada, com necessidade de ativação de vários meios ao local para organização dos esforços em campo constatei, na prática, a liderança efetiva do enfermeiro, para a coordenação dos diferentes meios de atuação. No local, e como primeiros meios a chegar para abordagem à PSC, estavam os bombeiros, os elementos da ambulância SIV (enfermeiro e TAE), bem como os meios policiais. A pessoa vítima de atropelamento por um trator encontrava-se num local de difícil acesso, onde se tiveram de reunir todos os esforços para a sua estabilização, e consequente mobilização da mesma para fora do local e transporte para a unidade hospitalar mais próxima.

Como referem Mota, Cunha, & Santos (2020), a gestão das equipas neste tipo de atuação é parte integrante da função dos enfermeiros das Ambulâncias SIV. O enfermeiro das ambulâncias SIV tem, em muitas circunstâncias, a função de “*team leader*”, não apenas do meio que habitualmente lidera, mas também de outros meios de socorro que estejam a atuar no local da ocorrência, nomeadamente, as tripulações de bombeiros.

Nestas situação mencionada, o enfermeiro assumiu a liderança perante as equipas presentes, de modo a que de forma ordeira se pudesse focar no essencial, a

estabilização primária, e transportar a PSC o mais rapidamente até ao local mais diferenciado.

O enfermeiro como elemento mais diferenciado, até chegada da VMER, capacitou-se na gestão, coordenação e prestação de cuidados de saúde de emergência.

Como referem Peres, et al. (2018) na sua análise, é facilmente perceptível o valor do enfermeiro em contexto de emergência extra-hospitalar, destacando o seu desempenho no seio da equipa multidisciplinar. O enfermeiro a desempenhar as suas funções neste meio de atuação, apresenta um elevado número de responsabilidades, atuando diretamente na pessoa, na assistência e nas atividades de gestão inerentes. Da mesma forma, está capacitado para o planeamento do serviço, coordenação e participação ativa no treino das equipas.

Os mesmos autores fazem referência ao reconhecimento que existe no trabalho executado pelo enfermeiro em extra-hospitalar, não só pelo seu conhecimento técnico, mas também pela sua capacidade de agilidade e destreza na coordenação das equipas.

A tomada de posição enquanto gestor destas equipas implica que o enfermeiro na função de “*team leader*” consiga orientar vários profissionais que, muito possivelmente, nem conhecia antes da ocorrência. Esta realidade acarreta desafios acrescidos. Importa referir que a função de gestor nestas circunstâncias, não inibe ao enfermeiro a obrigatoriedade de prestar cuidados urgentes e de alta complexidade às pessoas vítimas das circunstâncias expostas, pelo contrário, esta função mantém-se, também ela, como prioritária (Mota, Cunha, & Santos, 2020).

Segundo Correia (2012) torna-se evidente que a presença de um enfermeiro na prestação de cuidados de emergência extra-hospitalar está obviamente provida e suportada em competências que garantem a qualidade dos mesmos, constituindo a sua presença numa mais valia inegável.

5. CONCLUSÃO

A enfermagem em contexto de urgência e emergência leva o enfermeiro a exercer atividades complexas e que devem pautar-se pela prestação de cuidados holísticos, em que o processo crítico-reflexivo deve estar sempre assente com o intuito do melhor cuidado prestado à PSC e sua família. Neste sentido, o EE articula todo o saber para a prática exímia nesta área de atuação tão específica.

A elaboração deste relatório permitiu-me uma reflexão pormenorizada de todo o percurso, com o objetivo maior de alcançar esta meta com uma bagagem teórico-prática, ético-legal e humana muito mais rica e assente na evidência científica mais atual.

No decorrer do meu caminho, ficou clara a necessidade de uma estruturação científica face à problemática da humanização em contexto de urgência e emergência. A humanização em saúde, em especial nos serviços de urgência e emergência, apresenta-se como um grande desafio para a enfermagem, envolvendo permanente reflexão e construção, de modo a superarem-se problemas e desafios no quotidiano diário dos cuidados de saúde.

Neste sentido, a enfermagem tem um papel fundamental neste processo, uma vez que acompanha de perto os usuários dos cuidados de saúde, prestando-lhes cuidados diretos, mas também porque a enfermagem tem centrado muito da sua atenção na pesquisa de estratégias que possam melhorar a prática de um cuidado humanizado. É a enfermagem que tem resgatado na sua prática profissional a humanização como aspeto fundamental para que os cuidados de saúde se tornem melhores, com maior qualidade, e não apenas centrados no modelo biomédico da procura da causa do problema sem olhar para a pessoa doente na sua globalidade, como um ser humano com sentimentos e preocupações, e onde a dignidade tem assente o seu pilar de atuação.

Posto isto, a minha fundamentação neste documento centrou-se na aquisição de competências do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, com enfoque no processo de cuidados vocacionado para a aquisição de estratégias que me permitissem aliar a evidência mais atual face a uma prestação de cuidados de saúde mais focada na pessoa e nas suas necessidades biopsicossociais. Paralelamente, contribuí no decorrer da minha prática nos contextos de estágio com evidência que me permitisse desempenhar de forma mais concertada o meu papel de humanização enquanto enfermeira em contexto de urgência e emergência.

Nesta área tão específica de atuação, a prática humanizada não prevalece face a uma atuação imediata de recuperação da pessoa com falência multiorgânica, contudo faz parte integrante de toda a atuação de um enfermeiro. Neste sentido, a reflexão presente neste documento desperta para a necessidade de promoção dos mecanismos necessários a serem desenvolvidos perante uma prática de cuidados mais humanizada.

Os contextos de estágio foram essenciais para o desenvolvimento e aquisição de competências, com um excelente contributo para a minha prática profissional, onde vários desafios me têm sido colocados, tais como o meu processo de transição profissional de um serviço de medicina para uma unidade de cuidados intensivos, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados, permitindo a colaboração na gestão dos mesmos e na formação de outros profissionais, sempre perante uma perspetiva holística, primando a humanização e pela personalização do cuidado. Todo este percurso permitiu-me ainda focar nas necessidades verificadas e decorrentes da prática, trabalhando-as e partilhando-as com os pares profissionais, com o intuito da partilha do saber para uma melhoria constante da qualidade do cuidado.

Dificuldades neste percurso foram igualmente sentidas, centrando a minha maior dificuldade na adaptação a uma realidade de prestação de cuidados díspar face

àquela com que era confrontada diariamente, contudo realço a minha capacidade adaptativa, e que penso ter sido facilitadora para uma melhor integração no meio de abordagem à PSC e sua família. Esta perspectiva veio reforçar a minha vontade no seguimento deste percurso formativo e profissional.

Este relatório, porém, não poderá descrever toda a complexidade inerente aos cuidados e à magnitude do conhecimento patente na conduta diária ao longo do tempo em contexto de estágio, em que muitos foram os momentos de aprendizagem no sentido da procura da excelência do cuidar. Neste mesmo documento, fica a faltar espaço para a exposição de mais problemáticas e reflexões que fui identificando durante um percurso que considero ter sido tão completo e importante. Contudo, e mediante o *“feedback”* obtido nas avaliações, considero ter atingido com sucesso a aquisição das competências comuns e específicas propostas para o EE em EMC, desenvolvendo conhecimentos e capacidades permanentemente, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados.

Após esta excelente experiência de prática clínica houve, indubitavelmente, uma transição marcante face à minha prestação de cuidados enquanto enfermeira de cuidados gerais, pautada por reflexão constante da minha conduta, uma necessidade acrescida de fundamentação prática mediante a evidência científica, e uma prática de enfermagem mais humana, onde as necessidades individuais da pessoa fazem parte integrante de todo o processo de cura.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aléx, J., Karlsson, S., Bjornstig, U., & Saveman, B.-I. (2015). Effect evaluation of a heated ambulance mattress-prototype on thermal comfort and patients' temperatures in prehospital emergency care- an intervention study. *International Journal of Circumpolar Health*, 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v74.28878>
- Aléx, J., Uppstu, T., & Saverman, B.-I. (2017). The opinions of ambulance personnel regarding using a heated mattress for patients being cared for in a cold climate – An intervention study in ambulance care. *International journal of circumpolar health*, 76(379305), 1-7. doi:<https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1379305>
- Almeida e Sousa, J. P. (Jan-Fev de 2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Multívitimas e Catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*, 37-43.
- American Heart Association. (2020). *Guidelines for CPR and ECC*. Dallas, Texas: AHA.
- Anguita, M. V., Sanjuan-Quiles, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela- Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya. (Out/Nov/Dez de 2019). Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras. *Revsita de Enfermagem Referência*, IV(23), 59-68. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Assembleia da República. Lei nº48/90. De 24 de agosto de 1990. *Diário da República nº195, Série I de 1990-08-24*.
- Assembleia da República. Lei nº15/2014 de 21 de março de 2014. *Diário da República nº5, 1ª série de 2014-03-21*.
- Assembleia da República. Lei nº95/2019 de 4 de setembro de 2019. Lei de Bases da Saúde, revogada a Lei nº48/90. *Diário da República nº169/2019, 1ª série de 2019-09-04*.
- Batista, M. J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldes, J., & Fernandes, A. P. (Abr/Mai/Jun de 2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos.

- Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 83-92. doi:ISSNe: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283
- Camilo, L. S., Dantas, T. O., Musse, J. O., Silva, D. P., & Assis, E. S. (Out. de 2017). Preservação da cena do crime pelo enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: uma revisão integrativa. *Cadernos de Graduação*, 4(2), 185-202. doi:ISSN: 2316-3143
- (1997). *Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedecina*. Fonte: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf
- Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina. (1997)., (p. 3). Fonte: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf
- Correia, A. F. (2012). Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar: Existem ou não competências? *Revista Sinais Vitais*(105), 21-26. Acesso em março de 2021
- Costa, A., & Gaspar, P. J. (28 de setembro de 2017). Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência. *Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência*, pp. 49-67. Acesso em 27 de dezembro de 2020, disponível em <https://www.researchgate.net/publication/320077227>
- Costa, C. R., Costa, L. P., & Aguiar, N. (2016). A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Revista de Bioética*, 2(24), 368-373. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242137>
- Costa, J., Araújo, A., Madeira, J., Capela, J., Gandra, M., . . . Lecanstre, L. (2001). *Serviço de urgência e serviço de atendimento permanente*. Lisboa.
- DGS- Direção Geral de Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Lisboa: DGS. Acesso em 20 de dezembro de 2020
- Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa . (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação* (Vol. 5ª Edição). Strasbourg: Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção Geral de

- Saúde (DGS). Acesso em 24 de outubro de 2020, disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção- Geral de Saúde. (2018). *Circular normativa 002/2018: Sistemas triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Lisboa. Acesso em 30 de dezembro de 2020, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e->
- Direção Geral de Saúde. (2020). *Norma nº 004/2020. Assunto: COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2020). *Plano de Saúde para Outono- Inverno 2020-21*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ebben, R. H., Vloet, L. C., Van Grunsven, P. M., Breeman, W., Goosselink, B., Lichtveld, R. A., . . . Van Acheterberg, T. (2015). Factors influencing ambulance nurses' adherence to a national protocol ambulance care: an implementation study in the Netherlands. *European Journal of Emergency Medicine, 22*(3), 199-205. doi:DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000133
- Ferreira, L. L., Azevedo, L. M., Salvador, P. T., Morais, s. H., & Santos, V. E. (2019). Cuidado de enfermagem nas infeções relacionadas à assistência em saúde: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 2*(72), 498-505. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista Referência, 5*(1), 1-8. doi:DOI: 10.12707/RIV19086
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, V*(1). doi:<https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 5*(1), 1-8. doi:DOI: 10.12707/RIV19086
- Fontes, L. S., Anjos, Y. Y., & Santos, E. S. (2017). A interação do enfermeiro com a equipa multidisciplinar. *Good practices of nursing representations in the construction of society*, (pp. 1-3). Acesso em 18 de março de 2021

- Fradique, M. d., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III(10)*, 45-53. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- Freitas, M. J., & Parreira, P. M. (2013). Dotação Segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, III(10)*, 171-178. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12125>
- Gallo, A. M., & Mello, H. C. (2009). Atendimento Humanizado em Unidades de Urgência e Emergência. *Revista F@pciência, 5(1)*, 1-11. doi:ISSN 1984-2333
- Gao, C., Chen, Y., Peng, H., Chen, Y., Zhuang, Y., & Zhou, S. (2016). Clinical evaluation of the AutoPulse automated chest compression device for out-of-hospital cardiac arrest in the nothern district of Shanghai, China. *Arch Med Sci- Clinical Research*, 564-570. Acesso em 12 de novembro de 2020, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4889691/>
- Gao, C., Chen, Y., Peng, H., Chen, Y., Zhuang, Y., & Zhou, S. (2016). Clinical evaluation of the AutoPulse automated chest compression device for out-of-hospital cardiac arrest in the nothern district of Shanghai, China. *Arch Med Sci- Clinical Research*, 564-570. Acesso em 12 de novembro de 2020
- Gonçalves, J. P., Marques, J. P., Moura, S. M., & Rabiais, I. (2015). Intervenções de Enfermagem no controlo do stress da família da pessoa doente em situação crítica. *3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico- Cirúrgica* (pp. 52-54). Ordem dos Enfermeiros. doi:ISBN: 978-989-8444-32-5
- Grivol, D. E., Bernardes, A., Moura, A. A., Zannetti, A. C., & Gabriel, C. S. (2020). A liderança exemplar na perspectiva de enfermeiros do atendimento pré-hospitalar: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing, 19(2)*. doi:<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20205974>
- Haverkamp, F. J., Giesbrecht, G. G., & Ten, E. C. (2017). The prehospital management of hypothermia — An up-to-date overview. *Injury*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.11.001>

- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Departamento de Formação em Emergência Médica. 2ª Edição.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2013). *SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica* (Vol. Versão 2.0). (1. Edição, Ed.) Lisboa.
- Internacional Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. World Health Organization. doi:ISBN: 978-92-95-065-79-6
- Jacquemot, A. G. (2005). *Definições de urgência e emergência: critérios e limitações*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. doi:ISBN 978-85-7541-378-4
- Jesus, J. A., & Balsanelli, a. P. (2020). Competências do enfermeiro em emergência e o produto do cuidar em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Rene*(21), 1-8. doi:DOI: 10.15253/2175-6783.20202143495
- Lapostolle, F., Couvreur, J., Kock, F. X., Savary, D., Alhériitière, A., Gallimski, M., . . . Adnet, F. (2017). Hypothermia in trauma victims at first arrival of ambulance personnel: an observational study with assessment of risk factors. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 1-6. doi:DOI 10.1186/s13049-017-0349-1
- Madeira, F. M., & Patoleia, A. (2016). *Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH*. Relatório de Trabalho de Projeto, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Setúbal.
- Martins, B. R., & Alves, M. (2018). O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um Hospital Público. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 5(28), 146-160. doi:e-S280519
- Martins, B. R., & Alves, M. (2018). O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um Hospital Público. *Revista Médica de Minas Gerais*(28), 146-160. doi:e-S280519
- Mendes, G. (Janeiro-Março de 2009). A Dimensão Ética do Agir e as Questões da Qualidade Colocadas Face aos Cuidados de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 1(18), 165-169. Acesso em 20 de fevereiro de 2021, disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>

- Ministério da Justiça. Decreto- Lei nº48/95 de 15 de março de 1995. *Diário da República nº63/1995, Série I-A, 23-24.*
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 14341/2013. *Diário da República, 2ª série, nº215*, (pp. 32855-328556).
- Moraes, E. L., Sanos, M. J., Merighi, M. A., & Massarollo, M. C. (Março-Abril de 2014). Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2(22), 226-233. doi:DOI: 10.1590/0104-1169.3276.2406
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Cuidar para a Cura. *Millenium*(Ed.Especial nº5), 147-152. doi:<https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Santos, E., Melo, F., Abrantes, T., & Santa, A. (2020). Prehospital interventions to prevent hypothermia in trauma patients: a scoping review. *Reviews & Discussion Papers*, 29-37. doi:<https://doi.org/10.37464/2020.373.88>
- Mydske, S., & Thomassen, Ø. (2020). Is prehospital use of active external warming dangerous for patients with warming dangerous for patients with review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency*, 1-8. doi:<https://doi.org/10.1186/s13049-020-00773-2>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista de Bioética*, 1(23), 187-199. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunes, L. (2016). *E Quando Eu Não Puder Decidir?* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. doi:ISBN 9789898838698.
- Oliveira, A. S., & Martins, J. C. (Março de 2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, III, 115-124. doi:<https://www.researchgate.net/publication/273074734>
- Oliveira, A., & Figueiredo, Â. (2014). Implicações Éticas da Aplicação do Protocolo de Paragem Cardio-Respiratória em Suporte Imediato de Vida. *Conduta Ética: Integridade Académica e Profissional* (pp. 17-26). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu. Fonte: http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/Livro_resumos_Bioetica_8_7_2014.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. *Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros- EP01/07*, (pp. 1-2). Fonte: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Fonte: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Lei 156/2015 de 16 de setembro 2015. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República nº181, Série I*, 8059-8105. Fonte: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/70309896/details/normal?!=1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer Nº10/2017*. Lisboa: OE. Acesso em 21 de dezembro de 2020
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer nº14/2018*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica cuidados intensivos/serviços de medicina intensivológica nas unidades*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acesso em 29 de setembro de 2020
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº429/2018. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (pp. 19359-19370). Lisboa: Diário da República, 2ª série- nº135- 16 de julho de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Fonte: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, pp. 4744-4750.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Estratégia e Plano de Ação sobre Doação e Acesso Equitativo a Transplante de Órgãos, Tecidos e Células.

- 57º Conselho Diretor; 71º Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (pp. 2-22). Washington, D.C.: OMS.
- Perboni, J. A., Silva, R. C., & Oliveira, S. G. (Julho/Setembro de 2019). A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. *Interações*, 20(3), 959-972. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>
- Pereira, L., Oliveira, T. P., & Batista, A. G. (fevereiro de 2019). Assistência de Enfermagem em Situações de Desastres Ambientais. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 2, 1-24. doi:ISSN: 2178-6925
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau. doi:ISBN 9789728485924
- Pereira, R. P., Cardoso, M. J., & Martins, M. A. (2012). atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62. Acesso em 22 de outubro de 2020
- Peres, P. S., Arboit, É. L., Camponogara, S., Pilau, C. O., Maenezes, L. P., & KAefe, C. T. (abr/jun de 2018). Atuação do enfermeiro num serviço de atendimento pré-hospitalar privado. *Revista Cuidado é Fundamental online*(10), 413-422. doi:DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.413-422
- Perlman, R., Callum, J., Laflamme, C., NAscimento, B., Beckett, a., & Alam, A. (2016). A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients. *Critical Care*, 1:11. doi:DOI 10.1186/s13054-016-1271-z
- Radaelli, C., Costa, A. E., & Pissaia, L. F. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Res., Soc. Dev.*(8(6):e37861057), 1-16. doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1057>
- Ribeiro, C. A., Trovo, M. M., & Puggina, A. C. (Julho de 2017). Relatos de vida e fotografias de pacientes sedados em UTI: estratégia de humanização possível? *Enfermeria Global*, ISSN 1695-6141(47), 468-482. Acesso em 20 de setembro de 2020
- Rodriguez, L. B., Velandia, M. F., & Leiva, Z. O. (2016). Percepción do los familiares de pacientes críticos hospitalizados en respecto a la

- comunicación y apoio emocional. *Revista CUIDARTE*, 1297-1309. doi:doi:
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L., & Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *ANNALS OF MEDICINE*. doi:DOI: 10.1080/07853890.2018.1560164
- Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. G. (Jan/Mar de 2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. Acesso em dezembro 31 de 2020
- Santos, R. L. (2019). Cuidado Humanizado nos Serviços de Urgência/Emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde. Com*(15(4)), 1619-1628. doi:DOI 10.22481/rsc.v15i4.4269
- Silva, D. S., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Rocha, F. L., & Caldana, G. (Jan/Mar de 2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 1(16), 211-219. doi:doi: 10.5216/ree.v16i1.19615
- Silveira, E. S., & Contim, D. (Janeiro/Março de 2015). Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. *Revista de Pesquisa- Cuidado é Fundamental Online*(ISSN 2175-5361), 2113-2122. Acesso em 20 de setembro de 2020
- Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva. (2011). Recomendações 2010 para a Reanimação Conselho Português de Ressuscitação. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18. doi:ISSN 0872-3087
- Swanson, M., Poniatowski, M. O., Ambulance, E., Hill, H., Springer, P., Volusia Country Government, . . . FL. (2008). Um dispositivo de assistência em RCP aumentou a admissão do Departamento de Emergência e pressões parciais de EtCO₂ durante o tratamento de paradas cardíacas fora dos hospitais. *Supplement to Circulation*, 114, 2664. Acesso em 13 de novembro de 2020
- Teixeira, L. (2010). *Estudo sobre as atitudes que os doentes tomam antes de se deslocarem ao Serviço de Urgência*. Porto : Tese Mestrado Medicina- ICBAS UP.
- Thomassen, Ø., Færevik, H., Østerås, Ø., Sunde, G. A., Zakariassen, E., Sandsund, M., . . . Brattebø, G. (2011). Comparison of three different

- prehospital wrapping methods for preventing hypothermia - a crossover study in humans. *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*(19), 1-7. Acesso em janeiro de 2021, disponível em <http://www.sjtrem.com/content/19/1/41>
- Vagas, T. T., Ribeiro, L. P., Cade, J. R., Palma Dalan, L. A., Janella, B. L., Almeida, B. O., . . . Katsuo Sato, A. P. (2012). Experiência Inicial com o Uso do Autopulse® em Sala de Hemodinâmica. *Revista Brasileira de Cardiologia Intensiva*, 20, 204-7. Acesso em 13 de novembro de 2020
- Youn, T. S., & Greer, D. M. (2014). Management of a Potencial Organ Donor in the Intensive Care Unit. *Critic Care Clinic*, 813-831. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2014.06.010>
- Zasa, M., Flowers, N., Zideman, D., Hodgetts, T. J., & Harris, T. (2016). A torso model comparison of temperature preservation devices for use in the prehospital environment. *Journal of Emergency Medical Care*(33), 418-422. doi:[doi:10.1136/emermed-2015-204769](https://doi.org/10.1136/emermed-2015-204769)
- ZOLL Medical Corporation. (2014). *AutoPulse- RCP mecânica no hospital*. Chelmsford, MA 01824 EUA. Acesso em 12 de novembro de 2020, disponível em https://www.zoll.com/-/media/public-site/products/autopulse/9656_0183_24_aphospitalbrochure_pt-br_lo-res.ashx?la=en&hash=8AE105875A10B644CAA61D77DCE447E89A2F28F1
- ZOLL Medical Corporation. (2014). *AutoPulse- RCP mecânica no hospital*. Chelmsford, MA 01824 EUA. Acesso em 12 de novembro de 2020

7. APÊNDICES

Apêndice I: Revisão Literatura Humanização- Diagrama Prisma e Tabela de Evidências

Diagrama Prisma

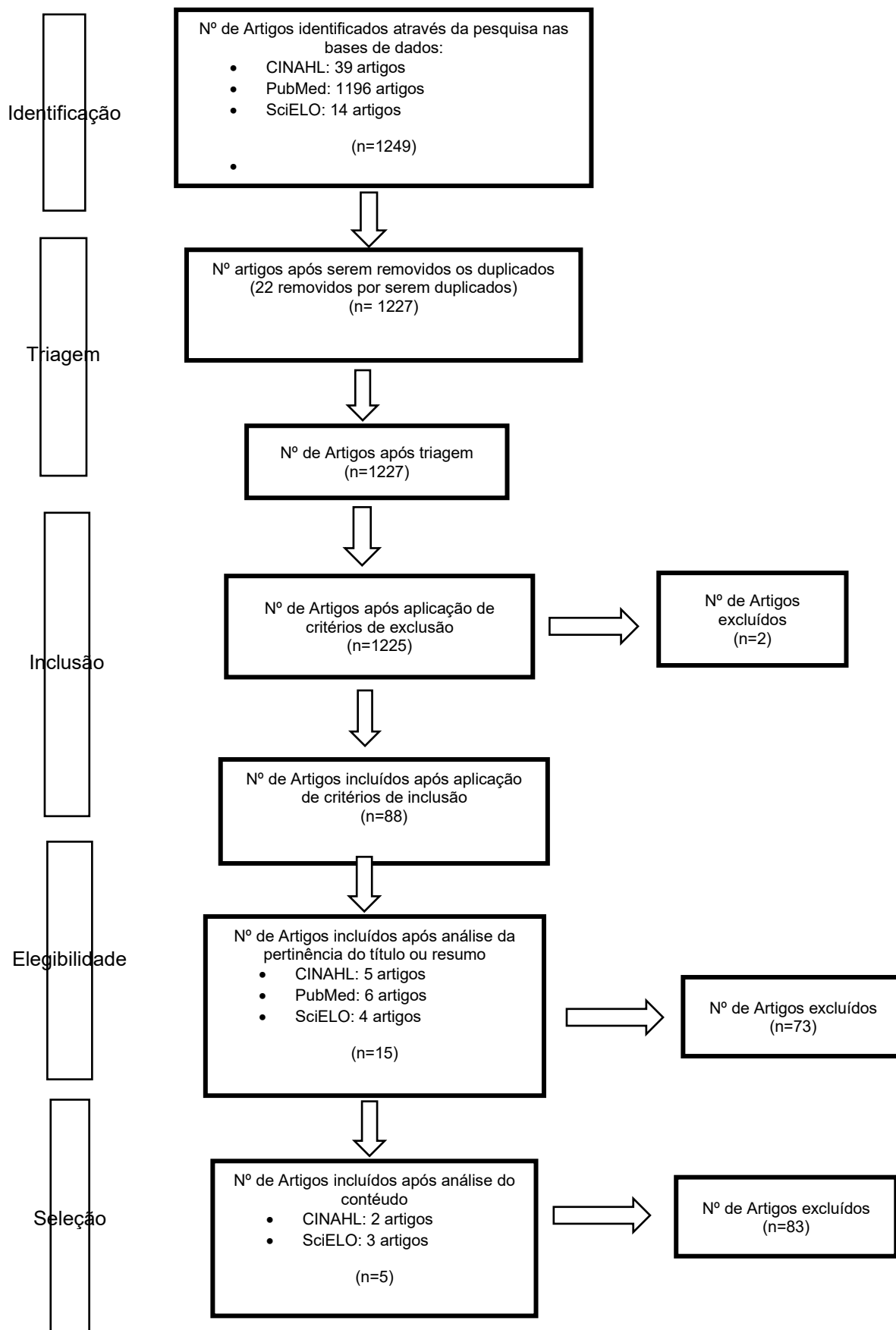


Tabela de Evidências

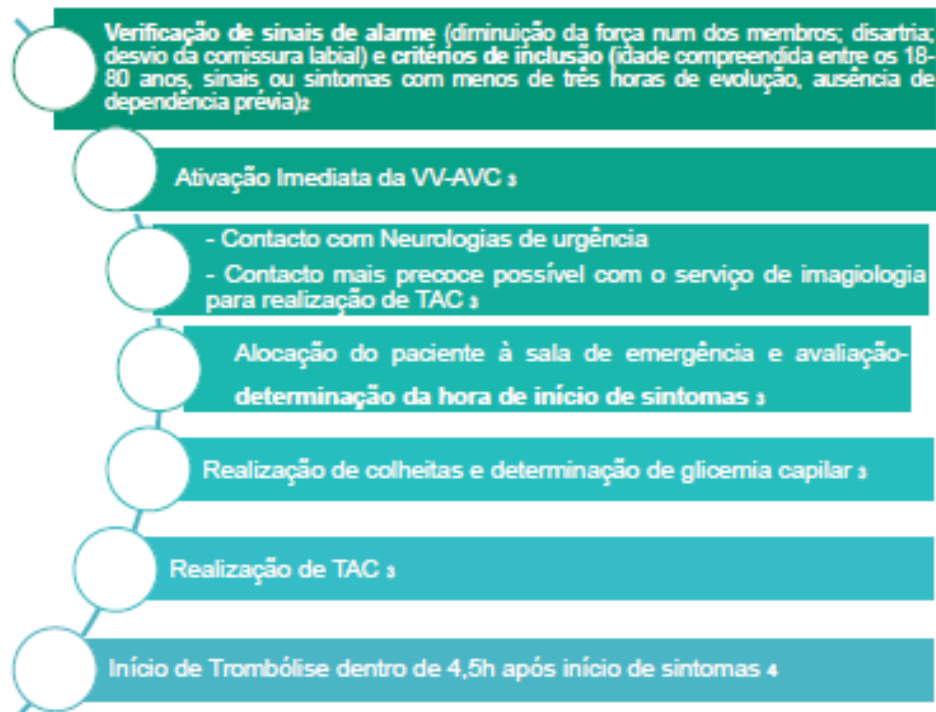
Autores	Título	Revista	Ano	Resultados Obtidos
CINAHL				
Rôlo, Beatriz; Santos, Beatriz; Duarte, Ivan; Pires, Letícia; Castro, Cidália	Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review	Annals of Medicine	2019	Os principais fatores que influenciam na humanização do atendimento à pessoa em situação crítica são aqueles que afetam a sua evolução como mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. É importante olhar para a pessoa em situação crítica nos vários aspetos, vendo-o como um todo, realizando assim o cuidado de enfermagem holístico. Existem princípios fundamentais que regulam a prática humanizada da assistência de enfermagem, que atua no campo da emergência, que garante as necessidades humanas básicas por meio do trabalho em equipa, bem como visar ao autocuidado, recuperação e promoção da saúde. A humanização está ausente no dia a dia do Serviço de Emergência.
Leite, Tereza E. H. P.; Sousa, Francisco I. N.; Ponte, Vanessa A.; Mariano, Monaliza R.; Barbosa, Priscilla M. E.; Araújo, Thiago M.	The Challenges of Humanization Within Units of Ready Attendance: The Vision of Managers	Ciência, Cuidado e Saúde	2018	Participaram neste estudo 18 profissionais do serviço de emergência, dos quais 9 enfermeiras e médicas. Com este estudo foi possível identificar os desafios da humanização nas unidades de urgência e emergência, bem como os fatores influentes no processo de humanização.
SciELO				
Anguita, Martina V.; Sanjuan-Quiles, Ángela; Rios-Risquez, Maria I.; Valenzuela-Anguita, Maria C.; Juliá-Sanchis, Rocío;	Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras	Revista de Enfermagem Referência	2019	Foram identificados dois temas principais: as dimensões dos cuidados de saúde humanizados e implementação de cuidados de saúde humanizados nos serviços de urgência, bem como cinco subtemas. São apresentadas recomendações para reforçar as iniciativas para implementação de modelos integrados de assistência em saúde. A implementação do cuidado holístico, centrado no doente e na sua família é essencial para garantir a humanização dos cuidados de saúde nos serviços de urgência.

Montejano-Lozoya, Raimunda				
Sousa, Kayo H. J. F.; Damasceno, Carolinne K. C. S.; Almeida, Camila A. P. L.; Magalhães, Juliana M.; Ferreira, Márcia A.	Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem	Revista Gaúcha de Enfermagem	2019	A análise possibilitou a elaboração das unidades de evidência: 'Acolhimento com classificação de risco: dispositivo com bons resultados' e 'Barreiras e dificuldades para a utilização das diretrizes da Política Nacional de Humanização. O Acolhimento com Classificação de Risco foi evidenciado como principal dispositivo para a efetiva operacionalização da Política Nacional de Humanização e existem barreiras para sua efetivação relacionadas à organização das redes de atenção à saúde, problemas estruturais e ao trabalho multiprofissional.
Perboni, Jéssica A.; Silva, Renata C.; Oliveira, Stefanie Gribeler	A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado	Interações	2019	Os principais achados versaram sobre a humanização do atendimento pelos enfermeiros, prioridades e os desafios do cuidado ao paciente politraumatizado.

Apêndice II: Critérios de Ativação da Via Verde AVC

VIA VERDE AVC- Conceitos e Abordagens

A Via Verde-AVC (VV-AVC) consiste numa forma de organização de cuidados do serviço de urgência para os doentes com quadro sugestivo de AVC poderem realizar exames com maior prontidão, a fim de se confirmar ou excluir o diagnóstico de AVC, de modo a proporcionar-lhes o tratamento trombolítico, caso cumpram os critérios¹



1-84, M. J. (2006). AVC- Primeira causa de morte em Portugal. *Revista de Faculdade de Ciências de Saúde*, 12-19. doi:ISSN: 1648-0480.8
2- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2014). *Protocolo de atuação: Via verde do AVC intra-hospitalar: diretrizes internas de conduta*. Coimbra: CHUC.
3- Alto Comissário de Saúde. (2007). *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e o acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Coordenação Nacional para as doenças cardiovasculares. Acesso em 8 de dezembro de 2020
4- Pappinen, J., Miettinen, T., Nevala-Laukkanen, P., Kantanen, A.-M., Mentyvelka, P., & Kuroki, J. (2020). The selection of an optimal transportation strategy in urgent stroke missions: a simulation study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28-48. doi:<https://doi.org/10.1186/s13049-020-00747-4>

Trabalho realizado por: Ana Barros; anaaraujobarros@hotmail.com
Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica com Especialização em Enfermagem em Pessoas em Situação Crítica pela UCP (Universidade Católica Portuguesa)




VIA VERDE AVC- CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO

Os sistemas de triagem de doentes admitidos no SU representam um elo essencial na estratégia de minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento das vítimas de AVC 1

Referência Bibliográfica:
1- Pereira, M. S., Guedes, H. M., Oliveira, L. M., & Martins, J. C. (Abr/Maio/Jun de 2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manuseio em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 93-102. doi:https://doi.org/10.12707/19116079

SINAIS DE ALARME 1



- Desvio da comissura labial;
- Diminuição da força nos membros;
- Disartria.
- *Utilização escala Cincinnati

Escala Cincinnati de AVC (Cincinnati)

Amplitude de Movimento

Parcial/total (para os membros):

- Total = todos os movimentos possíveis
- Anormal = 1 ou mais movimentos parciais

Qualidade do movimento superior (para os membros superiores, somente os membros superiores > 90 graus em Elbowflexão):

- Total = todos os movimentos possíveis
- Anormal = 1 ou mais movimentos parciais


Integridade da fala

- Total = paciente fala ininterruptamente e compreende o que é dito
- Anormal = paciente não compreende o que é dito

Esperde normal (teste para a comissura labial)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 1



- Idade compreendida entre os 18-80 anos;
- Sinais ou sintomas com < 3 horas de evolução;
- Ausência de dependência prévia

Trabalho realizado por: Ana Barros: anabarr@netmail.com
Eduarda do Couto de Almeida em Enfermagem Médico Cirúrgica com Especialização em Enfermagem em Práticas em Saúde Cuidado pela UCP (Universidade Católica Portuguesa)

ATIVAÇÃO VV-AVC- ALOCAÇÃO PACIENTE NA SALA DE EMERGÊNCIA

CONTACTO COM NEUROLOGISTA DE URGÊNCIA (Nº 33064)

Apêndice III: AUTOPULSE®- Guia de Utilização Prática



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

AUTOPULSE®- Guia de Utilização Prática

Estudante: Ana Isabel Araújo Barros

Sob orientação de:

Prof^a Doutora Irene Oliveira

Porto, 13 de novembro de 2020

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS.....	99
INTRODUÇÃO	100
BENEFÍCIOS.....	101
MÉTODO DE UTILIZAÇÃO	102
ALERTAS E CURIOSIDADES.....	104
CONCLUSÃO.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1: Dispositivo AutoPulse®	101
Figura 2: Circunferência torácica- aplicação AutoPulse®	102
Figura 3: Colocação correta AutoPulse®.....	104

LISTA DE SIGLAS

SU- Serviço de Urgência;

RCP- Ressuscitação Cardio-Pulmonar;

SBV- Suporte Básico de Vida;

etCO2- níveis de dióxido de carbono expirado.

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio final realizado no Serviço de Urgência de um hospital do norte do país, detetei como uma das dificuldades em contexto de reanimação em sala de emergência a utilização do dispositivo de compressão torácica automática- AutoPulse®.

Sendo uma aquisição recente no SU, e pela ausência de prática com o mesmo pela maioria da equipa que exerce funções na Sala de Emergência, verifica-se apreensão e receio na sua utilização por parte dos profissionais. Receio esse fundamentado pela dicotomia tentativa de colocação do AutoPulse® atrasando e/ou interrompendo RCP versus ininterrupção de RCP com compressões torácicas manuais.

Neste SU, perante a recente aplicação do mesmo no serviço, leva a um determinado receio ainda na sua utilização por parte dos profissionais.

Neste sentido, e como forma de perceber os benefícios da utilização deste dispositivo, optei pela elaboração deste documento onde se faz referência ao modo de utilização do mesmo e seus principais benefícios face às compressões torácicas manuais. Perante isto, e após a execução do mesmo, desenvolvi dois pósteres ilustrativos, um mais completo, que carece de informação científica da comprovação dos resultados obtidos com a utilização do equipamento (Apêndice I- Poster AutoPulse®) e um segundo póster (Apêndice II- Poster AutoPulse® Sala Emergência) apenas com o modo correto de utilização para que se torne mais visual e prático na utilização rápida em contexto de emergência.

O AutoPulse® consiste num dispositivo de compressão torácica elétrica que funciona através aplicação de compressão e, posterior, relaxamento de uma banda de distribuição de carga conectada a uma placa rígida (Gao, et al., Clinical



evaluation of the AutoPulse automated chest compression device for out-of-hospital cardiac arrest in the northern district of Shanghai, China, 2016).

Figura 1: Dispositivo AutoPulse® (ZOLL Medical Corporation, 2014)

BENEFÍCIOS

Vários são os estudos que fazem referência aos benefícios do AutoPulse®, contudo e segundo Gao et al. (2016) referem que estudos humanos mostraram que, em comparação com a compressão torácica manual, o autopulse aumentou significativamente o fluxo sanguíneo coronário, bem como o fluxo sanguíneo cerebral. Além disso, também foi igualmente comprovado que o nível de etCO₂ foi significativamente maior em grupos em que se utilizou o AutoPulse® para RCP. Segundo Swanson, et al. (2008), Os resultados mostram que o etCO₂ aumentou com a RCP do AutoPulse®, mas não com a RCP manual. A RCP do AutoPulse® também elevou o número de sobrevivência em curto prazo em 28%, comparados a 18% da RCP Manual.

Tudo isto se deve à capacidade de contínuas compressões torácicas, já mencionadas pela AHA CPR Guidelines.

Compressões torácicas contínuas permitem libertar a equipa para outras atividades de RCP essenciais, bem como para pensar de modo mais racional

acerca das potenciais causas reversíveis de PCR. Permite ainda o transporte seguro do paciente sem comprometer as compressões torácicas.

O AutoPulse® aplica uma compressão torácica completa ao envolver todo o tórax com uma faixa. Isto permite que a força de compressão pressione toda a cavidade torácica ao invés de um ponto no esterno, levando a perfusão a níveis quase normais e mantendo uma compressão segura (ZOLL Medical Corporation, 2014).

De referir ainda que o Autopulse® confere uma compressão personalizada para cada indivíduo comprimindo toda a cavidade torácica do paciente em 20%. O AutoPulse® mede a circunferência torácica inicial e usa as primeiras seis a oito compressões para determinar a complacência torácica. A força necessária para atingir uma profundidade de compressão adequada varia de paciente para paciente; e o AutoPulse® faz ajustes automáticos para aplicar a força de compressão correta (ZOLL Medical Corporation, 2014).

Outros autores corroboram com o mencionado, afirmando que dados de ressuscitação cardiopulmonar utilizando o dispositivo LUCAS® (Medtronic, Redmond, Estados Unidos), análogo ao AutoPulse®, demonstraram melhor fluxo coronário e melhor fluxo cerebral, comparativamente à ressuscitação cardiopulmonar manual (Vagas, et al., 2012).

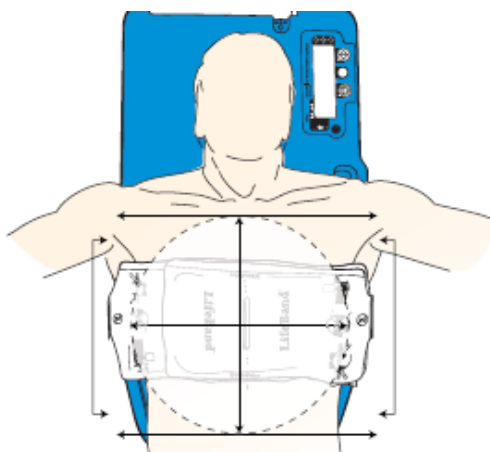


Figura 2: Circunferência torácica- aplicação AutoPulse® (ZOLL Medical Corporation, 2014)

MÉTODO DE UTILIZAÇÃO

As principais limitações quanto a seu emprego foram a dificuldade em se instalar rapidamente a prancha sob o dorso do paciente em decúbito dorsal e a radiopacidade dos componentes eletrônicos para a possibilidade de realização de alguns exames de diagnóstico e terapêutica (Vagas, et al., 2012).

Outras das dificuldades mencionadas pelos mesmos autores estão relacionadas com o posicionamento adequado da banda pneumática e a sua observação de correto posicionamento periódico, pelo risco acrescido de trauma da cavidade abdominal.

Desta forma, para um uso adequado devemos ter em atenção o seguinte:

- SBV;
- Cortar roupas para exposição tórax;
- Aplicação de pás de desfibrilhação imediatamente antes da colocação do dispositivo Autopulse®;
- Garantir que o dispositivo AutoPulse® já está pronto para colocação-

Atenção ao posicionamento:

- ✓ Mobilizar doente no sentido da colocação posterior do dispositivo, num movimento rápido e único, de forma a minimizar as interrupções nas compressões;
- ✓ Garantir o posicionamento adequado do doente sobre a prancha do dispositivo- linha amarela na linha média mamilar, abaixo das axilas e na linha assinalada para o tronco e posicionamento dos ombros.



Figura 3: Colocação correta AutoPulse® (ZOLL Medical Corporation, 2014)

- Ajuste das bandas de compressão com o velcro;
- Ligar dispositivo e escolher modo (contínuo ou 30:2);
*Bandas ajustam-se automaticamente ao tórax do paciente, avaliando as suas características;
- Início das compressões.

ALERTAS E CURIOSIDADES

- Risco acrescido de dano de órgão em comparação com as compressões manuais;
- Cuidado acrescido em trombólise para evitar hemorragia da cavidade abdominal;
- Radiografias efetuadas em contexto de emergência verificaram uma incidência menor de fratura das costelas em doentes submetidos à utilização do AutoPulse®;
- Possibilidade de conexão de sistema de desfibrilhação.

Contudo, os dados de estudos ainda não são suficientes para determinar a vantagem clara no que diz respeito ao dano de órgão através do uso de AutoPulse® comparativamente às compressões manuais (Gao, et al., Clinical evaluation of the AutoPulse automated chest compression device for out-of-hospital cardiac arrest in the northern district of Shanghai, China, 2016).

CONCLUSÃO

Através da elaboração deste documento foi possível comprovar a eficácia e os benefícios do dispositivo de compressão mecânica- AutoPulse®, contudo podemos afirmar que os estudos referentes aos mesmo ainda são escassos de forma a perceber as consequências orgânicas da sua utilização.

Contudo, um documento em que o objetivo principal pretendido foi atingido, através da simplificação e desmistificação da colocação do AutoPulse®.

Um dispositivo de simples aplicação, que em muitos aspetos pode melhorar a eficácia da RCP.

BIBLIOGRAFIA

1. Gao, C., Chen, Y., Peng, H., Chen, Y., Zhuang, Y., & Zhou, S. (2016). Clinical evaluation of the AutoPulse automated chest compression device for out-of-hospital cardiac arrest in the northern district of Shanghai, China. *Arch Med Sci- Clinical Research*, 564-570. Acesso em 12 de novembro de 2020
2. Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva. (2011). Recomendações 2010 para a Reanimação Conselho Português de Ressuscitação. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18. doi:ISSN 0872-3087
3. Swanson, M., Poniatowski, M. O., Ambulance, E., Hill, H., Springer, P., Volusia County Government, . . . FL. (2008). Um dispositivo de assistência em RCP aumentou a admissão do Departamento de Emergência e pressões parciais de EtCO₂ durante o tratamento de paradas cardíacas fora dos hospitais. *Supplement to Circulation*, 114, 2664. Acesso em 13 de novembro de 2020
4. Vagas, T. T., Ribeiro, L. P., Cade, J. R., Palma Dalan, L. A., Janella, B. L., Almeida, B. O., . . . Katsuo Sato, A. P. (2012). Experiência Inicial com o Uso do Autopulse® em Sala de Hemodinâmica. *Revista Brasileira de Cardiologia Intensiva*, 20, 204-7. Acesso em 13 de novembro de 2020
5. ZOLL Medical Corporation. (2014). *AutoPulse- RCP mecânica no hospital*. Chelmsford, MA 01824 EUA. Acesso em 12 de novembro de 2020

Apêndice IV- Póster AUTOPULSE®

AUTOPULSE®- COMO UTILIZAR DE FORMA EFICIENTE



Ana Barros; anaarajobarras@hotmail.com*
Residente do Curso de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Enfermagem em Prática em Situação Crítica pela UCP (Universidade Católica Portuguesa)

1. Cortar as roupas para exposição do tórax;



2. Aplicação das pás de desfibrilhação imediatamente antes da colocação do dispositivo AutoPulse®;



3. Garantir que o dispositivo AutoPulse® já está pronto para colocação;

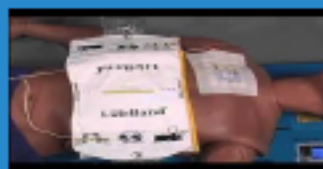
4. Colocar o dispositivo no paciente:

- Mobilizar paciente no sentido da colocação posterior do dispositivo, num movimento rápido e único, de forma a minimizar as interrupções nas compressões;
- Garantir o posicionamento adequado do doente sobre a prancha do dispositivo- linha amarela na linha média mamilar, abaixo das axilas e na linha assinalada para o tronco e posicionamento dos ombros (de acordo com imagem);
- Ajustar as bandas de compressão com o velcro. As bandas ajustam-se automaticamente ao tórax do paciente, avaliando as suas características.

Posicionamento
correto dos ombros



Linha média
mamilar, infra-
axilar



5. Ligar dispositivo e escolher modo (contínuo ou 30:2);

6. Início das compressões.



Modo de utilização:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee, C., Chen, Y., Peng, H., Chen, Y., Zhang, Y., & Zhu, S. (2016). Global evaluation of the AutoPulse external chest compression device for out-of-hospital cardiac arrest in the urban district of Chengde, China. *Int J Med Sci Global Research*, 10(12). Acesso em 12 de novembro de 2020.
2. Thomas, M., Fernández, M. D., Amador, E., He, H., Sprague, P., Wake County Government, ... et al. (2016). Um dispositivo de assistência em RCP automático e ativado no Departamento de Emergência e resultados primários de RCOE em três hospitais. *Suplemento Circulatório*, 134. Acesso em 12 de novembro de 2020.
3. (2020). Medical Corporation. (2016). AutoPulse RCP realizada no Hospital ChristusEpi. USA: OSHA BLS. Acesso em 12 de novembro de 2020.

Apêndice V: A Hipotermia como Fator de Risco na Emergência Extra-Hospitalar



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**HIPOTERMIA COMO FATOR DE RISCO NA EMERGÊNCIA
EXTRA-HOSPITALAR**

Estudante: Ana Isabel Araújo Barros

Sob orientação de:

Prof^a Doutora Irene Oliveira

Porto, janeiro de 2020

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	120
2. HIPOTERMIA EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR 122	
3. EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA.....	123
4. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS À HIPOTERMIA NO EXTRA-HOSPITALAR 126	
5. CONCLUSÃO.....	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
APÊNDICES	133
APÊNDICE I: APRESENTAÇÃO PPT	133

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1: Efeitos Fisiológicos Hipotermia	124
Tabela 2: Tipos de Reaquecimento	127

LISTA DE SIGLAS

ECMO- Extracorporeal Membrane Oxygenation

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

Kcal/h- Kilocalorias por hora

SIV- Suporte Imediato de Vida

VMER- Veículo Médico de Emergência e Reanimação

1.INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio de Emergência Extra-Hospitalar realizado nos meios SIV e VMER do Instituto Nacional de Emergência Médica, foi proposta a realização da apresentação de fundamentação, com base na evidência científica mais atual, relativa a uma temática de pertinência no contexto da emergência extra-hospitalar. Neste sentido, e após reflexão relativa à prática de enfermagem em contexto de emergência extra-hospitalar, verifiquei a hipotermia como um dos fatores de difícil controlo nos diversos ambientes adversos decorrentes deste tipo de emergência, considerada de primeira linha na abordagem à pessoa em situação crítica.

A temática para este trabalho surge do facto do estágio de SIV ser realizado numa região mais a norte, em que as temperaturas são naturalmente mais baixas no inverno e que na altura do ano em específico até neve se verificou. Perante isto, e pela dificuldade de controlo térmico neste contexto de abordagem à pessoa em situação crítica percecionei como pertinente alertar para a importância do controlo da hipotermia, ainda mais sendo um dos fatores de mau prognóstico no trauma.

A hipotermia acidental é definida como uma diminuição não intencional da temperatura corporal inferior a 35°C, sem a presença de patologia primária (Haverkamp, Giesbrecht, & Ten, 2017). Apresenta-se, igualmente, como uma situação comum nas vítimas de trauma, onde a abordagem extra-hospitalar é primária, imediata e extremamente importante na melhoria das taxas de sobrevivência da pessoa em situação crítica. Desta forma, é importante salientar que temperaturas abaixo dos 35°C estão associadas a lesões agravadas e aumento da mortalidade (Lapostolle, et al., 2017). Zasa, Flowers, Zideman, Hodgetts, & Harris (2016) reforçam esta ideia afirmando que temperaturas abaixo dos 35°C acarretam efeitos prejudiciais na fisiologia humana.

Contudo outros autores também consideram temperaturas inferiores a 36°C como hipotermia, afirmando mesmo a temperatura leve abaixo dos 36°C (Thomassen, et al., 2011).

Perante a pesquisa bibliográfica efetuada foi possível clarificar a pertinência deste tema para a perceção da importância desta componente fisiológica no contexto de emergência pré-hospitalar, que por vezes se descora numa abordagem inicial à vítima, embora esteja presente no E (exposição) do algoritmo da abordagem ABCDE. Com esta fundamentação pretendo também analisar os métodos atuais e mais eficazes para o controlo térmico na pessoa em situação crítica.

O presente documento engloba uma fundamentação teórica à luz da evidência científica recente, tendo sido planeada uma apresentação, do mesmo aos profissionais de saúde que atuam no terreno, que segue em anexo.

As palavras-chave utilizadas como descritores de pesquisa foram o “*prehospital*”, “*temperature control*”, “*hypothermia*” e “*trauma*”, tendo a mesma sido realizada entre os dias 8 e 11 de janeiro de 2021 na base de dados **EBSCOhost** .

2. HIPOTERMIA EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

A hipotermia em contexto da emergência extra-hospitalar está permanentemente presente como um dos fatores preditivos de agravamento fisiopatológico na pessoa em situação crítica.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 1500 pessoas morrem de hipotermia primária a cada ano. A etiologia da hipotermia é multifatorial e as principais causas assumidas de hipotermia acidental em pessoas vítimas de trauma são a perda de calor devido à exposição ambiental, a administração intravenosa de fluídos não aquecidos, choque hemorrágico, bem como os efeitos da anestesia ou sedação na termorregulação (Haverkamp, Giesbrecht, & Ten, 2017).

Todas pessoas em situação crítica, ou não, em contexto extra-hospitalar ficam hipotérmicos devido à doença ou lesão, especialmente nos pacientes com traumatismos graves, onde a incidência pode variar entre 13,3% e 43% em vários ambientes extra-hospitalares em todo o mundo (Haverkamp, Giesbrecht, & Ten, 2017).

Importante, neste sentido, lembrar a hipotermia como sendo um dos componentes da chamada “tríade letal no trauma”, juntamente com a acidose metabólica e a coagulopatia (Mota M. , et al., 2020). Os mesmos autores referem que a hipotermia afeta cerca de 60% dos pacientes vítimas de trauma severo, contrariamente aos valores mencionados anteriormente referentes à incidência em todos os tipos de trauma.

Além da vertente fisiológica, o frio é descrito pelos pacientes como uma sensação desagradável (Zasa, Flowers, Zideman, Hodgetts, & Harris, 2016), que engloba pacientes de risco acrescido como é o caso dos idosos e das crianças. Os idosos apresentam-se com dificuldade em tremer, fator este que promove o aumento da temperatura corporal, e as crianças mais pequenas que apresentam uma grande superfície cutânea em relação ao peso corporal. Outros grupos de risco, passam pelas pessoas que estão sob influência de álcool ou drogas, ou até mesmo tratadas com beta-bloqueadores ou antidepressivos (Aléx, Uppstu, & Saverman, 2017).

Esta problemática exposta não é de toda novidade no mundo da emergência, uma vez que a primeira vez que este fenómeno foi descrito foi durante a Guerra Revolucionária Americana. Nesse período, analisaram os acontecimentos e acabaram por identificar as roupas húmidas nos soldados feridos como um dos fatores de complicações mais graves. A mesma contextualização pôde ser observada na Primeira Guerra e na Segunda Grande Guerra mundiais, bem como na Guerra do Vietnam, como fator que aumentava a morbidade e mortalidade (Perlman, et al., 2016).

Outros autores referem também o efeito da roupa molhada como sendo um fator que aumentará significativamente a perda de calor por evaporação, alertando assim para a remoção da mesma assim que possível (Thomassen, et al., 2011).

O meio de atuação extra-hospitalar está assente em diversos ambientes adversos, sobretudo climáticos, o que torna a hipotermia como um fator a ter em atenção. Não apenas o ambiente exterior acarreta esta situação, apesar de ser uma contribuição significativa. Com isto, pretendo afirmar que o ambiente de uma ambulância apresenta-se como um espaço frio e desagradável, onde a utilização de mecanismos de aquecimento são essenciais de modo a prevenir a hipotermia. Aléx, Uppstu, & Saverman (2017), afirmam que manter uma temperatura interna normal dentro do compartimento da ambulância no inverno torna-se difícil devido às baixas temperaturas ambientes e à falta de sistemas de aquecimento adicionais. Referem ainda que uma temperatura ambiente de 27°C é necessária para que o corpo seja capaz de manter a temperatura corporal normal.

3. EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

A perda de calor normalmente ocorre a uma taxa de 60-75 kcal/h através de quatro métodos diferentes: radiação, condução, evaporação e convecção. No que diz respeito à radiação esta consiste na transferência de energia térmica por via de onda eletromagnéticas de um gradiente de concentração sem contacto direto, sendo calculada uma taxa de 10-60 kcal/h de desgaste. Os métodos utilizados para evitar a perda de calor estão relacionados com o uso de cobertores de aquecimento, aumento da temperatura ambiental e aquecedores.

Já a perda calor por condução consiste na transferência de energia entre dois objetos sólidos em contacto, prevendo-se uma perda de 16-30 kcal/h. Os métodos mais eficazes de prevenção passam pela remoção da roupa molhada e evitar o contacto prolongado com superfícies frias. Na convecção a perda calórica é de cerca de 10-20 kcal/h, consistindo na transferência de energia durante o movimento de massa de gás ou líquido. Por último, o mecanismo de evaporação é a energia térmica transferida durante a mudança de fase (água para gás), como por exemplo relativamente á água evaporada pela pele, trato respiratório e vísceras. Para a prevenção da perda de calor nestes últimos mecanismos, os autores referem os cobertores de aquecimento e evitar cirurgias prolongadas de abdómen “aberto” (Perlman, et al., 2016).

Deste modo, podemos classificar a hipotermia em leve (34-36°C), hipotermia moderada (32-34°C), e hipotermia grave (<32°C), onde é considerada a normotermia como 37°C (com uma oscilação possível de cerca de +- 0,5°C) (Perlman, et al., 2016).

Perante esta abordagem, torna-se essencial a especificação dos efeitos fisiológicos da hipotermia. Segundo Perlman, et al. (2016), vários são os mecanismos fisiológicos alvos de comprometimento, como tal na tabela seguinte apresento um resumo detalhado dos mesmos de acordo com o mencionado pelos mesmos autores.

Tabela 1: Efeitos Fisiológicos Hipotermia

Efeito Fisiológico	Mecanismo Fisiológico
Termogénese	No adulto, o hipotálamo estimula os músculos esqueléticos a tremer, o que produz calor como um subproduto da respiração celular. Na ausência de tremores (por exemplo, quando paralisado com agentes bloqueadores neuromusculares), a taxa metabólica diminuirá em 8% para cada grau centígrado de perda de calor.
Efeitos Neurológicos	O metabolismo cerebral em adultos diminui 7% para cada grau centígrado perdido. As pessoas em situação crítica poderão desenvolver confusão, descoordenação e sonolência, podendo mesmo entrar em estado comatoso por volta dos 30°C. Abaixo dos 27°C há perda de reflexos tendinosos profundos e reflexos pupilares e, eventualmente, o centro neurológico fica deprimido. Desse modo,

	<p>por exemplo, o diagnóstico de morte cerebral não pode ser feito perante hipotermia grave, devendo ser reaquecidos a 34°C.</p>
Efeitos Cardiovasculares	<p>A hipotermia leve (<36°C) causa aumento do tônus simpático, frequência cardíaca, pressão arterial e débito cardíaco, enquanto a hipotermia moderada deprime a atividade. A 34°C, a hipotermia prejudica o relaxamento diastólico. Por volta de 28°C, a bradicardia desenvolve-se com um intervalo PR prolongado, ondas Osborne e inversão da onda T seguidas por fibrilhação ventricular a 25°C.</p>
Efeitos Respiratórios	<p>A hipotermia leve pode aumentar a frequência respiratória, causando uma diminuição na pressão parcial de CO₂. Em níveis moderados, os reflexos das vias aéreas são reduzidos, predispondo o paciente à aspiração. A 32°C, o centro medular fica deprimido, levando à diminuição da ventilação minuto, aumento das secreções e atelectasia. A troca gasosa não é afetada, mas há um aumento na resistência vascular pulmonar e ventilação- perfusão incompatível.</p>
Efeitos Renais	<p>O aumento inicial no débito cardíaco, resistência vascular periférica e pressão arterial média podem levar a um aumento no fluxo sanguíneo renal e diurese induzida pelo frio. Com mais perda de calor, a taxa de filtração glomerular diminui, atingindo 50% do normal a aproximadamente 30°C. A produção de urina não diminui até 20°C.</p>
Efeitos Hematológicos	<p>As enzimas do fator de coagulação e as plaquetas funcionam perfeitamente a 37°C. A hipotermia prejudica a função plaquetária entre 33 a 37°C e a atividade dos fatores de coagulação e síntese do fibrinogênio abaixo de 33°C. Os níveis de tempo de tromboplastina parcial aumentaram.</p> <p>Temperaturas abaixo de 33°C também inibem a trombina, glicoproteína Ib- Complexo IX, agregação plaquetária e produção de tromboxano B₂. Um estudo investigou a reversibilidade desses efeitos na análise de citometria de fluxo sanguíneo total e as complicações demonstram resolver-se com o reaquecimento a 37°C.</p> <p>Hipotermia e coagulopatia induzida por trauma:</p> <p>A coagulopatia induzida por trauma está presente em 25% de todas as pessoas gravemente feridas e apresenta uma taxa de mortalidade de 46%.</p> <p>Vários ensaios recentes identificaram um tempo de protrombina prolongado e, portanto, coagulopatia no período de tempo após o trauma inicial em 25% dos casos. Existem sete mecanismos</p>

envolvidos no seu desenvolvimento: choque, trauma tecidual, inflamação, acidemia, hemodiluição, hemorragia maciça e hipotermia.

Embora o choque seja considerado dos principais fatores de coagulopatia, a lesão do tecido ainda é necessária para o seu desencadear. A hipoperfusão faz com que os tecidos fiquem hipóxicos levando à acidose láctica, que junto com a hipotermia diminui a atividade da cascata de coagulação e aumenta a fibrinólise.

Neste sentido vários são os fatores de risco para o desenvolvimento da hipotermia e, conseqüente, mortalidade. Numa fase extra-hospitalar temos a gravidade da lesão (lesões do crânio, lesões medula espinal e choque), extremos de idade (crianças e idosos), roupa molhada, bem como anestesia geral intubação no pré-hospitalar em condições médicas adversas (Perlman, et al., 2016).

A associação entre a hipotermia e a gravidade da lesão é bem mencionada na literatura. Perda sanguínea, grandes feridas abertas e lesões significativas da cabeça podem interromper a regulação da temperatura, deixando a pessoa vulnerável à perda de calor.

Não podemos descorar face a estas situações em contexto pré-hospitalar, a temperatura dos fluídos administrados, que quando não aquecidos contribuem para o aumento dos fatores de risco (Perlman, et al., 2016).

4. ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS À HIPOTERMIA NO EXTRA-HOSPITALAR

Durante o processo de abordagem à pessoa em situação crítica no extra-hospitalar, a hipotermia poderá ser negligenciada, uma vez que lesões mais graves requerem intervenção urgente e mais imediata. Na verdade, um dos princípios fundamentais da ressuscitação do trauma é o “E” para exposição de modo a garantir a identificação completa de lesões e níveis de temperatura. No entanto, em muitos casos, os dispositivos de aquecimento não estão disponíveis e a temperatura pode nem mesmo ser registada.

Para que tal acontecimento possa ser contornado e se garantam melhorias nos *outcomes* associados à hipotermia no extra-hospitalar, vários autores

mencionam estratégias adaptativas que permitirão reduzir a incidência desta problemática.

Perlman, et al. (2016) referem que a ênfase deve ser primeiramente colocada na prevenção e depois no tratamento. Desta forma, o aquecimento da pessoa no extra-hospitalar torna-se essencial, uma vez que no trauma, por exemplo, é difícil reaquecer a pessoa em situação crítica, pois o calor perdido já foi considerável.

Os métodos de aquecimento mencionados na literatura apresentam-se como métodos de reaquecimento externo passivo, reaquecimento externo ativo e reaquecimento interno (Perlman, et al., 2016).

Entende-se por reaquecimento ativo o aquecimento cujo o calor é fornecido à pessoa a partir de uma fonte de calor exógena. Já o reaquecimento passivo ocorre quando a pessoa é isolada do ambiente, permitindo que a produção de calor endógena aumente a temperatura central. Por último, o reaquecimento interno ou invasivo, é quando o calor é aplicado diretamente no organismo do paciente (Mydske & Thomassen, 2020).

Na tabela seguinte, apresento um resumo das principais medidas de aquecimento de acordo com o seu tipo, mencionado por Perlman, et al. (2016).

Tabela 2: Tipos de Reaquecimento

Tipos de Reaquecimento		
Hipotermia Leve	Externo Passivo	<ul style="list-style-type: none">• Remoção de roupas molhadas;• Aumento da temperatura ambiente;• Aplicação de cobertores quentes.
Hipotermia Moderada /	Externo Ativo	<ul style="list-style-type: none">• Aquecedor por radiação;• Cobertor elétrico;• Cobertor de ar quente forçado;• Almofadas de aquecimento;• Colchão aquecido.

<p>Hipotermia Grave</p>	<p>Interno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilação com oxigênio humidificado; • Fluidos intravenosos aquecidos; • Lavagem peritoneal; • Modalidades extracorporais (diálise ou ECMO).
--------------------------------	-----------------------	--

Kober et al, citado por Perlman, et al. (2016), avaliaram 100 pacientes durante o transporte extra-hospitalar e verificaram que os que receberam aquecimento ativo tinham menos dor e ansiedade e níveis de temperatura mais elevados. Na hipotermia grave, entretanto, a vasoconstrição periférica limitará a eficácia do reaquecimento externo. Um estudo investigou essa teoria usando um aquecedor de ar forçado em pacientes com temperaturas abaixo de 30°C. Quinze dos intervenientes neste estudo ainda foram efetivamente aquecidos a uma temperatura acima de 35°C, demonstrando que o reaquecimento externo ainda pode ser considerado na hipotermia grave.

O reaquecimento interno ativo é usado para hipotermia moderada a grave. O reaquecimento interno restaura a temperatura aos níveis normais numa taxa mais rápida do que os métodos de superfície, estando associado a uma normalização mais rápida do débito cardíaco.

Vários autores afirmam que no extra-hospitalar o princípio norteador deve centrar-se na monitorização da temperatura corporal central. Contudo, referem também a dificuldade neste contexto de uma monitorização eficiente, pelo que recomendam que todos as pessoas sejam aquecidas imediatamente usando técnicas de aquecimento ditas de nível 1, como: remoção de roupas molhadas, cobertores quentes, aumento da temperatura ambiente.

Segundo Aléx, Karlsson, Bjornstig, & Saveman no seu artigo (2015), bem como noutro estudo por Aléx, Uppstu, & Saverman (2017), a existência de um colchão aquecido em contexto extra-hospitalar face a um colchão padrão/normal é mais agradável e mais eficaz. Este meio de aquecimento permite a obtenção de aquecimento ativo externo. Estes autores referem ainda que os resultados

mostram uma tendência para o uso de menos roupa de aquecimento após a introdução do colchão aquecido, o que se poderá tornar financeiramente mais vantajoso. Acrescentam ainda que alguém que sofra de hipotermia leve tem, entre outras problemáticas já mencionadas, um risco acrescido de contrair uma infeção, tendo como consequência inerente um período de cuidado prolongado, o que do ponto de vista socioeconómico, leva a um aumento dos custos inerentes aos cuidados de saúde. Equipar ambulâncias com colchões aquecidos leva a um melhor atendimento e à redução de riscos, fazendo com que menos pacientes sofram complicações acrescidas. Desta forma, este mecanismo constitui um desenvolvimento de cuidado inovador, barato e simples de implementar.

Contrariamente, Perlman, et al. (2016), no seu artigo afirma que o colchão aquecido com ar não se mostrou eficaz para pessoas em situação crítica vítimas de trauma grave, uma vez que apenas uma parte limitada da superfície corporal é que entra em contacto com o mesmo, potenciando o aparecimento de queimaduras.

Após esta análise detalhada foi possível verificar as diversas alternativas na prevenção da hipotermia no extra-hospitalar. Vários estudos fazem referência aos diversos mecanismos de reaquecimento verificando-se uns como mais eficientes relativamente a outros, muito também de acordo com o tipo de vítima. Em concordância, apresentam-nos sempre a prevenção, tendo sempre como base de atenção o aquecimento da pessoa, bem como a monitorização da temperatura central, procurando alternativas às implementadas sempre que a situação assim o justifique.

5. CONCLUSÃO

A hipotermia é considerada um fator de risco independente para mortalidade, estando relacionado ao comprometimento inicial da função cardiovascular, coagulação e acidose láctica, seguido de comprometimento respiratório. Os fatores de risco incluem exposição prolongada, fluidos frios, temperatura ambiente, intubação pré-hospitalar e gravidade da lesão. A terapia de reaquecimento deve começar na fase extra-hospitalar com estratégias de aquecimento passivas e ativas. Isso inclui cobertores de aquecimento, fluidos intravenosos quentes, aquecedores de ar forçado, gases humidificados, entre outros. Embora essas modalidades terapêuticas estejam geralmente disponíveis, o reaquecimento consistente ainda não é realizado de forma eficaz.

Estudos ainda se referem a existência de colchões aquecidos e de como a sua utilização pode ser barata, útil e eficaz, muito embora ainda se carece de estudos adicionais para complementar a sua utilidade.

Outra questão verificada prende-se com a monitorização da temperatura no pré-hospitalar, ocorrendo um descuido neste sentido. Importante referir que neste contexto, por exemplo em vítimas de trauma, a temperatura deve ser registada e o reaquecimento retomado durante a exposição na abordagem primária, monitorizando a mesma com frequência de 15 minutos.

As conclusões deste trabalho destacam um conjunto de medidas de reaquecimento, ativas e passivas, que devem ser tidas em conta na abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de extra-hospitalar.

De afirmar também, a importância de um plano de intervenção no que diz respeito à hipotermia, devendo ser a prevenção desenvolvida como boa prática, devendo integrar duas premissas essenciais: redução das perdas de calor e mecanismos de fornecimento do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aléx, J., Karlsson, S., Bjornstig, U., & Saveman, B.-I. (2015). Effect evaluation of a heated ambulance mattress-prototype on thermal comfort and patients' temperatures in prehospital emergency care- an intervention study. *International Journal of Circumpolar Health*, 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v74.28878>
2. Aléx, J., Uppstu, T., & Saverman, B.-I. (2017). The opinions of ambulance personnel regarding using a heated mattress for patients being cared for in a cold climate – An intervention study in ambulance care. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CIRCUMPOLAR HEALTH*, 76(379305), 1-7. doi:<https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1379305>
3. Haverkamp, F. J., Giesbrecht, G. G., & Ten, E. C. (2017). The prehospital management of hypothermia — An up-to-date overview. *Injury*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.11.001>
4. Lapostolle, F., Couvreur, J., Kock, F. X., Savary, D., Alhéritière, A., Gallimski, M., . . . Adnet, F. (2017). Hypothermia in trauma victims at first arrival of ambulance personnel: an observational study with assessment of risk factors. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 1-6. doi:DOI 10.1186/s13049-017-0349-1
5. Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Santos, E., Melo, F., Abrantes, T., & Santa, A. (2020). Prehospital interventions to prevent hypothermia in trauma patients: a scoping review. *Reviews & Discussion Papers*, 29-37. doi:<https://doi.org/10.37464/2020.373.88>
6. Mydske, S., & Thomassen, Ø. (2020). Is prehospital use of active external warming dangerous for patients with warming dangerous for patients with review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency*, 1-8. doi:<https://doi.org/10.1186/s13049-020-00773-2>
7. Perlman, R., Callum, J., Laflamme, C., NAscimento, B., Beckett, a., & Alam, A. (2016). A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity,

and mortality in severely injured trauma patients. *Critical Care*, 1:11. doi:DOI 10.1186/s13054-016-1271-z

8. Thomassen, Ø., Færevik, H., Østerås, Ø., Sunde, G. A., Zakariassen, E., Sandsund, M., . . . Brattebø, G. (2011). Comparison of three different prehospital wrapping methods for preventing hypothermia - a crossover study in humans. *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*(19), 1-7. Obtido em janeiro de 2021, de <http://www.sjtrem.com/content/19/1/41>
9. Zasa, M., Flowers, N., Zideman, D., Hodgetts, T. J., & Harris, T. (2016). A torso model comparison of temperature preservation devices for use in the prehospital environment. *Journal of Emergency Medical Care*(33), 418-422. doi:doi:10.1136/emmermed-2015-204769

APÊNDICES

APÊNDICE I: APRESENTAÇÃO PPT

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

INEM

**HIPOTERMIA
COMO FATOR DE
RISCO NA
EMERGÊNCIA
EXTRA-HOSPITALAR**

hipotermia

Trabalho realizado por: Ana Barros.

1

**HIPOTERMIA
COMO FATOR DE
RISCO NA
EMERGÊNCIA
EXTRA-
HOSPITALAR**

TÓPICOS A SEREM ABORDADOS

- HIPOTERMIA NO PRÉ-HOSPITALAR
- EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA
- ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS À HIPOTERMIA NO PRÉ-HOSPITALAR

A HIPOTERMIA...

A hipotermia acidental é definida como uma diminuição não intencional da temperatura corporal inferior a 35°C, sem a presença de patologia primária (Haverkamp, Giesbrecht, & Ten, 2017). Apresenta-se, igualmente, como uma situação comum nas vítimas de trauma, onde a abordagem pré-hospitalar é primária, imediata e extremamente importante na melhoria das taxas de sobrevivência destes pacientes. Desta forma, importante salientar que temperaturas abaixo dos 35°C estão associadas a lesões agravadas e aumento da mortalidade (Lapostolle, et al., 2017).



3



HIPOTERMIA NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

A hipotermia no contexto da emergência pré-hospitalar está permanentemente presente como um dos fatores preditivos de agravamento fisiopatológico na pessoa em situação crítica.

HIPOTERMIA NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

Nos Estados Unidos, aproximadamente 1500 pessoas morrem de hipotermia primária a cada ano.

A etiologia da hipotermia é multifatorial e as principais causas assumidas de hipotermia acidental em pessoas vítimas de trauma são a **perda de calor** devido à exposição ambiental, a **administração intravenosa de fluidos não aquecidos**, **choque hemorrágico**, bem como os **efeitos da anestesia ou sedação na termorregulação** (Haverkamp, Giesbrecht, & Ten, 2017).

5

HIPOTERMIA NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

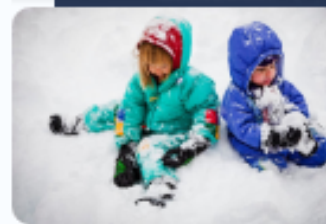
A hipotermia é uma das componentes da chamada **"tríade letal no trauma"**, juntamente com a acidose metabólica e a coagulopatia.

A hipotermia afeta cerca de 60% dos pacientes vítimas de trauma severo.

HIPOTERMIA NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

Fatores de Risco

- Idosos;
- Crianças;
- Pessoas sob influência de álcool ou drogas;
- Pessoas tratadas com beta-bloqueadores ou anti-depressivos.



7

HIPOTERMIA NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

Autores referem também o **efeito da roupa molhada** como sendo um fator que aumentará significativamente a perda de calor por evaporação, alertando assim para a **remoção da mesma assim que possível** (Thomassen, et al., 2011).

HIPOTERMIA NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

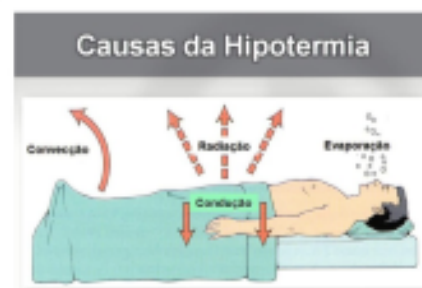
O ambiente de uma ambulância também se encontra como um espaço frio e desagradável, onde a utilização de mecanismos de aquecimento são essenciais de modo a prevenir a hipotermia.



9

EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

A perda de calor normalmente ocorre a uma taxa de 60-75 kcal/h através de quatro métodos diferentes:



EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

A perda de calor é aumentada para **400kcal/h** mesmo na hipotermia leve, podendo neste caso contribuir para uma morbidade significativa.

11

EFEITOS FISIOLÓGICOS DA

Tipos:

- Hipotermia Leve: 34-36°C;
- Hipotermia Moderada: 32-34°C;
- Hipotermia Leve: <32°C.

Tipologia de um trabalho científico | Tipos de Trabalhos Científicos e Científicos | 2018 | <https://www.monografias.com.br/>

SciELO | <https://www.scielo.org/>

ORIGINAL RESEARCH

Open Access

Comparison of three different prehospital wrapping methods for preventing hypothermia - a crossover study in humans

David Thompson¹, Mike Havel², David Shook³, Don Aron Lund⁴, Ian Davidson⁵, Warren Sandberg⁶, Ian Marshall Havel⁷ and Sigmund Isaksson⁸

Abstract
Background: Acute hypothermia increases mortality and morbidity in trauma patients. Various methods for preventing and reversing hypothermia patients are used worldwide. The aim of this study was to compare the three wrapping effects and number of insulating wrap applications (layers) in a field, pre-hospital method in a laboratory setting using a double model wrap with an insulating layer.

Methods: Eight volunteers were dressed in insulating clothing, exposed to a cold and windy environment then wrapped using one of three different wrapping methods in random order on three different days. They were tested hourly for 60 minutes in a cross-over manner. Core temperature, skin temperature, oxygen consumption and metabolic heat production were collected in a laboratory setting and used for a laboratory evaluation of carbon dioxide output and oxygenation.

Results: Core temperature was significantly higher (15 minutes after wrapping) using Havel's method compared with wrapping with insulating blankets, a layer or double wrap. There were no differences in core temperature between the three wrapping methods. The subjects reported more sweating, they felt colder, were more uncomfortable and had an increased heat production when using double wrap compared with the other two methods. Havel's method was the most efficient method for preventing hypothermia. Double wrap was the most effective wrapping method and achieved a significantly higher heat production to compensate for increased heat loss.

Conclusions: This study demonstrated that a combination of a wrap (light heat) and an additional dry insulating layer (heavy method) is the most efficient wrapping method to prevent heat loss or decrease heat loss, core temperature, lower metabolic rate and better thermal control. This should then be the method of choice when wrapping a patient in a field or otherwise hypothermia or subnormal temperatures.

Background: Acute hypothermia increases mortality and morbidity in trauma patients. Various methods for preventing and reversing hypothermia patients are used worldwide. The aim of this study was to compare the three wrapping effects and number of insulating wrap applications (layers) in a field, pre-hospital method in a laboratory setting using a double model wrap with an insulating layer. The subjects reported more sweating, they felt colder, were more uncomfortable and had an increased heat production when using double wrap compared with the other two methods. Havel's method was the most efficient method for preventing hypothermia. Double wrap was the most effective wrapping method and achieved a significantly higher heat production to compensate for increased heat loss.



EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

Termogénese



13

EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

Efeitos Neurológicos

O metabolismo cerebral em adultos diminui 7% para cada grau perdido.



EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

Efeitos Cardiovasculares



Hipotermia leve -36°C - Aumento do tônus simpático, IC, PA e DC

Hipotermia Moderada - Deprime a atividade

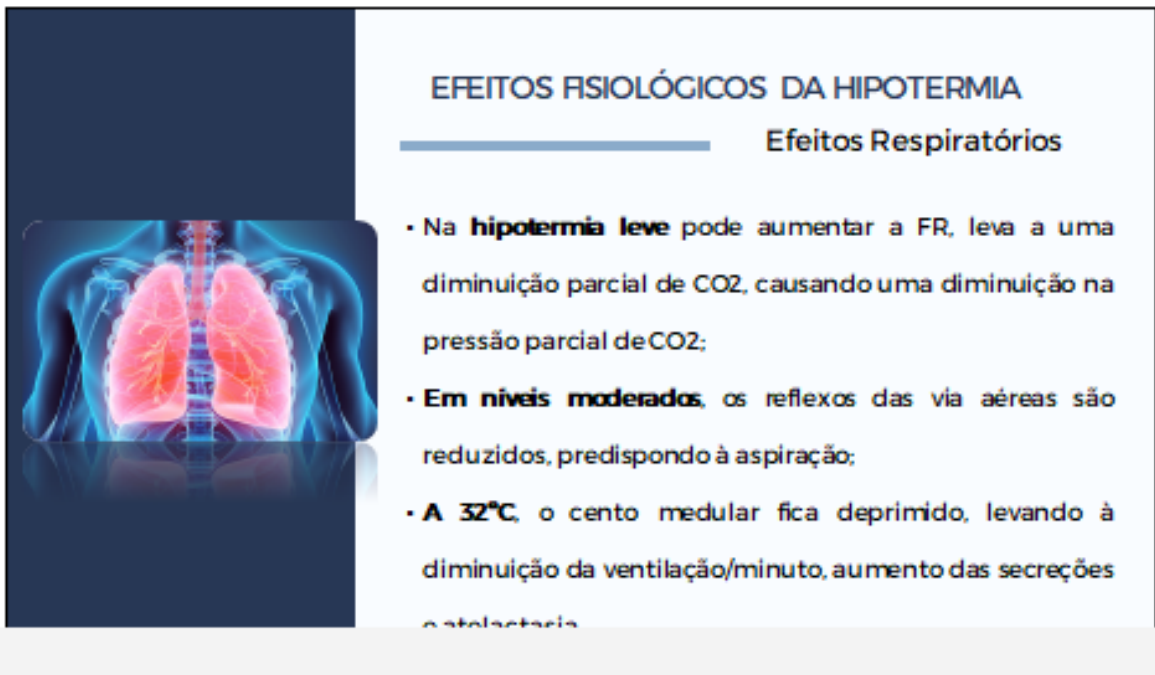
A 34°C - A hipotermia prejudica o relaxamento diastólico

29°C - Bradicardia e IV

15

EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

Efeitos Respiratórios



- Na **hipotermia leve** pode aumentar a FR, leva a uma diminuição parcial de CO₂, causando uma diminuição na pressão parcial de CO₂;
- Em **níveis moderados**, os reflexos das vias aéreas são reduzidos, predispondo à aspiração;
- **A 32°C**, o centro medular fica deprimido, levando à diminuição da ventilação/minuto, aumento das secreções e atelectasia.

EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

Efeitos Renais

Aumento do fluxo Sanguíneo Renal e diurese induzida pelo frio

> Perda de calor → Diminuição taxa de filtração glomerular → 50%

17

EFEITOS FISIOLÓGICOS DA HIPOTERMIA

Efeitos Hematológicos

- Prejudica a função plaquetária
- Prejudica a atividade dos fatores de coagulação < 33°C
- Tempo de Tromboplastina aumentam
- Coagulopatia e trauma

ESTRATÉGIAS ADPTATIVAS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR



19

ESTRATÉGIAS ADPTATIVAS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Tipos de Reaquecimento



ESTRATÉGIAS ADPTATIVAS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

		Tipos de Reaquecimento	
Hipotermia leve	Externo Passivo	<ul style="list-style-type: none"> • Remoção de roupas molhadas; • Aumento da temperatura ambiente; • Aplicação de cobertores quentes. 	
Hipotermia Moderada / Hipotermia Crave	Externo Ativo	<ul style="list-style-type: none"> • Aquecedor por radiação; • Cobertor elétrico; • Cobertor de ar quente forçado; • Almofadas de aquecimento; • Colchão aquecido. 	
	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilação com oxigênio humidificado; • Fluidos intravenosos aquecidos; • Lavagem peritoneal; • Modalidades extracorpóreas (diálise ou ECMO). 	

21

ESTRATÉGIAS ADPTATIVAS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Resman et al. Critical Care (2016) 20:177
DOI 10.1186/s13054-016-1217-9

Critical Care

REVIEW

Open Access

A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients

Ryan Petros^{1†}, Joanne Calum^{2†}, Gaudy Laflamme³, Homer Tan^{4†}, Sato Nascimento^{5†}, Andrew Beckler⁶ and Adam Apple^{1†*}

Hipotermia grave- vasoconstricção severa- diminuição da eficácia do aquecimento externo

Aquecimento Externo Ativo

< Dor

< Ansiedade

> T°C

ESTRATÉGIAS ADPTATIVAS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Monitorização da Temperatura Corporal Central



23

ESTRATÉGIAS ADPTATIVAS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Mais cómodo

Mais eficaz no aquecimento

Económico

INTERNATIONAL JOURNAL OF
CIRCUMPOLAR HEALTH

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE
Effect evaluation of a heated
mattress-prototype on them
temperatures in prehospital
intervention study



Ulf Björk
Linnéa, Sweden; Tania Pineschi, Centre, Lund University, Centre,
Unit of Surgery, Department of Surgery and Prehospital Science,
for Disaster Medicine, Lund University, Prehospital Science

Background: The prehospital setting does not offer great thermal conditions for patients. Patient exposure to cold temperatures combined with a cold transport time leading to an overall increase of discomfort. There is little evidence from research in out-of-hospital care. Studying the use of the heated mattress-prototype on thermal conditions in prehospital care was conducted.

Methods: A heated mattress-prototype (HMP) was evaluated in the ambulance setting. The HMP was compared with a control mattress (CM) in a prehospital setting. The HMP was compared with the CM in terms of patient comfort, patient temperature and air temperature.

Results: Patient comfort, measured by the Visual Analogue Scale (VAS), improved during the ambulance ride in the intervention group ($p < 0.001$) but decreased in the control group ($p < 0.001$). The control group used the mattress for a shorter time ($p < 0.001$). No overall effect on patient temperature was observed. A significant difference between groups was observed in air temperature. Mean temperature rise was approximately 0.5°C in the intervention group and 0.2°C in the control group.

Conclusion: The use of a heated mattress-prototype in prehospital care improved patient comfort and air temperature. The HMP improved patient comfort and air temperature.



ESTRATÉGIAS ADPTATIVAS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Perman et al. *Critical Care* (2016) 20:107
 DOI 10.1186/s13054-016-1271-x

Critical Care

REVIEW

Open Access

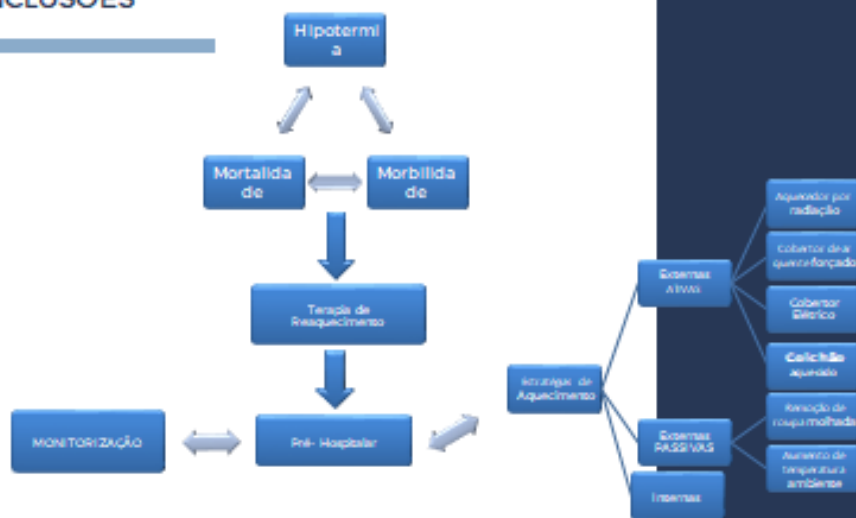
A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients

Ryan Perrins^{1,2}, Jeanine Cahoon^{1,3}, Claude LaBrosse⁴, Homer Tan^{5,6}, Beto Nascimento^{7,8}, Andrew Beckert⁹ and Adam Alami^{10*}



25

CONCLUSÕES



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvi, J., Karlsson, S., Bjornstig, U., & Saveman, G.-I. (2015). Effectiveness of a heated ambulance mattress-prototype on thermal comfort and patient temperatures in prehospital emergency care-an intervention study. *International Journal of Circumpolar Health*, 1-7. doi:<https://doi.org/10.3402/ijchu.v7i.20150>
2. Alvi, J., Uppat, T., & Saveman, G.-I. (2017). The opinions of ambulance personnel regarding using a heated mattress for patients being cared for in a cold climate - An intervention study in ambulance care. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CIRCUMPOLAR HEALTH*, 16(279305), 1-7. doi:<https://doi.org/10.1080/22423962.2017.1379305>
3. Haverkamp, F. J., Giesbrecht, G. G., & Ten, E. C. (2017). The prehospital management of hypothermia - An up-to-date overview. *Injury*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.03.003>
4. Lapostolle, F., Courneur, J., Kock, F. X., Savary, D., Alhèritière, A., Cailliet, M., ... Adnet, F. (2017). Hypothermia in trauma victims at first arrival of ambulance personnel: an observational study with assessment of risk factors. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 1-6. doi:<https://doi.org/10.1007/s12049-017-0349-1>
5. Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Santos, E., Melo, F., Abrantes, T., & Santos, A. (2020). Prehospital interventions to prevent hypothermia in trauma patients: a scoping review. *Reviews & Discussion Papers*, 29-37. doi:<https://doi.org/10.37464/2020.373.00>
6. Mydke, S., & Thomassen, Ø. (2020). Is prehospital use of active external warming dangerous for patients with warming dangerous for patients with review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency*, 1-8. doi:<https://doi.org/10.1007/s12049-020-00773-2>
7. Perlman, R., Callum, J., Laffamme, C., NAcimento, B., Beckert, a., & Alam, A. (2016). A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients. *Critical Care*, 10. doi:<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000127>
8. Thomassen, Ø., Færevik, H., Østerås, Ø., Sundt, G. A., Zakariassen, E., Sandaun, M., ... Gratebo, G. (2018). Comparison of three different prehospital wrapping methods for preventing hypothermia - a crossover study in humans. *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*(9), 1-7. O bido em janeiro de 2023, de <http://www.jtrem.com/content/9/1/4>
9. Zasa, M., Flowers, N., Zideman, D., Hodgson, T. J., & Harris, T. (2016). A torso model comparison of temperature preservation devices for use in the prehospital environment. *Journal of Emergency Medical Care*(11), 410-422. doi:<https://doi.org/10.1136/emmed-2015-204709>