

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

**O Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica no
Contexto de Emergência Extra-Hospitalar: intervenção
especializada de Enfermagem**

Diogo Araújo Saraiva

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

**O Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica no
Contexto de Emergência Extra-Hospitalar: intervenção
especializada de Enfermagem**

Diogo Araújo Saraiva

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”

Sócrates

Agradecimentos

O caminho que percorremos torna-se mais fácil com um suporte que nos permita focar e concentrar no trajeto que estamos a delinear. Quero agradecer ao meu suporte – a minha FAMÍLIA – sem eles nunca teria sido possível chegar a esta meta com sucesso – Susana Caldeira Saraiva, Constança Saraiva, Zé Maria Saraiva, Maria José Araújo, António Balola, Fátima Caldeira e José Caldeira – agradeço-vos do fundo do coração aquilo que foram, são e certamente continuarão a ser para mim.

À Professora Anabela Mendes por toda a ajuda e disponibilidade mesmo quando a luz ao fundo do túnel se queria apagar.

Aos Enfermeiros Tiago Amaral e Sandra Araújo por terem sido fundamentais no meu percurso de desenvolvimento de competências.

A todos os profissionais de saúde que me ajudaram neste percurso.

Ao Conselho de Administração da ULSBA, EPE na pessoa do Enfermeiro Joaquim Brissos por terem sempre acreditado no meu trabalho.

A todos os meus colegas de serviço por terem suportado muitos dos turnos enquanto eu estava focado no meu desenvolvimento de competências.

A todos os meus amigos...o meu **MUITO OBRIGADO!!**

Resumo

Um evento crítico inesperado na vida de uma pessoa pode ter efeitos catastróficos na rotina da sua família, produzindo grandes alterações nas vidas destas.

A família, vivenciando uma transição situacional decorrente da transição saúde-doença que a PSC experiencia, torna-se assim um alvo fundamental dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto-hospitalar deve ter em consideração as necessidades das famílias, não só pela situação de vulnerabilidade acrescida que vivenciam mas também pelo facto dos cuidados serem prestados no próprio ambiente familiar sendo estes os principais contactantes dos serviços de emergência. A família torna-se deste modo um dos focos dos cuidados de enfermagem no extra-hospitalar, cuidados estes de grande complexidade e altamente qualificados.

Neste âmbito, considera-se crucial o cuidar da família em contexto de emergência extra-hospitalar de forma a identificar e satisfazer as potenciais e reais necessidades destas. Justifica-se assim a pertinência da temática definida para este percurso – “O Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar: intervenção especializada de Enfermagem”.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a realização de um relatório de estágio com a finalidade de explanar o percurso desenvolvido em contexto de cuidados intensivos e urgência, para aquisição/desenvolvimento de competências preconizadas para o estudante de mestrado em enfermagem na área de especialização supracitada.

Deste modo, foi realizada uma análise do percurso formativo estruturada e sustentada na evidência científica e no referencial teórico - Teoria das Transições - de Meleis. Na análise encontram-se explanadas as atividades desenvolvidas, em cada contexto clínico, que permitiram adquirir/desenvolver competências no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família na qual se insere. O percurso formativo permitiu, assim, adquirir e mobilizar diversos conhecimentos essenciais de forma a desenvolver um exercício clínico sustentado na evidência científica que garanta uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados, de modo a atingir o nível de perito na área de especialização em questão e alcançar uma prática de cuidados de enfermagem de excelência.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Família; Extra-Hospitalar; Enfermagem.

Abstract

An unexpected critical event in a person's life can lead to catastrophic effects on the family routine, resulting in major changes in its members' lives.

Therefore, the family experiencing a situational transition due to a health-illness transition related to a Person in a Critical Situation (PCS), becomes a fundamental target for nursing care.

The provision of nursing care in a hospital context should take into account the family needs, not only because of the increased vulnerability the family experiencing, but also because the care is provided within the family environment and the family members are the main contact of the emergency services. The family thus becomes one of the focuses of nursing care in extra-hospital care, which are highly complex and highly skilled.

In this context, it is crucial to take care of the family within the extra-hospital emergency in order to identify and meet the potential and actual needs of the family. The pertinence of the theme defined for this course - "Caring for the Family of the Person in a Critical Situation in the Context of Extra-Hospital Emergency: Specialized Nursing Intervention" is, consequently, justified.

Within the Curricular Unit, entitled Internship with Report, during the 8th Nursing Master's Degree, in the Area of Specialized Person in a Critical Situation, of the Higher Nursing School of Lisbon, it was proposed to carry out an internship report explaining the pathway settled in the context of intensive care and urgency, for the acquisition / development of skills recommended for the master's student in nursing in the above-mentioned area of specialization.

Hence, it was carried out an analysis of the formative course structured and sustained in the scientific evidence and in the theoretical reference - Theory of the Transitions - of Meleis. The analysis shows the activities developed in each clinical context, which allowed the acquisition / development of competences in the scope of specialized nursing care to the critical situation and family in which it is inserted. The training course made possible both to acquire and mobilize several essential knowledges in order to develop clinical practice based on scientific evidence, what guarantees an improvement in the quality and safety of care, and also to reach the level of expert in the area of specialization as well as the excellence in the nursing practice.

Keywords: Person in Critical Situation; Family; Extra-Hospital; Nursing.

Índice

Introdução.....	19
1. Enquadramento Teórico.....	23
1.1. O Cuidado de Enfermagem à Família da PSC.....	23
1.2. A Intervenção de Enfermagem em Contexto Extra-Hospitalar	27
1.3. Revisão Integrativa da Literatura.....	30
1.4. Considerações Finais.....	31
2. Desenvolvimento/Aquisição de Competências	33
3. Conclusão	51
4. Bibliografia	55

Apêndices

Apêndice I – Cronograma do 3º Semestre do 8º CMEPSC

Apêndice II – Relatório das IX Jornadas de Enfermagem da SPCI

Apêndice III – Relatório do Encontro Nacional dos Enfermeiros do Extra-Hospitalar da Ordem dos Enfermeiros

Apêndice IV – Relatório das Jornadas do SMI do HFF

Apêndice V – Relatório Congresso da Ordem dos Enfermeiros da Secção Regional do Sul

Apêndice VI – Formação em Suporte Avançado de Vida no SUB de Moura

Índice de Figuras

Figura 1 - Metodologia Vias Verdes em Emergência.....	39
Figura 2 - Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação.....	42
Figura 3 - Sentimentos vivenciados pela família em UCI.....	46
Figura 4 - Intervenções de Enfermagem à família da PSC.....	48

Siglas e Abreviaturas

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

EE – Enfermeiro Especialista

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HEM – Helicóptero de Emergência Médica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viatura de Emergência e Reanimação

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a realização de um relatório de estágio com a finalidade de expor o percurso formativo desenvolvido no 3º semestre do curso, cujo objetivo era a aquisição/desenvolvimento de competências preconizadas para o estudante de mestrado em enfermagem na área de especialização supracitada.

A elaboração deste trabalho foi sustentada nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro de 2016), nas competências do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área da especialização Pessoa em Situação Crítica (ESEL, 2010), nas competências definidas, bem como no quadro de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). As competências comuns ao EE aprofundam-se na complexidade e nos domínios do EE na área da PSC, documentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em Diário da República (Especialista et al., 2018) com o regulamento n.º 429/2018.

A enfermagem como todas as disciplinas necessita renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos, de forma a alcançar a autonomia, o prestígio e a sua credibilidade. (Araújo, 2010)

A investigação na área da enfermagem assume nos dias de hoje elevada importância, de forma a contribuir para o desenvolvimento contínuo da profissão, para a tomada de decisões adequadas, oportunas e inteligentes, para uma prestação de cuidados de excelência. A prática baseada na evidência e na pesquisa científica é promotora de altos padrões de qualidade dos cuidados, sendo o caminho para o fortalecimento da identidade de enfermagem. (Polit et al., 2004)

De modo a sustentar a tomada de decisão clínica e desenvolver uma prática de enfermagem especializada, considere-se como fio condutor o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001), de forma a atingir o nível de perito na prestação de cuidados à PSC no envolvimento da família no seu quadro de cuidados. O enfermeiro perito define-se como aquele que detém uma enorme experiência, compreende de forma intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num vasto leque de soluções e de diagnósticos infrutíferos. O enfermeiro perito é muito respeitado tanto pelos colegas como por outras classes profissionais de saúde, pelas suas capacidades de avaliação e competências. (Benner, 2001)

Dediquei toda a minha carreira profissional no âmbito da PSC, com experiência em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e num Serviço de Urgência Geral (SUG). Neste momento a minha prática de cuidados profissional recai maioritariamente em contexto extra-hospitalar.

Foi neste âmbito de atividade extra-hospitalar e, conjuntamente com as aulas no CMEPSC que decidi dedicar-me à área da família neste mesmo contexto, ao quanto ficam suscetíveis em situações de vulnerabilidade acrescida e, de que forma, enquanto EE, posso cuidar destas no que ao contexto da PSC diz respeito. A problemática em estudo assenta assim no cuidar da família da PSC em contexto extra-hospitalar: uma intervenção especializada de enfermagem.

Os cuidados prestados em contexto extra-hospitalar à PSC e sua família representa um tema que desde sempre foi do meu interesse e que surge como uma dificuldade experienciada enquanto enfermeiro no extra-hospitalar, ou seja, sinto que posso oferecer cuidados de enfermagem diferenciados à família da PSC.

Desta forma, surge a necessidade de definir o termo família, sendo esta um conjunto de seres humanos que são considerados como unidade social ou um todo coletivo, composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo pessoas significativas. A família, vista como um todo, é muito mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo. (CIPE, 2002)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1), *“as famílias estão sujeitas a tensões quando os fatores de stress (problemas) afetam as linhas de defesa da família. A reação da família depende da forma como esses fatores afetam a unidade familiar e da capacidade de adaptação que a família tem para manter a estabilidade (...) o enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico.”*

Quando estamos perante uma pessoa/família em situação crítica, os sentimentos vivenciados são variáveis, no entanto, o stress que esta situação provoca em cada indivíduo/família é sempre elevado.

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) define PSC como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”*

É importante compreendermos, enquanto enfermeiros especialistas, sinais e sintomas que nos indiquem a gravidade das situações de forma a podermos dar a resposta necessária, assim como proporcionar o melhor local para o tratamento definitivo.

Outro dos fatores que me levou a querer abordar esta temática prende-se pelo facto deste contexto, a emergência extra-hospitalar, ser uma área ainda muito desconhecida em relação aos enfermeiros, em contraste com os cuidados de emergência intra-hospitalar que têm sido exaustivamente estudados nos últimos anos. (Paavilainen et al., 2017)

O enfermeiro deve assim respeitar o seu enquadramento legal na estabilização de funções vitais, garantia de acompanhamento e vigilância das mesmas funções até à unidade hospitalar, na transmissão de informação na unidade hospitalar bem como na garantia da informação e acompanhamento da família de forma a reduzir o seu sofrimento. (Diretivo & Jurisdicional, 2007)

Defini então como objetivo geral deste relatório de estágio **revelar o percurso do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC e família em contexto de emergência extra-hospitalar.**

Desta forma, defini como objetivos específicos para o meu percurso formativo:

- Aprofundar conhecimentos sobre a abordagem à PSC em contexto extra-hospitalar;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família;
- Analisar as intervenções especializadas de enfermagem no contexto extra-hospitalar, nomeadamente no cuidado prestado à PSC/família;
- Contribuir para a parceria da família no cuidado à PSC no contexto extra-hospitalar.

Vivemos num mundo que se encontra em constantes modificações como resultado do impacto económico, político, geográfico, alterações ambientais, aumento da esperança média de vida com o aumento de morbilidades e comorbilidades associados, novas doenças e novas descobertas na área da medicina, o que leva à pessoa a viver situações de transição em determinado momento da sua vida (Meleis, 2010)

Estas transições enquanto teoria de enfermagem são despoletadas por um evento crítico na vida de uma pessoa/família que resultam em alterações pessoais e/ou da sua própria estrutura. A experiência de transição inicia-se no momento em que o evento ou a mudança são antecipados. (Meleis, 2010) Na família da PSC em contexto extra-hospitalar este evento crítico que origina múltiplas transições torna-se ainda mais importante pelo facto dos cuidados de enfermagem terem o seu início ainda nos contextos pessoais e familiares, sendo estes profissionais os primeiros a encararem estes momentos.

Escolhi então como referencial teórico para o meu projeto a - Teoria de médio alcance de Meleis: a Teoria das Transições - pois permite-me analisar experiências de transição na PSC e sua família em contexto extra-hospitalar.

O presente trabalho teve como ponto de partida um projeto de estágio baseado no “Cuidar da família da PSC em contexto de emergência extra-hospitalar: intervenção especializada de enfermagem.

O percurso de aquisição/desenvolvimento de competências foi desenvolvido em dois contextos clínicos distintos - cuidados intensivos e urgência/VMER – essenciais para o desenvolvimento de competências, tal como preconiza o modelo de Dreyfus, que refere que a especialização em enfermagem é atingida através da experiência clínica, permitindo, assim, a aquisição de competências e conhecimentos (Benner, 2001). Estes contextos permitiram-me a partilha de conhecimentos com enfermeiros peritos o que foi fundamental para o sucesso do desenvolvimento e aquisição de competências.

Como forma de se organizar o percurso, em termos do período previsto para a concretização do relatório, foi construído um cronograma [Apêndice I] que contempla o perfil de trabalho.

O presente documento encontra-se dividido em duas partes fundamentais. A primeira parte é referente ao enquadramento teórico, que se encontra dividido em subcapítulos onde estão explicitados os conceitos centrais da temática, com base na evidência científica encontrada através de uma pesquisa inicial para conhecimento do estado da arte, e de uma pesquisa avançada efetuada para a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, e em alguns repositórios científicos nacionais. Como também da consulta de algumas obras de referência na base bibliográfica geral da ESEL. Também se encontra descrito o quadro de referência teórico que emerge da temática – Teoria das Transições de Meleis.

A segunda parte reporta-se à análise do percurso formativo desenvolvido em contexto clínico de cuidados intensivos e urgência/VMER, em que se encontram explicitadas as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências, com os respetivos resultados. Esta análise foi sustentada na evidência científica e baseada no quadro de referência teórico enunciado anteriormente, tendo sido organizada segundo objetivos definidos para cada contexto.

As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com a norma APA, primando-se pela sua pertinência e atualidade.

O documento escrito aqui apresentado cumpre as regras de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESEL.

1. Enquadramento Teórico

De forma a enquadrar o tema deste relatório de estágio no meu percurso formativo, foi realizada uma pesquisa da melhor evidência científica sobre a temática o que permitiu abordar o conceito em estudo sob duas vertentes: o cuidado de enfermagem à família da PSC e a intervenção de enfermagem em contexto extra-hospitalar, terminando com uma breve consideração final.

1.1. O Cuidado de Enfermagem à Família da PSC

O Homem, enquanto ser sociável, insere-se numa família, estando esta integrada numa sociedade. A necessidade do indivíduo socializar é natural, intrínseca, como tal, vive em comunidade, integrada num contexto social e familiar, que vai influenciar a sua forma de estar e que o irá acompanhar em todas as fases da sua vida, desde que nasce até que morre.

Família é definida como qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum colocando a substância principal no eixo relacional e sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais. (OMS, 1994) Para a compreensão da família como unidade é essencial a sua conceptualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a historicidade da família, quanto o contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade. (Figueiredo, 2009)

Os membros de uma família são o principal suporte dos membros que a compõem, estando as suas necessidades diretamente ligadas à cultura e ao contexto em que se inserem.

Da pesquisa realizada, é possível inferir que nas últimas décadas o conceito de família tem sido cada vez mais alargado, permitindo novas conceções de família e da organização de vida dos seus membros, sendo valorizada por algumas famílias o aspeto mais clássico e por outras, um sentido mais moderno

Etimologicamente, perduram várias dúvidas em relação à origem da palavra família, sendo que as definições mais antigas estabelecem que o conceito de família era usado para fazer alusão ao conjunto de escravos e criados enquanto propriedade de um só homem.

Hoje, dá-se o nome de família à principal forma de organização dos seres humanos, um agrupamento social que se baseia em laços de parentesco. (Silva, 2012)

A Constituição da República Portuguesa no seu art.º 67, define família como um elemento fundamental da sociedade, com direito à proteção por parte desta e do estado e à efetivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.

A enfermagem surge assim como uma atividade centrada no cuidado humano, com carácter social e natureza específica. Trata-se de um recurso efetivo da sociedade para responder às necessidades de saúde das populações. (Silva, 2007) Estes cuidados à família são mais que um alongamento da esfera de intervenção de enfermagem, são sim o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística de cuidados, tornando assim a família como foco de cuidados. Este paradigma do cuidado holístico e individualizado requer dos enfermeiros um domínio entre a tecnologia e a arte do cuidar. (Sá et al., 2015)

A família é definida como uma unidade básica da sociedade, centrando-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano, desempenhando um papel importante na saúde e contribuindo para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar. É premente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar. (Bezerra et al., 2013)

O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade já que na sua área de intervenção, cuida da família e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família em articulação com outros profissionais de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

O contexto social apresenta novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família pressupõe a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social, bem como na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados, sendo a sua qualidade influenciada pelos comportamentos e atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. (Araújo, 2010)

A pessoa em situação crítica no contexto da prestação de cuidados de saúde não pode ser considerada isoladamente, uma vez que integra uma dinâmica familiar, que é o seu núcleo essencial, onde cresce e se socializa. (Silva, 2012)

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008), definem PSC como aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Um evento crítico inesperado na vida de uma pessoa pode ter efeitos catastróficos na rotina da sua família, produzindo grandes alterações nas vidas destas. Existem vários estudos que mostram benefício em manter a família da PSC presente durante a abordagem e tratamento das mesmas. Estes benefícios incluem a possibilidade das famílias poderem ter a percepção que tudo está a ser feito pelo seu familiar, sentirem-se úteis para ajudar a pessoa e a equipa, partilharem informação sobre o seu familiar, manter as relações familiares e promover o luto em caso de perda. (Leske et al., 2017)

A presença da família torna-se ainda mais importante em situações críticas que ocorrem em contexto extra-hospitalar, antes ou durante o transporte para a unidade hospitalar. A família destas pessoas que se encontram em situações críticas estão muitas vezes presentes nos locais das ocorrências, sendo elas próprias que contactam os serviços de emergência extra-hospitalar. Neste contexto, o contacto com a pessoa e família é um importante ponto de partida para o sucesso e qualidade dos cuidados (Paavilainen et al., 2017).

O cuidar da PSC em contexto extra-hospitalar deve igualmente ser centrado na mesma de forma holística, tornando assim a família um foco de cuidados. É descrito também como complexo, envolvendo perspetivas profissionais e pessoais que envolvem um balanceamento entre a proximidade e a distância, o que se torna desafiante no cuidar da família da PSC (Holmberg et al., 2016), tornando a promoção destas famílias essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à PSC (Sá et al., 2015).

De acordo com Meleis (2010), são os enfermeiros que vivenciam com as pessoas/famílias momentos de transição quando estas estão relacionadas com saúde, bem-estar e com a capacidade de se auto-cuidarem. Para a mesma autora, os enfermeiros lidam com os ambientes que apoiam ou dificultam as transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais.

São variadíssimas as definições de transição, no entanto, a definição mais comum utilizada por Meleis (2010) consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s) a incorporação de conhecimentos,

alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self* através de processos e/ou *outcome*. (Meleis, 2010) São as mudanças na saúde e doença das pessoas que vão criar um processo de transição. São estas pessoas que, ao vivenciarem um processo de transição se encontram mais vulneráveis a riscos que, por si só, podem afetar o seu estado de completo bem-estar (Meleis et al., 2000).

A qualidade dos cuidados de enfermagem em contextos críticos tem registado avanços muito significativos nos últimos anos, sendo estes muitas vezes associados á tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente que requer ações complexas, sempre com a possibilidade de finitude presente o que vai dar origem a situações de elevada ansiedade na pessoa que se encontra em situação crítica como na sua família (Sá et al., 2015) São estes momentos de transição situacional (para a família, associada a um evento crítico que vai implicar uma alteração de papel) que vão gerar mais stress, principalmente por serem momentos de grande instabilidade, insegurança ou redefinição de papéis. (Meleis, 2010)

O experienciar de uma situação limite, associada ao risco de fim de vida, quer pela PSC quer pela família da mesma, é vivida de uma forma única, uma vez que a PSC, muitas vezes inconsciente, só consegue ter a percepção da transição que vivencia, da sua gravidade, já numa fase de recuperação. Neste sentido, a família vivencia de forma muito intensa e emocional todas os momentos e pequenas alterações no estado clínico do seu ente querido. (Sá et al., 2015)

Neste sentido, a Teoria das Transições de Meleis permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição e, desta forma, aprofundar o conhecimento sobre este, de forma a beneficiar a qualidade dos cuidados, resultando em ganhos na saúde. Esta compreensão e o aprofundar de conhecimentos, permite ao enfermeiro estabelecer orientações para o exercício profissional, permitindo implementar estratégias de prevenção, promoção e orientação terapêutica face à transição que a PSC e a sua família vivenciam (Meleis, 2010).

Os enfermeiros em contexto extra-hospitalar enfrentam desafios diários no que ao cuidar da PSC e família diz respeito. Estes mesmos desafios estão associados à própria apresentação aos familiares, ao cuidar de famílias de diferentes culturas e ao permitir a presença da família em situação de cuidados críticos (Paavilainen et al., 2017), sendo que esta mesma presença é fundamental para garantir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Sá et al., 2015).

O mesmo autor refere ainda extrema importância em estabelecer estratégias eficazes de comunicação como: designar um familiar de referência, antecipar e explicar ações, falar em termos leigos, resumir a situação e transmitir uma primeira impressão positiva (...) o apoio

emocional e a comunicação eficaz são componentes fundamentais para o cuidado centrado na pessoa e família.

1.2. A Intervenção de Enfermagem em Contexto Extra-Hospitalar

A intervenção de enfermagem em contexto extra-hospitalar diz respeito a uma vertente da atividade dos enfermeiros que exige destes um elevado leque de conhecimentos o que leva a uma constante pesquisa pela melhor e mais atual evidência disponível. Trata-se de uma área de intervenção com largos anos de existência que têm vindo até aos dias de hoje a evoluir em detrimento de outras áreas de intervenção que têm vindo a estagnar com prejuízo claro e inequívoco para os enfermeiros.

Rocha da Silva (1984) inicia oficialmente a prática de emergência pré-hospitalar em Portugal, referindo que os Serviços de Urgência Hospitalares devem ser vistos como fundamentais num sistema de saúde pública não devendo por isso alhear-se da verdadeira urgência, antes da chegada da PSC ao hospital. O mesmo autor refere ainda que só o hospital está em condições de dar apoio ao serviço pré-hospitalar, quer através das equipas médicas de reanimação, quer participando ativamente no planeamento dos serviços de urgência a nível regional.

A primeira referência à enfermagem pré-hospitalar surge no contexto da tripulação de veículos de emergência, ou seja, veículos de emergência médica que atuam na fase pré-hospitalar devem ser tripulados por um médico ou um enfermeiro com bons conhecimentos das técnicas de manutenção da vida e ter possibilidades de chegar ao local o mais depressa possível. (Rocha, 1986).

A Enfermagem, nos planos nacionais e internacional vem, desde o início da história dos sistemas de emergência médica até aos dias de hoje, a dar contributos importantes para a sua criação e desenvolvimento, representando um recurso imprescindível neste contexto.

Os enfermeiros fazem parte, entre outros, dos recursos humanos intervenientes nos meios que o INEM detém para dar resposta ao SIEM. Desses meios constam: motos, ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), ambulâncias SIV, VMER, HEM, e Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE). No caso de situações de exceção contam ainda com Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC) e um Hospital de campanha. (Gonçalves, 2012 ; INEM, 2012) É com a presença dos enfermeiros no âmbito do extra-hospitalar que existe uma maior facilidade na interação com outros níveis de cuidados, nomeadamente com as estruturas das redes de urgências do Serviço Nacional de Saúde (SNS),

e, fundamentalmente, uma maior segurança nos cuidados de emergência extra-hospitalar aos cidadãos. (Martins & Oliveira, 2013)

Uma abordagem em contexto de emergência extra-hospitalar não pode estar assente apenas em técnicas. Seja na rua ou nos hospitais, os enfermeiros cuidam de pessoas e famílias, é importante reconhecer que estas se encontram em situação de vulnerabilidade e devemos perceber que tipo de intervenções poderemos desenvolver de forma a reduzir alguns fatores que eventualmente possam estar a agravar a situação de doença. Os enfermeiros em exercício no contexto extra-hospitalar devem mobilizar todas as competências nos vários domínios do saber (conhecimentos) e do saber fazer (técnicas), complementando com o saber ser Enfermeiro na sua plenitude, um profissional de relação que privilegia o respeito e dignidade da pessoa que cuida (Martins & Oliveira, 2013).

Os enfermeiros no extra-hospitalar devem agir com respeito ao valor humano e ter sempre em consideração o direito da pessoa à privacidade, uma vez que neste contexto, a maioria das situações surgem em locais públicos. São situações em que as pessoas ficam vulneráveis, perdendo o controlo pelo seu próprio corpo. São situações inesperadas, em que as pessoas que as vivenciam passam por uma fase de sofrimento. A dignidade deve ser preservada de forma a aliviar o sofrimento e proporcionar sensação de bem-estar. A dignidade é fundamental no cuidado. (Abelsson & Lindwall, 2017)

Os enfermeiros tomam decisões profissionais, respeitam a vontade da pessoa e protegem o corpo da mesma do olhar dos outros. São os enfermeiros que demonstram coragem de fazer o melhor por estas pessoas (que vivenciam situações de doença súbita ou trauma), transmitindo esperança e dão sentido ao que aconteceu, sendo igualmente necessária coragem, conhecimento e capacidade para perceber quando os esforços não são mais significativos, quando a vida não consegue ser salva, merecendo a pessoa uma morte digna e pacífica. (Abelsson & Lindwall, 2017)

Os enfermeiros são os profissionais de saúde qualificados e bem treinados na abordagem das vítimas em contexto extra-hospitalar (...) são altamente diferenciados e prestam cuidados de enfermagem especializados com a possibilidade de administrar terapêutica fora do ambiente hospitalar. (Sjölin et al., 2015)

A presença de enfermeiros no contexto extra-hospitalar mostra múltiplas vantagens, uma vez que estes são profissionais adequadamente formados, conseguem racionalizar recursos bem como implementar soluções com rapidez, resultado da obtenção de sinergias com a sua formação inicial (nível Superior), e o seu desenvolvimento nesta área específica. (Martins & Oliveira, 2013)

Assim, de acordo com o Diário da República (2016, p. 2), “ *o exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados.*”

Trata-se de uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, reduzindo as taxas de mortalidade e morbilidade.

De acordo com a RIL realizada, por ser um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza, Silva & Carvalho, 2010), permitiu-me dar resposta à questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem no cuidar da família da pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar? Esta revisão permite-me prestar cuidados assentes na melhor e mais atual evidência disponível, sendo esta uma ferramenta muito importante na área da saúde, uma vez que sintetiza a evidência disponível sobre o cuidar da PSC e família em contexto extra-hospitalar e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. (Souza et al., 2010)

Segundo Holmberg et al. (2016), o enfermeiro em contexto extra-hospitalar deve envolver-se como pessoa sempre com a capacidade de se manter profissional. Esta conclusão é igualmente suportada por Smart et al. (2015) quando referem a importância do escutar, dialogar e apresentar sentido de humor, estar envolvido com a PSC e família. Paavilainen et al. (2017) suporta esta teoria quando faz referência há necessidade do enfermeiro se colocar no lugar da PSC e família de forma a garantir o acompanhamento e o direito à informação por parte destes.

Outra das conclusões desta RIL diz respeito ao envolvimento das famílias no acompanhamento e no cuidado à PSC. O enfermeiro deve ser o elo de ligação, preparando e criando condições para os cuidados de enfermagem à PSC e família, estar presente para os mesmos, criar-lhes conforto (Holmberg & Fagerberg, 2010).

Este envolvimento das famílias no cuidado à PSC aumenta significativamente o grau de satisfação destas em relação ao não acompanhamento/envolvimento (Ekwall et al., 2008), ou seja, é necessário proporcionar apoio emocional, estabelecer relação empática e empoderar as famílias para que estas se sintam envolvidas nos cuidados, sempre com um comportamento calmo por parte dos enfermeiros. (Ayub et al., 2017) Os enfermeiros devem estar preparados, não só em termos técnicos mas, para prestar suporte emocional à PSC e família sempre que necessário. (Brown, 2016)

Os enfermeiros que desempenham o seu exercício profissional em contexto de emergência extra-hospitalar são diariamente confrontados com obstáculos e desafios como o próprio contexto, recursos humanos limitados e a prestação de múltiplos cuidados simultâneos. (Ayub et al., 2017) Este facto é suportado por Sá et al. (2015) quando referem a falta de tempo, a ausência de recursos e a priorização constante dos cuidados à PSC e família como sendo dificuldades encontradas pelos enfermeiros.

Para além dos obstáculos, os enfermeiros também enfrentam desafios diários no âmbito da emergência extra-hospitalar (Paavilainen et al., 2017), para os quais reúnem um conjunto de estratégias de forma a garantir cuidados de enfermagem de excelência como por exemplo: a promoção da presença da família junto da pessoa doente, o apoio em situações de luto, a comunicação eficaz de informações sobre o estado do seu ente querido e a promoção do seu envolvimento na participação dos cuidados à PSC. (Sá et al., 2015)

A presença e participação da família em situação aguda de cuidados em contexto extra-hospitalar é essencial para os cuidados de enfermagem de excelência em emergência extra-hospitalar. (Paavilainen et al., 2017)

1.3. A Revisão Integrativa da Literatura

A RIL realizada deu resposta à seguinte questão de investigação: **quais as intervenções de enfermagem no cuidar da família da pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar?**

A estratégia de pesquisa utilizada pretendeu identificar estudos publicados e estudos não publicados (literatura cinzenta). Assim, numa primeira fase, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados da B-ON, utilizando os respetivos termos de pesquisa no título e sumário dos artigos. Numa segunda fase, foram utilizadas as palavras-chave e referências bibliográficas dos artigos selecionados numa pesquisa mais direcionada. Foram considerados apenas os estudos primários realizados nos últimos 10 anos, por isso, no período de 2008 a 2018.

A pesquisa foi efetuada até ao dia 30 de Junho de 2018 nas seguintes bases de dados: MEDLINE E CINAHL, utilizando a língua inglesa como idioma preferencial, sem restrição ao tipo de apresentação ou publicação.

De acordo com a questão de investigação foram então utilizados os seguintes termos de pesquisa: *family; caregivers; caregivers burden; bystanders; extended family; significant others; family nursing; nurs*; family centered care; nurses; out of hospital*

emergency care; pre-hospital emergency care; prehospital care; ambulance nurses; emergency nurse practitioners; emergency care; rapid response team. Estes foram combinados através das expressões booleanas AND e OR.

Nesta fase, todos os tipos de estudo foram considerados para a seleção através dos sumários (abstracts). Isto porque o cuidar da família da PSC em contexto extra-hospitalar pode ser traduzido na investigação através de diferentes descritores, como opiniões, significados, visões, perspectivas, conhecimentos, atitudes, etc.. Assim como por outras classes profissionais, dependendo do país da origem do estudo, uma vez que no contexto extra-hospitalar internacional atuam outros profissionais com um escopo de ação semelhante aos enfermeiros no panorama nacional.

Na pesquisa inicial foram identificados 125 artigos nas bases de dados e literatura cinzenta, divididos em 110 artigos na Cinahl Plus with full text e 13 artigos na Medline with full text e 2 artigos na literatura cinzenta. Após a exclusão dos estudos em duplicado foi feita a exclusão dos artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão. Posteriormente foi realizada a leitura do título e respetivo resumo sendo o número final de artigos = 7.

Como ponto negativo, faço referência à reduzida literatura portuguesa sobre os enfermeiros em contexto de emergência extra-hospitalar, sendo esta uma área de atuação que exige deste uma grande capacidade física e mental, um leque variado de conhecimentos e uma capacidade de improviso de excelência, penso que deveria haver mais investimento científico sobre esta temática.

Considerações Finais

Em conclusão, o enfermeiro em contexto de emergência extra-hospitalar deve assumir-se, não só tecnicamente mas, envolver-se pessoalmente sempre com a capacidade de se manter profissional em qualquer altura. As famílias devem ser envolvidas nos cuidados e, devem estas ser consideradas um foco de cuidados, sendo o enfermeiro o principal elo de ligação entre estas famílias, a PSC e a restante equipa de cuidados. O enfermeiro em contexto de emergência extra- hospitalar deve promover uma comunicação eficaz e ter a capacidade de prestar apoio emocional sempre que necessário, não desprovendo as famílias de informação sobre a PSC. A presença da família da PSC numa situação de emergência extra-hospitalar assume extrema importância, na medida que são os enfermeiros a deslocar-se ao próprio contexto destas, são elas que muitas das vezes realizam o contacto telefónico a solicitar ajuda e, são estas que se encontram melhor posicionadas para ajudar na prestação de cuidados de emergência em contexto extra-hospitalar à PSC.

2. Desenvolvimento/Aquisição de Competências

Para o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências definidas pela ESEL para o CMEEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), das competências do segundo ciclo de estudos dos Descritores de Dublin (Direção- Geral do Ensino Superior, 2008; Joint Quality Initiative, 2004), bem como para as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista e especialista em PSC da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b), realizei um estágio num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um hospital central e outro estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um hospital regional.

O estágio em SUP decorreu entre o dia 1 de Outubro de 2018 e 30 de Novembro de 2018 e em UCIP entre o dia 3 de Dezembro de 2018 e o dia 8 de Fevereiro de 2019. Nestes contextos procurei desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e família, integrando as equipas multidisciplinares dos serviços. Tive ainda oportunidade de desenvolver competências no contexto extra-hospitalar, mais especificamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), entre os dias 1 e 30 de Novembro de 2018, em alternância com o SUP.

Neste percurso na PSC e família, desenvolvi uma aprendizagem constante, sempre sustentada na evidência científica. A colaboração e a prestação de cuidados permitiram atingir os objetivos a que me propus no sentido da aquisição das competências acima referidas.

Norteei o meu percurso formativo por finalidades que foram atingidas através da realização de um conjunto de atividades que me levaram a atingir as competências já mencionadas. Passo agora a analisar cada uma das finalidades propostas.

Finalidade

• Conhecer a dinâmica organizacional e funcionamento dos SUP/UCIP e das equipas multidisciplinares.

Atividades

A minha deslocação ao contexto no âmbito da unidade curricular – Ensino clínico - foi um fator positivo que possibilitou o conhecimento do mesmo, embora fossem precisos mais alguns dias para conseguir identificar e reconhecer toda a estrutura e organização, especialmente no que diz respeito à tipologia de doentes e ao seu encaminhamento. Para otimizar o processo de integração no serviço foi importante conhecer o percurso dos doentes e

famílias, da admissão ao internamento. Para tal, realizei pelo menos um turno em cada sector do SUP e tive a possibilidade de acompanhar a transferência de doentes para os serviços de internamento da instituição como por exemplo: unidade de urgência médica, unidade de cuidados intensivos polivalente e neurocríticos, unidade de queimados e unidade vertebro-medular. Uma das estratégias que colmatou esta dificuldade, foi a possibilidade de acompanhar os enfermeiros nos momentos de articulação entre os vários setores do SUP e outros serviços da instituição hospitalar.

Igualmente importante foi a realização de turnos ao longo das 24 horas do dia, permitindo conhecer as alterações na afluência de pessoas ao SU e a conseqüente alteração das necessidades de recursos humanos. Apesar do SUP ser um serviço em constante atividade, foi importante conhecer as dinâmicas relativas à prestação de cuidados de enfermagem nos três turnos.

Outro fator facilitador da minha integração na equipa de enfermagem e posteriormente na equipa multidisciplinar, foi o enfermeiro orientador do ensino clínico (EC). Mostrou-se sempre disponível para me acompanhar, apresentando-me aos profissionais do serviço como seu par o que facilitou a interação em contexto clínico.

A realização de um turno no sector da triagem não foi algo desconhecido, uma vez que desempenho funções num SUB, já frequentei o curso da triagem de Manchester, sendo esta igual para todas as unidades hospitalares. A triagem é muito mais do que seguir um determinado fluxograma. Entendo que a experiência profissional, o conhecimento científico do enfermeiro e a sua avaliação clínica em função das questões que coloca, influenciam diretamente a pessoa que recorre ao SU, bem como a dinâmica do mesmo, uma vez que a teoria oferece um suporte ao exercício clínico sendo este sempre mais complexo e com realidades desafiadoras. (Benner, 2001)

A intervenção na triagem permitiu-me explorar as vias verdes existentes neste SUP e o encaminhamento dos doentes após serem triados.

A interação com a equipa médica foi mais morosa, pelo elevado número de profissionais presentes no SUP e pela dificuldade inicial em intervir com os mesmos.

No que diz respeito à UCIP, não consegui deslocar-me a este serviço no contexto da unidade curricular acima mencionada, no entanto, a enfermeira chefe foi preponderante para o início do meu percurso em UCIP com uma apresentação detalhada e consistente do contexto.

O estágio em UCIP teve a particularidade do espaço físico ser provisório em detrimento de obras de renovação e ampliação do espaço natural desta unidade. A UCIP encontrava-se à data no Serviço de Observação (SO) do Serviço de Urgência Geral (SUG). Neste sentido e de forma a compreender que alterações poderiam derivar desta modificação no espaço físico

desenvolvi um jornal de aprendizagem que me permitiu refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem e, acima de tudo, sobre a gestão dos cuidados por parte dos enfermeiros, nomeadamente do enfermeiro chefe e dos enfermeiros especialistas.

Para otimizar o processo de integração foi importante conhecer os recursos tecnológicos existentes no serviço e qual a capacidade do serviço na utilização desses recursos assim como conhecer a tipologia de pessoas internadas nesta UCIP, ou seja, compreender quais as patologias mais habituais e quais os critérios de internamento.

A UCIP tem, no momento, 5 camas, com todas as condições para prestar cuidados de enfermagem. Implica uma atenção redobrada por parte dos enfermeiros uma vez que a distância entre estas é reduzida, dificultando a prestação de cuidados e intervenção no sentido de reduzir o risco de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).

A equipa de enfermagem é composta por 30 enfermeiros. Estão escalados para os turnos três enfermeiros, sendo este número muitas vezes reduzido para dois devido aos constrangimentos inerentes da falta destes profissionais. O enfermeiro responsável de turno assume, simultaneamente a prestação de cuidados direta à PSC internada e família. De acordo com Hesbeen (2001), cada enfermeiro é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário, ou seja, cada enfermeiro presta cuidados às PSC e famílias que lhe são atribuídas no início do turno, assumindo assim a responsabilidade direta sobre os mesmos. Trata-se de um método de trabalho vantajoso, permitindo uma prestação de cuidados centrada na pessoa que faz emergir maior confiança e satisfação de quem recebe estes cuidados, criando assim uma relação de ajuda com a PSC e família, traduzindo-se de igual forma na satisfação do enfermeiro. De acordo com Lazure (1994), uma boa relação de ajuda é essencial para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes.

Durante o estágio fiz apenas o turno da manhã, o que me permitiu trabalhar com todos os profissionais que participam na prestação de cuidados em contexto de UCIP, nomeadamente, médicos, fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros. É durante o turno da manhã que surgem a maioria das decisões clínicas e, uma vez que é igualmente neste turno que maioritariamente se prestam os cuidados de higiene e conforto, permitiu-me observar e avaliar a PSC de diferente forma durante este procedimento, o que se tornou num fator facilitador da minha integração na equipa e no próprio contexto.

Por outro lado, o facto de não realizar turnos ao longo das 24 horas do dia, não me permitiu conhecer as alterações nas necessidades de recursos humanos, em especial no turno da noite devido ao reduzido número de enfermeiros como anteriormente já referi. No entanto, o nível de intervenção em UCI não é alterado de acordo com o período do dia pois qualquer

técnica ou intervenção é efetuada de acordo com a necessidade da PSC internada e não com o período do dia em que se insere. A interação com a equipa médica foi positiva pois todos os médicos me receberam de forma muito profissional, mostrando disponibilidade constante em ajudar-me no meu percurso de aquisição de competências, especialmente em técnicas que nunca tinham feito parte da minha atividade profissional.

Finalidade

• Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica e dinamizar a intervenção no contexto de equipa multiprofissional em resposta a situações de catástrofe e emergência multivítimas.

Atividades

A minha participação ativa na prestação de cuidados à PSC e família, permitiu-me desenvolver competências nas mais variadas tipologias de situações, nomeadamente em áreas em que não tinha muita experiência devido ao facto da casuística do serviço onde desempenho funções ser minor. Desenvolvi competências na área do trauma e da pessoa queimada, áreas bastante simbólicas enquanto enfermeiro.

O trauma é considerado uma das epidemias do séc. XXI sendo a principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, na maioria dos países desenvolvidos. Estima-se que as mais de 312 milhões de ocorrências/ano no mundo determinem mais de 3,8 milhões de mortes/ano e ainda que por cada morte há 3 pessoas com incapacidade permanente. (Colégio Americano de Cirurgiões Comitê de Trauma, 2008) A cada dois minutos na união europeia um cidadão morre de uma lesão. Para cada caso de ferimento fatal, 25 pessoas em todo a união europeia são admitidas no hospital, 145 são tratadas como doentes transitórios do hospital e muitos mais procuram tratamento em unidades locais de saúde. Isso significa que a cada ano, um escalonamento de 5,7 milhões de pessoas são internadas no hospital e 33,9 milhões de pessoas são tratadas como doentes de ambulatório do hospital, como resultado de um acidente ou lesão violenta. (Colégio Americano de Cirurgiões Comitê de Trauma, 2008)

Tendo em conta estas considerações, atribuo grande importância ao desenvolvimento de competência na área do trauma visando a melhoria da prestação de cuidados às pessoas/famílias vítimas de trauma. O enfermeiro orientador é um perito na área do trauma e facilitou bastante a minha aprendizagem assim como na vertente do doente queimado, o que me proporcionou um maior número de oportunidades de partilha de experiências profissionais e consequentemente o meu desenvolvimento de competências. A grande mais-valia desta parceria ocorreu durante os momentos de debriefing que realizamos a dois em praticamente

todas as situações e, nomeadamente, no final de cada turno. A reflexão permitiu perspetivar cada situação com a distância suficiente para melhor as compreender e gerar aprendizagens que motivaram alterações comportamentais nos turnos seguintes. Um factor negativo em situações de trauma foi compreender o papel de líder da equipa e da tomada de decisão relativamente á priorização de intervenções. No entanto, a intervenção constante com este tipo de vítimas, mesmo em turnos iniciais, permitiu-me compreender e inserir-me na dinâmica de trabalho. Por outro lado, na VMER, as situações de trauma são abordadas de forma ligeiramente diferente que em contexto intra-hospitalar, não no sentido da abordagem ou metodologia mas, pelo facto das equipas estarem mais treinadas e/ou motivadas e também pelo reduzido número de enfermeiros e médicos (1+1) faz com que a abordagem às vítimas de trauma seja mais metódica, mais fluente e menos confusa. Constatei que, quando tinha situações de trauma em que o/a médico líder da equipa fosse um operacional VMER, esta situação, mesmo que intra-hospitalar, era abordada e operacionalizada noutras condições, com ganhos seguros para a PSC e família. Durante um dos turnos na VMER, fomos ativados para uma situação de trauma – queda de uma pessoa, sexo feminino, de mais de 5 metros de altura (2º andar). Abordamos a vítima de acordo com as guidelines de abordagem à vítima de trauma, com a metodologia ABCDE, em seguida e depois de detetar e corrigir os problemas identificados na via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição, pude iniciar o tratamento com ácido tranexâmico, que conhecia do meu contexto de cuidados, ainda que nunca tenha tido a oportunidade de preparar e administrar esta medicação. Este medicamento está indicado no controlo e profilaxia de hemorragias, sendo administrados 2 gramas, divididos em: 1 grama em bólus e o outro em perfusão nas 8 horas seguintes, ou seja, a 6.23cc/h.

Outro factor que me permitiu atingir este objetivo foi o facto de realizar a maioria dos turnos nas salas de trauma/emergência, o que me permitiu um contacto direto com a PSC e famílias. Tive a oportunidade de mobilizar o conhecimento apreendido, quer em sala de aula, quer no meu percurso profissional. Ao enfermeiro em sala de emergência é exigida uma enorme capacidade de organização sustentada no conhecimento. Muitas das PSC que são levadas a este SUP são do foro médico, o que requer dos enfermeiros uma boa capacidade de anamnese e acolhimento da família; por outro lado, as PSC vítimas de trauma, requerem do enfermeiro uma grande capacidade de exame objetivo, ou seja, PSC do foro médico necessitam de 80 de inquérito e 20% de exame objetivo; em contrário, PSC vítima de trauma, requer 80% de exame objetivo e 20% de inquérito. (INEM, 2012)

Consegui abordar a PSC em sala de emergência, sendo esta uma das competências mais importantes desempenhadas pelos enfermeiros.

Também a realização do curso Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN), contribuiu para que me sentisse mais competente e logo mais confiante, nestes sectores do SUP, mais concretamente na prestação de cuidados de enfermagem à PSC/família vítima de trauma.

A pessoa grande queimada também é uma área que me desperta bastante interesse, por ser uma tipologia de vítimas muita específica e com uma complexidade de procedimentos e intervenções que os enfermeiros podem desenvolver, uma vez que a pele é o maior órgão do corpo humano, quando sofre dano resultante de uma queimadura poderá levar ao comprometimento da imunidade, hipotermia, aumento da perda de líquidos, infeção, alterações na aparência, função e na imagem corporal. (Amaral, 2013; Culleiton & Simko, 2013)

Tive a oportunidade de receber, abordar, avaliar e aumentar o nível de cuidados a uma PSC grande queimada, uma vez que apresentava de área superficial corporal queimada 45%. Amaral (2013), através de uma revisão da literatura, apresenta como adulto grande queimado aquele cuja Total Body Surface Area (TBSA) superior a 20% porque a partir desse valor dá-se início ao desencadear de um síndrome de resposta inflamatória sistémica que leva a maciços deslocamentos de fluidos para o espaço extravascular. Consegui ainda acompanhar esta PSC grande queimada para a Unidade de Queimados e observar a sua admissão. A admissão deste tipo de doentes é bastante complexa com um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem, como o banho terapêutico. A unidade de queimados é um serviço em que as regras de assepsia são vistas de forma distinta de outros serviços uma vez que a PSC grande queimada possui um risco acrescido de contrair infeções.

Nas últimas semanas de estágio, consegui – com a supervisão do enfermeiro orientador – assumir a sala de reanimação e trauma para a receção da PSC, priorizando as intervenções de enfermagem a realizar em colaboração com a equipa médica, cujo líder é sempre o anestesista ou o cirurgião da equipa do SUP nas situações de trauma e, de medicina interna nas situações médicas.

Realizei também turnos na viatura médica de emergência e reanimação (VMER), o que me permitiu atingir este objetivo no contexto extra-hospitalar, uma vez que os enfermeiros devem estar preparados para atuar fora do ambiente hospitalar, assim como em situações multivítimas. (INEM, 2012)

O exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados (...)

com a obtenção de ganhos efetivos em saúde, nomeadamente a diminuição da taxa de mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A emergência multivítimas é definida como uma situação que abrange um elevado número de vítimas, de forma a modificar o funcionamento usual dos serviços de emergência e a prestação de cuidados de emergência. Este conceito pressupõe ainda a existência de um “conjunto de procedimentos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011 p.2)

Uma das ocorrências para que fomos ativados no contexto da VMER foi precisamente uma situação com quatro vítimas de um incêndio urbano. Consegui avaliar as vítimas, identificar as necessidades, nomeadamente de aporte de oxigénio de forma a combater a hipóxia que podia resultar em falência orgânica e assim perceber quais as vítimas críticas e não críticas. A intoxicação por monóxido de carbono (CO) é uma das intoxicações fatais mais comuns, ocorrendo por inalação (...) sendo que uma das suas fontes comuns são os incêndios em residências (...) e tem como principal tratamento o aporte adicional de O₂ a 100%. (O'Malley, 2015)

Consegui ainda explorar as vias verdes existentes no serviço no decorrer de um turno realizado na triagem. As vias verdes (VV) existentes neste SU são: VV AVC, VV Sépsis, VV Coronária, VV Trauma e VV PCR. De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) (2009), as vias verdes funcionam como uma estratégia otimizada com o objectivo da melhoria da acessibilidade dos doentes, na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica comprovadamente mais eficaz. Funciona na metodologia doente certo, no local certo, no mais curto espaço de tempo possível. (Figura 1)

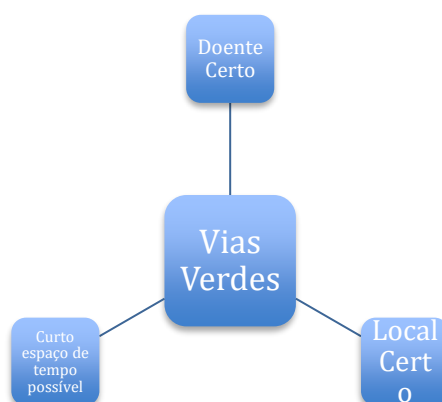


Figura 1 – Metodologia Vias Verdes em Emergência (ARS Norte, 2009)

O aprofundar estes protocolos permitiu-me aprofundar conhecimentos e desenvolver novos conhecimentos relativamente a estas situações emergentes, derivado ao facto de a

maioria das VV não existirem na minha realidade de prestação de cuidados. Consigo agora ficar mais atento para as necessidades imediatas de cada pessoa/família, por forma a garantir uma qualidade de cuidados, que vai beneficiar o *outcome* da PSC/família.

Apreendi algumas especificidades medicamentosas em urgência/emergência, nomeadamente a não utilização de Metamizol em situações de trauma (Circular Informativa N.º 158/CD/550.20.001 de 12/11/2018) uma vez que poderá ocorrer agranulocitose (alterações sanguíneas) e que, numa PSC vítima de trauma poderá significar o aumento significativo do risco hemorrágico. Outra aprendizagem que retirei deste contexto assenta na redução da concentração da dose de Amiodarona em perfusão para metade com o aumento do débito de perfusão, de forma a reduzir as flebites, hipotensões e, conseguir deste modo o efeito desejado do tratamento. (Infarmed, 2014)

Algumas dificuldades iniciais surgiram na limitação em monitorizar a PSC vítima de grande trauma, juntamente com outras admissões em sala de emergência, ou seja, garantir a prestação de cuidados de enfermagem à PSC mas também assumir a entrada de outros clientes. O desconhecimento do sistema informático, dos elementos da equipa, enfermagem e médica, e da localização de equipamentos/materiais, condicionaram controlo sobre todas as situações em salas de emergência. Após discussão da situação com o orientador clínico, este transmitiu-me a necessidade de me focalizar mais na PSC, o que me levou a alterar o meu comportamento nos turnos seguintes, através do melhor conhecimento do sistema informático HCIS e adotei uma metodologia para passagem de informação, assente no ABCDE da abordagem primária da vítima e do CHAMU (C: circunstâncias da ocorrência; H: história clínica; A: alergias conhecidas; M: medicação habitual; U: última refeição) (INEM, 2012) no exame secundário, com melhoria significativa da minha prestação em sala de emergência.

No que diz respeito à ventilação mecânica, tive a oportunidade de trabalhar em sala de emergência com 3 tipos de ventiladores, sendo que tive mais contacto com os ventiladores Hamilton. Este tipo de ventilador combina a funcionalidade de um ventilador de cuidados intensivos com as especificidades de um ventilador para transporte. Permite ainda ventilar todo o tipo de pessoas, desde neonato até adultos. Este ventilador permite ainda, através do peso, idade e altura da PSC, definir automaticamente os parâmetros ventilatórios, em modalidade de volume controlado.

Na UCIP, sendo um contexto em que desenvolvi a minha prática profissional durante cinco anos, consegui integrar-me na prestação direta de cuidados de forma precoce.

De acordo com Sheehy (2011), a prática de enfermagem em UCI requer um conjunto impar de capacidades de avaliação, intervenção, tratamento e conhecimentos de âmbito geral e especializadas.

Inicialmente partilhava a responsabilidade na prestação de cuidados à PSC e família com a orientadora clínica. Com a realização dos turnos e, após validação das minhas competências por parte da orientadora, consegui assumir a responsabilidade total da PSC e família, assim como dos cuidados e técnicas a que esta estava sujeita, sempre com a supervisão da orientadora clínica. Segundo Carapineiro (1993), aos enfermeiros no contexto de UCI são exigidas uma diversidade de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, aplicados numa realidade em constante mutação e, frequentemente, sob o efeito de fatores geradores de grande stress.

A minha participação ativa na prestação de cuidados à PSC e família, permitiu-me desenvolver competências nas mais variadas tipologias de situações, nomeadamente em áreas em que não tinha muita experiência. Desenvolvi competências na área da prestação de cuidados de enfermagem à PSC submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI) e da PSC submetida a técnica de substituição da função renal, áreas igualmente simbólicas enquanto enfermeiro.

A ventilação é uma área nobre do suporte de vida avançado. A possibilidade de permitir a respiração a uma pessoa que momentaneamente não consegue realizá-la por motivo de doença grave é uma das conquistas da Medicina do século passado e contribuiu para a diferenciação de locais específicos nos Hospitais, destinado a este tipo de pessoas. (Marcelino et al., 2008)

De acordo com Swearingen & Keen (2001, p.20), “para assegurar um bom nível de cuidados ao doente que necessita de ventilação mecânica, o profissional deve ter conhecimento adequado do equipamento e dos procedimentos envolvidos.”

No que diz respeito à ventilação mecânica, tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica com suporte de 2 tipos de ventiladores: Servoi e Hamilton.

Tive oportunidade de aprender e desenvolver cuidados de enfermagem relativos à prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI) (figura 2) e, desta forma, partilhar com os enfermeiros as intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a redução da PAI. (DGS, 2015; Matos & Sobral, 2010; Swearingen & Keen, 2001)

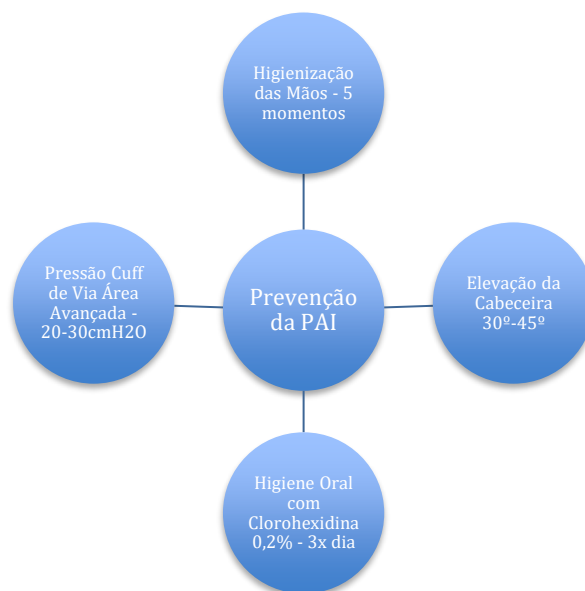


Figura 2 - Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação: cuidados de enfermagem.

Tendo em conta estas considerações, atribuo grande importância ao desenvolvimento de competências na área da PSC submetida a VMI visando a melhoria da prestação de cuidados às pessoas/famílias.

Foi para mim, igualmente importante, desenvolver competências no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem à PSC submetida a técnica de substituição da função renal com recurso à anticoagulação por citrato, por ser uma técnica nova para mim uma vez que no meu contexto profissional nunca a utilizei, o que facilitou a minha aprendizagem e domínio da técnica, otimizando as minhas competências.

A PSC com disfunção renal tem um sistema fisiológico cujo funcionamento se degrada cada vez mais, sendo os rins essenciais para manter a homeostasia. O objetivo da técnica de substituição da função renal é restaurar o equilíbrio dinâmico deste sistema. As indicações para técnica de substituição da função renal nas UCI's são: a remoção de solutos e correção dos desequilíbrios dos eletrólitos e ácido-base. Esta técnica utiliza quatro princípios para a remoção de solutos e água: difusão, osmose, ultrafiltração e convecção. (Swearingen & Keen, 2001; Phipps et al., 2003)

No que diz respeito à utilização do citrato como anticoagulante nas técnicas de substituição da função renal, o objetivo é manter a sua funcionalidade sem interrupção e com a menor intervenção possível, uma vez que a coagulação do filtro é responsável pela inoperância do circuito extracorporeal (CEC) e paragem da técnica em 40 a 70% dos casos. Esta interrupção tem consequências na sua eficiência, diminuição da hemoglobina (Hb), aumento na carga de trabalho e reflexo nos custos.. A anticoagulação mais utilizada e com a

qual há mais experiência, é a heparina não fraccionada, mas que pelas complicações e limitações que apresenta, tem justificado a procura de alternativas. Entre estas, o citrato de sódio surge como um bom anticoagulante, permitindo um manejo seguro e com a vantagem de apenas anticoagular o circuito extracorporal (CEC). (SPCI, 2009)

A realização destas atividades permitiram-me atingir as seguintes competências:

- ✓ Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica num serviço de urgência polivalente e em contexto extra-hospitalar;
- ✓ Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- ✓ Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- ✓ Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas;
- ✓ Planear a resposta concreta perante as pessoas em situação de emergência multivítimas;
- ✓ Gerir os cuidados em situação de emergência multivítimas.

Finalidade

• Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família promovendo práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais estabelecendo uma comunicação eficaz com a PSC e família.

Atividades

O foco da abordagem do enfermeiro, para além da PSC, é também a família. A família funciona como um meio de atingir a homeostasia da PSC, é um dos principais intervenientes no processo de cuidados, quase tão importante como o próprio tratamento. A família da PSC enfrenta desafios significativos. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com presença assídua e com competências para avaliar e intervir nas necessidades da PSC e família, devido à relação única que criam com ambos. Cuidar da família da PSC exige do enfermeiro competências especializadas. (Sá et al., 2015)

Em contexto extra-hospitalar, a presença e a comunicação com a família da PSC é ainda mais importante pois são estas que fazem o contacto com a linha de emergência e, o sucesso no cuidar da família da PSC é um ponto de partida para a qualidade do processo de cuidar. (Paavilainen et al., 2017)

Meleis (2010) considera que “(...) assistir pessoas em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”. Quando cuidamos da família da PSC devemos estar conscientes que são grupos particularmente vulneráveis, que se encontram a vivenciar um desequilíbrio revelando incapacidade de se auto-cuidarem, competindo aos enfermeiros promover um ajuste ou adaptação á realidade/circunstância. (Meleis, 2010)

Foram várias as situações em que me deparei (e continuou a deparar na minha prática de cuidados) com famílias em sofrimento, a lidar com alterações súbitas nas suas vidas e nos seus quotidianos, resultante da transição saúde/doença da PSC. As próprias famílias vivenciaram transições, mais objetivamente transições situacionais, pelo facto de disporem de todo o seu tempo para acompanhar os seus familiares. Procurei sempre envolver e integrar a família ao longo da prestação de cuidados e sempre que era possível, principalmente na recolha de dados como os antecedentes pessoais, o estado prévio da PSC e oferecendo suporte psicoemocional sempre que necessário. Por vezes não me foi possível integrar a família pela situação de instabilidade da PSC. De acordo com a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, “o doente tem direito a receber acompanhamento de uma pessoa denominada por si (...) competindo ao enfermeiro a responsabilidade de informar a pessoa sobre este direito, assim como explicar que existem impedimentos de acompanhamento familiar como em situações clínicas complexas, necessidade de realizar exames/técnicas, bem como, limitações na estrutura física do serviço.”

As situações em que a minha intervenção foi importante para as famílias foi em situações de trauma, pelo facto de serem acontecimentos súbitos e inesperados. Consegui transmitir a informação correta e atual às famílias com as alterações que iam surgindo. Tentei sempre permitir a permanência das famílias junto da PSC, mesmo quando esta se encontrava sedada e ventilada, permitindo reduzir o medo das famílias, desmistificando os receios. Muitas das vezes foi mesmo a minha intervenção que fez a diferença nas vidas destas famílias, uma vez que após a transmissão de informação médica ficavam sempre muitas dúvidas e, consegui esclarecer de forma simples e objetiva, estas mesmas dúvidas. A informação deve ser facultada mediante as capacidades de cada pessoa de a compreender, certificando sempre que a mensagem foi compreendida de modo a que estas famílias consigam agir apropriadamente numa situação de transição.

Ao enfermeiro compete apoiar, utilizar, otimizar e potenciar o contributo da família no processo de cuidados da PSC, fornecendo-lhe informações e suporte emocional de acordo com as necessidades específicas desta, de modo a que possa contribuir e participar ativamente no cuidado do seu familiar. (Benner, 2001)

De acordo com a Ordem dos enfermeiros (2010, p.4), o enfermeiro especialista, seja em contexto extra-hospitalar, SUG ou UCI, “assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”. O enfermeiro tem a responsabilidade de alertar, esclarecer e transmitir conhecimento adequado à PSC e família. Segundo o artigo 8º do REPE, o objetivo é promover a saúde, estilos de vida saudáveis, prevenir a doença, facilitar o tratamento e promover a reabilitação e reinserção social. (OE, 2015)

Em contexto de UCI, a família assume-se ainda mais como um pilar fundamental na prestação de cuidados. Os longos internamentos permitem um conhecimento das famílias por parte dos enfermeiros e, desta forma, integrá-las nos cuidados. Este período alargado do internamento permite aos enfermeiros desenvolver com as famílias da PSC estratégias de coping e confiança, que se irá manifestar pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação. (Meleis, 2000)

A família da PSC apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional, uma vez que estas são colocadas perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenham experienciado. Exige às próprias famílias a mobilização de competências e recursos, muitas vezes desconhecidos. A família da PSC é muitas vezes relegada para segundo plano pois, em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam. (Hsiao et al., 2017; Sá et al., 2015)

O internamento da PSC numa UCI tem consequências súbitas no quotidiano da família, resultante da transição saúde/doença. As próprias famílias vivenciam transições, transições situacionais, pelo facto de alterarem as suas rotinas diárias com o objetivo de acompanhar os seus familiares durante o período de internamento. A grande maioria das famílias não atinge a consciencialização que elas próprias se encontram num processo transaccional, ou seja, não têm a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição o que implica que estas famílias não consigam iniciar a sua experiência de transição. (Meleis, 2000).

Estes internamentos surgem muitas das vezes como acontecimentos súbitos e inesperados o que implica uma mudança repentina no funcionamento do sistema familiar, alterando a sua homeostasia, podendo gerar uma crise.

O ambiente em UCI é estranho e desconhecido para os intervenientes familiares, ainda mais com prognósticos incertos. Neste sentido, o enfermeiro ao desenvolver uma relação terapêutica com a PSC e família e ao conhecer as suas necessidades em termos emocionais, tem ao seu alcance um conjunto de estratégias que lhe permitem direcionar a sua atuação, pela implementação de ações, de modo que se estabeleça um equilíbrio familiar. (Novais, 2010)

Em UCI, os cuidados de enfermagem costumam ser vistos associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto na PSC e família como nos próprios enfermeiros que desempenham funções nestes serviços. Nestes contextos, a tecnologia é uma parte integrante e essencial, mas não única, da prática competente do enfermeiro. (Sá et al., 2015)

Neste seguimento, a família da PSC internada em UCI, ao entrar no espaço físico da unidade, experiencia e desenvolve um misto de sentimentos - ansiedade, desespero, angústia, tristeza (Novais, 2010) (figura 3) - devido à criticidade do estado do seu familiar. Neste sentido, a minha intervenção junto das famílias da PSC durante o período de visita foi sempre no sentido de promover um clima de confiança e segurança, procurando estabelecer uma comunicação franca, direta e eficaz, baseada numa relação de ajuda, estabelecendo empatia com as famílias, encorajando-os a expressar emoções e sentimentos de forma a que estes consigam superar esta fase no seio familiar. No início da visita realizava a preparação e envolvimento, no sentido de transmitir informação, efetuar esclarecimentos e disponibilizar suporte psicoemocional, por forma a desmistificar medos e diminuir a ansiedade. Tentei sempre facultar a informação mediante as capacidades de cada pessoa de a compreender, certificando-me sempre que a mensagem era compreendida de modo a que estas famílias conseguissem agir apropriadamente numa situação de transição.

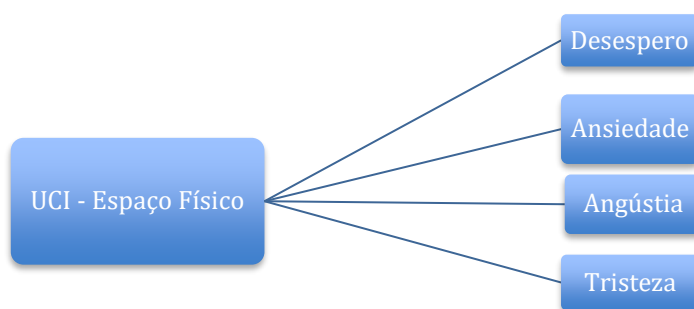


Figura 3 – Sentimentos vivenciados pela família em UCI (Novais, 2010)

Sabemos que em UCI a visita tem normas restritas, tanto no número de pessoas como no período de tempo. Os enfermeiros nesta UCIP eram bastante flexíveis na visita à pessoa internada. A visita no período da manhã é de apenas 30 minutos, o que considero fracamente diminuto, no entanto, durante estes 30 minutos, os enfermeiros estão completamente disponíveis para acolher e prestar cuidados às famílias.

De acordo com Sá et al. (2015), os enfermeiros que trabalham em serviços que lidam frequentemente com a PSC e família possuem um leque de conhecimentos específicos e

aprofundados, que lhes permite avaliarem e intervirem nas necessidades dos mesmos. O paradigma holístico e individualizado à PSC e família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar.

Sendo a família da PSC um cliente alvo para mim enquanto enfermeiro, procurei sempre melhorar a minha intervenção. Segundo Novais (2010, p.169) “existe reciprocidade entre o estado de saúde de um dos membros e a saúde da família.” Deste modo, a família ao estabelecer uma relação de interdependência com a PSC, manifestada pelo suporte emocional e afetivo transmitido, facilita a sua recuperação. (Bentinelli, 2007)

A família deve ser vista, não como um apêndice à PSC mas como um foco de cuidados dos enfermeiros. A família da PSC torna-se um elo fundamental e imprescindível em todo o processo personalizado de cuidados, com vista ao tratamento e recuperação da PSC, não podendo ser dissociado da prestação de cuidados do enfermeiro.

Neste sentido, tentei sempre ser o elo facilitador ao ajudar a família da PSC a reajustar-se à transição situacional que vivenciam, derivada de uma transição saúde/doença do seu familiar, quer por doença súbita e/ou trauma, através da implementação de medidas que visavam oferecer apoio, conforto, orientação, de modo a reduzir a preocupação e ansiedade. A participação da família nos cuidados é muito importante uma vez que permite partilhar com os enfermeiros informação essencial, de forma a tornar uma realidade a personalização dos cuidados. Quando estamos perante a família da PSC, esta participação torna-se ainda mais importante, pois estas pessoas encontram-se muitas das vezes inconscientes, ventilados e sedados, cabendo às famílias fornecer informação sobre a PSC e as suas preferências. (Sá et al., 2015)

Como enfermeiro, assumi a responsabilidade de promover o acolhimento à família da PSC durante os estágios, fiz sempre por envolve-la no processo de cuidar, mesmo que isso significasse mantê-la junto do seu familiar em situação crítica. Considerei a vulnerabilidade do doente mas também da família. O enfermeiro desempenha um papel crucial na sua vertente de competências tendo como foco de intervenção a PSC e família, a condição que esta vivência no momento atual, preservando a sua dignidade. A família deverá ser valorizada e sentir-se envolvida na prestação de cuidados através de um acompanhamento personalizado no decorrer da fase de maior vulnerabilidade. Desta forma, o enfermeiro torna-se um elo facilitador através da implementação de medidas que visem oferecer apoio, conforto, orientação, informação, de modo a diminuir a preocupação e ansiedade.

Foi neste sentido que empenhei a minha intervenção na abordagem à família da PSC ao longo dos meus estágios. Considero pertinente refletir sobre a necessidade de existir um local mais reservado, acolhedor e apaziguador de forma a prestar cuidados às famílias,

especialmente em situações de maior vulnerabilidade emocional. Procurar sempre proporcionar um clima de segurança e confiança que se traduza numa comunicação direta e eficaz de forma a criar uma relação empática e de ajuda. (Figura 4)

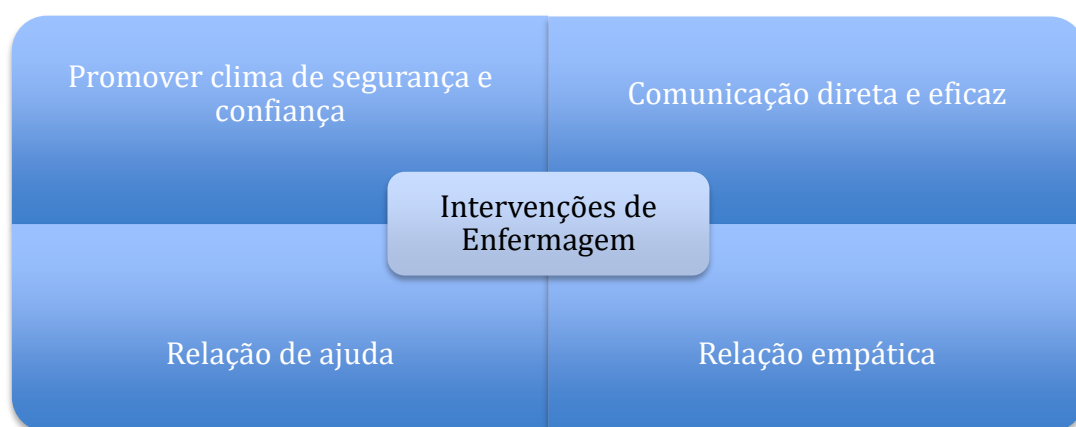


Figura 4 – Intervenções de Enfermagem à família da PSC

A realização do jornal de aprendizagem no estágio urgência/emergência contribuiu igualmente para o cumprimento deste objetivo, na medida que consegui, através de uma situação complexa, quer pela barreira linguística quer pela morte inesperada de uma pessoa, comunicar eficazmente com esta família, fornecendo-lhe toda a informação, dando suporte emocional, efetuar esclarecimentos de forma a diminuir a ansiedade e a angústia desta mesma família. De acordo com Hsiao et al. (2017), a presença da família ajuda a ultrapassar barreiras culturais e linguísticas, tornando-se assim uma fonte de informação sobre o mundo exterior para a PSC. A família fornece à PSC apoio emocional, carinho, esperança e promove a orientação na pessoa, tempo e espaço. Com a realização deste jornal de aprendizagem consegui desenvolver competências comunicacionais com a família da PSC.

A realização destas atividades permitiram-me atingir as seguintes competências:

- ✓ Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- ✓ Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- ✓ Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

Finalidade

- **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados em Saúde.**

Atividades

A qualidade em saúde é uma prioridade dos enfermeiros e os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de Enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto das pessoas, dos outros profissionais de saúde, do público e dos políticos. De forma a atingir este objetivo, no decorrer dos estágios procurei sempre adaptar as situações e a metodologia de trabalho ao meu contexto de cuidados.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 refere que a qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades. (República, 2015).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2015-2020, a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos (...) com o objetivo de garantir uma cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, de forma a melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. (República, 2015).

Neste sentido, tive a oportunidade de conhecer realidades completamente distintas da minha e com isto alterar inúmeros protocolos e procedimentos no meu local de trabalho. Procurei criar condições para técnicas que necessitassem de uma abordagem mais urgente, ou seja, daquilo que aprendi no contexto de estágio, adaptei para a minha prática de cuidados, por exemplo: criei um “kit” de cateterização vesical e outro de convulsões de forma a unificar e simplificar este tipo de procedimentos no meu serviço. Por outro lado, ficando esta técnica uniformizada, consigo estabelecer estratégias de forma a reduzir a infeção e, contribuir para a prevenção desta, uma vez que se trata de uma técnica asséptica. Esta criação teve como fonte a constatação da sua efetividade no contexto de estágio com os kit’s de hemoculturas e cateterização vesical.

Contribui também para a qualidade do meu serviço e, após várias conversas com os orientadores clínicos, no sentido de uniformizar a abordagem da pessoa em PCR. Dei formação no serviço para toda a equipa que, inclusive, pediu para transpor esta formação regularmente, de forma a manter a proficiência em situações cuja casuística é reduzida.

Estou neste momento, enquanto responsável pela área de emergência do meu serviço, a desenvolver/melhorar a composição do carro de emergência e a criar um carro de emergência pediátrico, tudo isto só é possível pela experiência retirada dos contextos de estágios, que me permitiram observar outras realidades e transpor para o meu contexto de cuidados.

A qualidade em saúde tem diferentes dimensões como a adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados na pessoa, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação de cuidados, a comunicação e participação e diferentes perspetivas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor, ou seja, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador. (Campos & Carneiro, 2010; Lopes et al., 2010)

Consegui ver todo o meu esforço e conhecimento reconhecido pela minha chefia pois neste momento fui convidado a coordenar a qualidade e risco do meu local de trabalho. Encontro-me a desenvolver vários projetos para o serviço de entre os quais a melhoria do acompanhamento por parte da família da PSC no SUB/SIV e a realização da matriz de risco para o serviço, para o corrente ano, bem como o plano de atividades que irão dar resposta aos riscos identificados.

No âmbito da autarquia, enquadrado num projeto de desenvolvimento de alunos, encontro-me a orientar/coordenar três alunas de 12º ano que pretendem ingressar na licenciatura em enfermagem. Como tutor destas alunas, pretendo acompanhar o seu percurso pedagógico no corrente ano com o foco na profissão de Enfermagem.

Tive também oportunidade de participar em quatro congressos dos quais retirei pontos positivos que me ajudaram a nortear o meu percurso de desenvolvimento/aquisição de competências. A seleção destes contextos formativos e de discussão, onde estavam peritos na área, foi realizada em concordância com a orientadora pedagógica.

A realização destas atividades permitiram-me atingir as seguintes competências:

- ✓ Conceber um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica.

3. Conclusão

A anterior descrição explana o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências definidas pela ESEL para o CMEEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), das competências do segundo ciclo de estudos dos Descritores de Dublin (Direção- Geral do Ensino Superior, 2008; Joint Quality Initiative, 2004), bem como para as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista e especialista em PSC da OE. (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b)

A temática do - cuidar da família da PSC no contexto de emergência extra-hospitalar: intervenção especializada de enfermagem - permitiu-me estruturar e orientar de forma coerente o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, bem como desenvolver competências técnico-científicas na área dos cuidados de enfermagem à PSC e família sempre sustentado na melhor e mais atual evidência disponível assim como no quadro de referência teórico – Teoria das Transições de Meleis. Apesar da enorme relevância da temática para a prestação de cuidados de qualidade à família da PSC, esta carece de maior desenvolvimento dado que a grande limitação se relacionou com a escassa bibliografia disponível que associa a prática da enfermagem à família no contexto de emergência extra-hospitalar. Por este motivo, houve a necessidade de adquirir um conhecimento aprofundado e compreensão dos conceitos centrais da temática concretizado através do enquadramento teórico exposto no presente trabalho.

Ao longo do percurso nos contextos de ensino clínico, pautei a minha presença e intervenção tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com o Código Deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009, 2012a).

A elaboração de instrumentos de trabalho, bem como os momentos formativos – formais e informais – permitiram sensibilizar e modificar a atuação dos profissionais na prestação de cuidados, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade.

No que se refere à gestão da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, considero ter desenvolvido competências previamente adquiridas, mas também adquirido outras. Tal só foi possível pela participação na prática clínica atuando sempre tendo a PSC como um todo de cuidados, nunca relegando a família da PSC para outra esfera de cuidados. Também a participação em atividades extracurriculares contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das minhas competências neste domínio.

Mais concretamente, no que respeita à temática do presente relatório, importa referir que aproveitei cada situação relacionada com a prestação de cuidados à família da PSC nos contextos de ensino clínico, tendo cada uma contribuído inequivocamente para o saber-fazer e para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família, em especial no ensino clínico na VMER, que me permitiu desenvolver este tipo de competências no contexto extra-hospitalar.

Para dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergências multivítimas, contribui para a realização de ensino clínico na VMER com umas das ativações a ser para uma emergência multivítimas, bem como o conhecimento dos planos de contingência no ensino clínico em SU. Também, ao aprofundar o conhecimento sobre ferramentas de comunicação para situações de emergência, e aplicando-as na prática clínica, foi possível desenvolver esta competência.

No que respeita à prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados, assegurei o cumprimento das boas práticas neste domínio. Considero ainda ter otimizado este domínio tanto nos ensinamentos clínicos como no meu contexto profissional.

Algumas dificuldades foram sentidas durante os estágios. Algumas vezes não consegui cuidar e envolver a família da PSC, não só pela situação de gravidade que a PSC vivenciava mas também por ser um contexto de estágio e não poder tomar algumas decisões inerentes ao processo de cuidar como eu o perceciono nesta fase da minha formação.

Existe ainda um défice de conhecimentos generalizado por parte dos enfermeiros nos cuidados à família da PSC. Neste momento já consegui despertar muitos dos colegas com quem me cruzei no contexto dos ensinamentos clínicos mais até os próprios colegas do contexto da minha prática de cuidados.

Na procura da melhor e mais atual evidência foi possível constatar um importante handicap na criação de evidência no que diz respeito à família da PSC em contexto de emergência extra-hospitalar. O foco continua muito no sentido da técnica e da tecnologia, existindo uma falha inequívoca naquilo que são cuidados de enfermagem especializados.

Pretendo no futuro aprofundar a temática da família da PSC no contexto de emergência extra-hospitalar, assim como em outros contextos, desde a urgência aos cuidados intensivos. Pretendo ainda desenvolver estudos na área do trauma, em especial na sua abordagem intra-hospitalar em meios rurais.

Considero ter atingido os objetivos propostos o que me permitiu ampliar domínios como a tomada de decisão, favorecendo assim a continuidade de cuidados, a aquisição de maior autonomia no desempenho profissional, o desenvolvimento pessoal e profissional mas, sobretudo, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Acredito ter sido

possível a aquisição e desenvolvimento de competências relativamente à prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, mais concretamente no cuidar da família da PSC no contexto de emergência extra-hospitalar.

4. Bibliografia

- Abelsson, A., & Lindwall, L. (2017). *What is dignity in prehospital emergency care?* *Nursing Ethics*, 24(3), 268–278. <https://doi.org/10.1177/0969733015595544>.
- Amaral, T (2013). *Garantindo a continuidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa adulta grande quimada*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- American College of Surgeons Comittee on Trauma. (2012). *Advanced Trauma Life Support (Ninth Edit.)*. Chicago, Unidade States of America: American College of Surgeons.
- Araújo, Maria B. *Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. Porto. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2010.
- Araújo, Isabel; Santos, A. *Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação*. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. III Série – no 6 (2012), p. 95-102.
- Ayub, E. M., Sampayo, E. M., Shah, M. I., & Doughty, C. B. (2017). *Prehospital Providers' Perceptions on Providing Patient and Family Centered Care*. *Prehospital Emergency Care*, 21(2), 233–241. <https://doi.org/10.1080/10903127.2016.1241326>.
- Bettinelli, L. (2007). *Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectiva de cuidado*. *Avances. Enfermeria*.
- Brown, N. (2016). *Pre-hospital resuscitation: what shall we tell the family?* *Journal of Paramedic Practice*, 8(2), 86–89. <https://doi.org/10.12968/jpar.2016.8.2.86>.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. ISCTE. Lisboa
- Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança!* Porto: ARS Norte.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Retrieved June 15, 2018, from: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin>.
- Directivo, C., & Jurisdicional, C. (2007). *Enunciado de Posição de 17 de janeiro da Ordem*

dos Enfermeiros, 1–2. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2010a). Circular Normativa no 13/DQS/DSD Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010b). Criação e Implementação de um Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) (No. Circular Normativa N.º 15/DQS/DQCO)

Direção-Geral da Saúde. (2011). Organização do material de emergência nos serviços e unidade de Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2014). Programa Nacional de Saúde Escolar. Direção-Geral da Saúde. (2015a). “Feixe de de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (Vol. Número 021).

Direção-Geral da Saúde. (2015b). “Feixe de Intervenções” da Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (Vol. 022/2015).

DRE. (2016). Diário da República, 2.^a série — N.º 132 — 12 de julho de 2016, 0, 21436. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/74925236>.

Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (2009). *The relationship of theory and practice in the acquisition of skill*. In *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). *The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: Perspectives of family, friends and carers*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 800–809. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02052>.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Retrieved from:

<http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>.

- Especialista, E., Diretivo, C., Diretivo, C., Jurisdicional, C., Administrativo, P., Geral, A., ...
Especialista, E. (2018). Critérios de avaliação Unidades de competência 2.1.5.
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade Do Porto - Dissertação de Doutoramento, 550.
- Gonçalves, C. (2012). *Exercício de enfermagem pré-hospitalar: esforço contínuo de afirmação profissional*. Coimbra.
- Hesbeen, W. (2001). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados De Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). *The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(2), 1–10. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5098>.
- Holmberg, M., Forslund, K., Wahlberg, A. C., & Fagerberg, I. (2016). *The relationship with the ambulance clinicians as experienced by significant others*. *Nursing in Critical Care*, 21(4), e1–e8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12144>.
- Infarmed (2014). Folheto Informativo Amiodarona. Infarmed. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012).
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*: Lusoditacta. Lisboa. ISBN: 972-95399-5-2.
- Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). *Family presence during resuscitation after trauma*. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 85–96. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000271>.
- Lei n.º 33/2009 de 14 de julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República*, 1. a série - N. o 134 (14-7-2009). 4467. Acedido 10-06-2018. Disponível em: <http://publicos.pt/documento/id492408/lei-33/2009>.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente critic*. Lusociência. Loures.

- Meleis, A. I. (1975). *Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework*. In *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York. New York: Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I., & Schumacher, K. L. (1994). *Transitions: a central concept in nursing*. In *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos - desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Mendes, J. J. (2015). *Ventilação Mecânica Não Invasiva*. In *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Mendes, A. P. (2016). *Sensibility of Professionals To Information Needs : Experience of the Family At the Intensive Care Unit*. 25(1), 1–9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>.
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). *Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <http://doi.org/10.1590/010407072014003590013>
- Oliveira, P. A. D. (2013). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Acedido 10-06-2018. Disponível em: <http://esenfc.pt/?url=zJNcxL>
- Ordem dos enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Ordem Dos Enfermeiros. Retrieved from:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento competenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20competenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.

Ordem dos Enfermeiros (2015). CIPE: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lusodidacta. Lisboa. ISBN: 978-989-8444-35-6.

Organização Mundial de Saúde. (2005). Relatório Mundial de Saúde - Financiamento Dos Sistemas De Saúde. Relatório Mundial Da Saúde, 1–119. <https://doi.org/0-309-06837-1>.

Paavilainen, E., Mikkola, R., Salminen-Tuomaala, M., & Leikkola, P. (2017). *Counseling patients and family members in out-of-hospital emergency situations: A survey for emergency staff*. BMC Nursing, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0205-7>.

Papathanasiou, I. (2013). *Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives*. American Journal of Nursing Science, 2(1), 1. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>.

Patricia Benner. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.

Phipps, W. & Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Lusociência. Loures. ISBN: 972-8383-65-7.

Polit, Denise F.; BECK Cheryl T.; HUNGLER Bernadette P. – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5.ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. 441p. ISBN 0-7817-2557-7.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2ª Série, N.º 35 (18-2-2011), 8648–8653.

Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. N.º15.

Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Retrieved from

- http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf. Silva, M. A. C. (2014). Pessoa em situação crítica - foco do cuidado, 48.
- Sheehy (2010). *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sjölin, H., Lindström, V., Hult, H., Ringsted, C., & Kurland, L. (2015). What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 23(2), 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.09.002>.
- Silva, A. G. da. (2012). A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - vivências da família. Acedido 18-06-2018. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1200>
- Silva, Rocha da. *Os Serviços de Urgência Hospitalares e o Sistema Integrado de Emergência Médica*. *Emergência Médica: Revista do Instituto Nacional de Emergência Médica*. Lisboa. Ano 1, n.º.2 (Agosto 1984), p. 3-4.
- Silva, Rocha da; Henriques, P. (1986). *Manual de Medicina de Catástrofe*. Lisboa: Ministério da Saúde, Edição do Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Smart, J. R., Kranz, K., Carmona, F., Lindner, T. W., & Newton, A. (2015). *Does real-time objective feedback and competition improve performance and quality in manikin CPR training - a prospective observational study from several European EMS*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0160-9>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações* (3.ª ed.). Lisboa: SPCI;
- Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). *Integrative review: what is it? How to do it?* *Einstein* (São Paulo, Brazil), 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

Apêndices

Apêndice I – Cronograma do Projeto de Estágio

Apêndice II – Relatório das IX Jornadas de Enfermagem da SPCI

Relatório

No âmbito do estágio em urgência/emergência inserido no 8^a Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) foi-me proposta e elaboração de um relatório sobre as jornadas realizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) às quais tive a honra de poder assistir.

As IX Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva realizadas pela SPCI decorreram nos dias 12 e 13 de Outubro de 2018 na ESEL. No primeiro painel com o tema: “Do ensino à prática – Que desafios?”, ressalvo alguns pontos que para mim foram fulcrais e com todo o interesse naquilo que é a profissão de enfermagem, a preparação de novos enfermeiros e, a necessidade dos serviços em possuírem idoneidade formativa para assim sempre fundamentais naquilo que são os objetivos dos estudantes de enfermagem e das próprias escolas – formar profissionais de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

A Professora Lucília Nunes quando questionada sobre os planos curriculares da escola, deixou bem claro que as mesma não são livres de construir os seus próprios planos como assim o desejarem. Estes planos devem respeitar: os requisitos formais de acordo com a Lei 9/2009; devem estar de acordo com diretrizes europeias e de acordo com a área científica. Foi ainda feita a referência à existência de 21 cursos públicos e 17 cursos privados, tornando-se assim objetivo comum entre todos eles a convergência em 4 anos de: enfermeiros; cidadãos e diplomados do ensino superior.

De forma a melhor todas as lacunas que poderão existir no processo formativo, entenda-se escola/clínica, foi referida a necessidade de reconhecimento dos enfermeiros que orientam estes estudantes na clínica e também a própria integração destes nas escolas, assim como a necessidade de existir uma certificação dos enfermeiros orientadores nos contextos, devendo existir uma valorização dos enfermeiros especialistas em cada contexto clínico.

Foi ainda argumentada a fragilidade que existe entre a teoria e a prática, assim como a falta de sentido crítico dos estudantes de enfermagem, existindo uma divergência de objetivos entre o orientador clínico e o próprio estudante.

Falou-se ainda na prática simulada, que no meu ponto de vista é excepcional na vertente técnica, no entanto “assusta-me” o facto da inexistência da visão da pessoa como um todo, ou seja, na prática simulada temos “um braço”, falta-nos a pessoa em si, família, toda a interação, e não pode ser unicamente a vertente técnica que caracteriza a profissão de enfermagem.

No 2º painel sobre os “Cuidados de Saúde no novo Milénio”, fazer referência à morbilidade crescente nos nossos doentes que diz respeito á região onde vivemos, contrariamente à doença aguda que é geral, internacional. Um dos pontos mais importantes para mim foi a falta de comunicação que existe entre os diversos serviços de saúde, como por exemplo, as “farmácias” consegue mais facilmente reconhecer uma pessoa em situação de isolamento social, no entanto, a informação não passa para além destas, não permitindo assim a prestação de cuidados a estas pessoas.

O grande tópico deste painel foi a necessidade da prestação de cuidados centrados na pessoa, ver a mesma como um todo integrado, um todo que se encontra inserido numa comunidade, com crenças e valores próprios e distintos de todas as outras pessoas. Há a necessidade da criação de um plano individual de cuidados que seja simples, ágil, móvel, aceitável, elaborado e integrado entre os vários serviços, sejam eles de saúde ou não. É preciso questionarmo-nos onde estamos? Qual a tendência? Vamos estimar o passo seguinte.

No segundo dia de trabalhos e no primeiros painel intitulado: “Miscelânea de Saberes”, foi abordado o desmame ventilatório do qual consegui extrair a importância do teste de respiração espontânea antes da extubação, se o doente reunir todas as condições para tal. No que diz respeito à lesão renal aguda no doente crítico, ressaltar que a técnica de suporte renal deve ser escolhida de acordo com o doente e que não existe evidência de qual a melhor técnica a utilizar, ou seja, continua ou intermitente. Em relação ao jejum no doente crítico, fazer referência ao facto dos enfermeiros serem a chave na terapia nutricional no doente crítico. Por último, sobre os acessos vasculares ecoguiados, penso que serão muito importantes pelo facto de não proporcionarmos desconforto ás pessoas na medida que estes têm um período de duração maior, não sendo necessária a sua substituição em períodos de tempo curtos.

No que diz respeito à “Humanização em Cuidados Intensivos”, consegui retirar alguns tópicos importantes que deverão servir de bandeira para a minha prática de cuidados diários, nomeadamente ter a percepção que o tempo não deve ser consumido pela doença mas sim pela pessoa/família uma vez que são estes os verdadeiros intervenientes da nossa prestação de cuidados. Devem-se repensar as organizações no sentido de adaptá-las aos cuidados centrados na pessoa, tendo sempre em consideração que irá existir sempre uma grande resistência à mudança. A família deve ser considerada um foco de cuidados, devem ser nossos parceiros no cuidar, permitindo assim um bem-estar físico e emocional pois é possível um doente crítico estar “mal”...”bem”

De igual importância é termos a noção da perda de papel destas pessoas e da necessidade de tornar os serviços mais afáveis, adaptáveis a cada pessoa/família e, a importância do seguimento aquando da alta.

No tema “Cuidados paliativos em intensivos: um desafio!”, referir a importância de complementar a tecnologia aos cuidados paliativos. Ter sempre em consideração quais as expectativas das pessoas/famílias aquando dos internamentos em UCI, o que irá permitir um aproximar entre estes e os profissionais de saúde. Considero igualmente importante o apoio telefónico à família sempre que não se conseguir presencialmente, mas prestar este apoio sempre. O foco dos profissionais de saúde deve ser sempre a pessoa na sua complexidade.

A tomada de decisão deve ser sempre precedida de uma reunião entre todos os intervenientes, ou seja, a pessoa/família deve ser sempre incluída nestas tomadas de decisão uma vez que são estes os principais intervenientes. Os objetivos devem ser realistas de acordo com a condição clínica de cada pessoa, ou seja, não irá haver um desinvestimento mas sim um investimento noutros objetivos. Foi também abordado o défice de formação em cuidados paliativos e, que todos os profissionais de saúde deveriam frequentar uma formação básica dos mesmos.

Mestrando : Diogo Araújo Saraiva

Orientadora : Professora Doutora Anabela Mendes

**Apêndice III - Relatório do Encontro Nacional dos Enfermeiros
do Extra-Hospitalar da Ordem dos Enfermeiros**

Encontro dos Enfermeiros de Extra-Hospitalar

Ordem dos Enfermeiros

Relatório

Decorreu no passado dia 2 de Novembro de 2018, na cidade de Leiria, o encontro nacional de enfermeiros de emergência extra-hospitalar. De realçar a presença de enfermeiros provenientes de diversos países europeus como a enfermeira Peramato de Espanha e o enfermeiro Thij Gras da Holanda.

A primeira mesa teve como palestrantes o enfermeiro José Guimarães que abordou o tema: “11 anos de Suporte Imediato de Vida (SIV)”. De referir nesta palestra a abertura de 4 novos meios de Suporte Imediato de Vida até ao final deste ano. O enfermeiro Guimarães mostrou a evolução dos meios, a sua expansão no território de Portugal Continental, a sua casuística, salientando-se aqui uma clara diferença na tipologia de saídas, sendo as emergências médicas, mais especificamente as dispneias e dor torácica, os protocolos mais utilizados.

De seguida, a enfermeira Joana Trovão, proveniente dos Açores, apresentou o modelo SIV neste arquipélago. Um modelo com 6 anos de existência mas já com resultados brilhantes, nos quais o governo português deveria repensá-lo para todo o continente português. Esta fez referência ao facto dos enfermeiros se encontrarem nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) onde realizam triagem telefónica, utilizando a triagem de Manchester para o efeito, o que permite um maior número de prioridades de emergência. Este serviço abrange já 90% da população açoriana, o que resulta para os enfermeiros num aumento da proficiência que equivale a um aumento da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que estes enfermeiros, para trabalharem nos serviços de emergência tem que preencher determinados critérios de elegibilidade, nomeadamente ter trabalhado em serviços de urgência e terem formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), SAV pediátrico e SAV trauma. Este *know-how* prévio permite que os enfermeiros que realizam a triagem telefónica possuam juízo clínico (ouvido treinado) experiência acumulada, reduzindo assim os erros de encaminhamento de meios diferenciados. O sistema de emergência açoriano tem ainda a possibilidade de georeferenciação através dos dados móveis dos telemóveis e, permite ainda o atendimento da pessoa surda através de chamada de emergência via Skype. Sem dúvida um sistema a adotar para o continente.

Seguiu-se então a sessão de abertura com a presença da Digníssima Bastonária da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, a Sra. Enfermeira Ana Rita Cavaco, que mais uma vez apelou à união de todos os enfermeiros na luta pela honra e dignidade da nossa profissão.

A palestra seguinte foi conduzida pelo enfermeiro Valter Amorim e teve como tema: “Questões deontológicas na emergência extra-hospitalar”. O enfermeiro Valter fez referência à necessidade do empowerment de todos os enfermeiros sustentadas no conhecimento da ética e deontologia que rege a profissão, dando ênfase à área dos saberes (saber-ser, saber-fazer, saber-estar), referindo a importância que o REPE têm neste sentido.

Seguiu-se a participação do Presidente da Liga dos Bombeiros Portugueses, o Sr. Comandante Jaime Marta Soares. Fez referência há necessidade de incluir os enfermeiros nos corpos de bombeiros, em modelos de ambulância SIV. Frisou que da parte da Liga, todos os esforços são no sentido de trabalhar com a Ordem dos Enfermeiros e, dar visibilidade aos enfermeiros nos corpos de bombeiros. Por último, mas com um grau de importância relevante, deixou bem claro que iria formar, já na próxima semana, uma secção dentro da Liga destinada aos bombeiros-enfermeiros.

Na segunda parte dos trabalhos, seguiu-se o enfermeiro Rui Campos, Enfermeiro Diretor do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) que fez uma apresentação do INEM iniciando com uma breve abordagem histórica que foi desde a criação do CODU em 1987, a criação da primeira Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em 1989, o primeiro Helicóptero de Emergência Médica (HEM) em 1997 e a primeira ambulância SIV em 2007.

Apresentou o CODU e qual o trabalho desenvolvido nestes, especificamente, a triagem telefónica, o acionamento de meios, o acompanhamento dos meios no terreno e o contacto com as unidades de saúde. Existe ainda o CODU-MAR que possibilita acompanhamento médico via telefónica e evacuação de pessoas em situação crítica em embarcações. Apresentou as valências do INEM como: o Centro de Informações Antiveneno (CIAV), a Unidade Móvel de Intervenção em Psicologia de Emergência (UMIPE-3), as ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIHP-4), o motociclo de emergência médica (MEM-8), os postos de emergência médica (PEM-312) que se encontram localizados nos corpos de bombeiros e cruz vermelha Portuguesa, as ambulâncias de emergência médica (AEM-56), sendo que todos estes constituem um suporte básico de emergência. No que diz respeito aos meios diferenciados, o INEM comporta: as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV-39) que se encontram nos Serviços de Urgência Básicos em modelo de integração, as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER-44) que se encontram nos serviços de urgência médico-cirúrgicos e polivalentes e os helicópteros de emergência médica (HEM-4). O INEM dá resposta a situações de exceção com a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC), com a possibilidade de levar um posto médico avançado (PMA) aos locais das ocorrências. Para terminar, fez referência à importância dos enfermeiros no contexto extra

hospitalar, em especial nas ambulâncias SIV, devido à sua proximidade das populações pelo facto de estas ambulâncias se encontrarem integradas nos SUB's. Como problemas ainda por colmatar, o enfermeiro Rui Campos referiu a falta de evidência e a pouca atenção prestada aos *outcomes* das pessoas como “falhas” ainda por resolver, entre outros.

Seguiu-se a enfermeira Peramato, de Madrid, que apresentou o serviço de emergência espanhol. De salientar que cada comunidade espanhola tem o seu próprio serviço de emergência, num total de 19 serviços distintos, todos eles com os enfermeiros a assumirem papéis de extrema importância, quer na triagem telefónica, quer nos terrenos.

Por fim, o enfermeiro Gras da Holanda, apresentou o serviço de emergência do qual ele faz parte. Ideias a retirar foram muitas, sem dúvida um sistema a ponderar. Os enfermeiros contabilizam um total de 90% dos protagonistas da emergência na Holanda. Todo o processo de emergência passa pelos enfermeiros em toda a vertente do apoio de emergência, ou seja, triagem, acionamento e meios no terreno. Em situação de catástrofe, os enfermeiros distinguem-se no terreno por coletes de várias cores, ou seja, o enfermeiro responsável pela coordenação, triagem, cuidados às pessoas. Sem dúvida um desenvolvimento acima do sistema português.

Em suma, salientar a importância deste tipo de reuniões, em especial num contexto tão específico e importante para os enfermeiros como o extra-hospitalar.

Mestrando: Diogo Araújo Saraiva

Orientadora: Professora Doutora Anabela Mendes

Apêndice IV – Relatório das Jornadas do SMI do HFF

Relatório I Congresso Serviço Medicina Intensiva Hospital Fernando Fonseca

Realizou-se no passado dia 24 de Novembro de 2018 o I congresso do serviço de medicina intensiva do HFF. A pertinência dos temas foi fundamental no meu processo de aquisição de competências uma vez que abordaram área da pessoa em situação crítica.

A primeira mesa abordou a um tema muito atual – o ECMO. O Dr. João João Mendes falou sobre a necessidade de uma boa ventilação da PSC com ARDS e de uma correta atitude terapêutica antes de iniciar ECMO. Esta correta atitude assenta numa redução de fluídos, tornando o alvo terapêutico boas pressões plateu e não boas oximetrias. Falou ainda na importância do decúbito ventral em pessoas com ARDS.

Por sua vez, o Dr. João Gouveia frisou a necessidade de não atrasar o início de ECMO em pessoas com ARDS, tendo o desenvolvimento tecnológico permitido uma melhoria do prognóstico destas pessoas, sendo o ECMO uma mais valia nestas situações. Fez ainda referência à falência multiorgânica derivar do barotrauma da ventilação.

Na segunda palestra do congresso, a Dra. Ana Paula Santos abordou a temática da evidência da ventilação não invasiva. Mostrou as suas mais valias e em como poderá ser benéfica no pós-extubação em pessoa submetida a entubação orotraqueal (EOT).

Já a Dra. Ana Elisa apresentou a evidência da oxigenoterapia de alto fluxo, considerada como 1ª linha na insuficiência respiratória aguda hipoxémica, permitindo valores acima de 15 litros, ou seja, com um FiO₂ 100% permite valores até 60 litros/minuto, reduzindo assim o trabalho expiratório e dando maior conforto à pessoa. Apresentou como desvantagem o atraso na EOT que leva a um aumento da mortalidade, concluindo que a oxigenoterapia de alto fluxo é a que permite melhor oxigenação em pessoas com insuficiência respiratória aguda hipoxémica.

O Dr. Pedro Gomes apresentou as guidelines na abordagem da via aérea difícil (VAD) no doente crítico, evidenciando a importância da capnografia e das necessidades formativas médicas na abordagem deste tipo de VAD.

A Dra. Isabel Ferreira falou nos critérios de admissão dos elderly's frailty em UCI assim como a Dra. Filipa Silva, sendo que ambas mostraram semelhantes conclusões – a idade não poderá ser um fator de admissão/exclusão em UCI, devendo o médico avaliar o doente num todo, com uma correta anamnese e, seguidamente, optar ou não pelo internamento e não só pela idade.

Na mesa sobre nutrição da PSC, quer o Dr. Aníbal Marinho como a Enf^a. Zita Simões frisaram a necessidade de um adequado aporte proteico destas pessoas, sendo as primeiras 48 horas fundamentais no processo de ressuscitação da PSC, existindo espaço para uma hiponutrição permissiva. Referiram ainda a importância de não hipernutrir a PSC num curto espaço de tempo, sendo esta hipernutrição um fator de mortalidade na PSC, muitas vezes desconhecido.

De seguida o Dr. Paulo Maia falou sobre os cuidados em fim de vida na UCI, referindo a necessidade de cada vez mais profissionais nestes serviços terem formação em cuidados paliativos, na necessidade de prolongar horários de visitas e da permissão de manter as famílias juntos da PSC em fim de vida nas UCI's.

Por último, a Dra. Ana Paula Fernandes abordou os critérios de elegibilidade do dador de órgãos, sendo que esta começa na sua identificação. A correta caracterização de um dador contribui para a segurança e qualidade dos órgãos sendo que a avaliação do risco, quer do dador quer do receptor deve ser considerada numa base individual, caso a caso, atendendo aos aspetos gerais do dador. Referiu ainda que do ponto de vista global praticamente não existem contraindicações absolutas para a doação, sendo que este processo decorre num curto espaço de tempo, podendo não haver condições para considerar determinados aspetos.

Para finalizar, o Enf^o. Fernando Rodrigues apresentou o circuito na doação de órgãos, ou seja, de todo o processo que decorre desde o dador ao receptor.

Como consideração final gostaria de referir a importância deste tipo de reuniões, no entanto considero que são escassas as oportunidades imputadas aos enfermeiros, talvez pela falta de investigação que se vive no seio da disciplina de enfermagem. É um caminho que todos nós, enquanto enfermeiros, temos que evoluir e começar a mostrar sobre a evidência, aquilo que fazemos diariamente na prestação de cuidados á PSC e família.

Mestrando: Diogo Araújo Saraiva

Orientadora: Professora Doutora Anabela Mendes

**Apêndice V – Relatório Congresso da Ordem dos Enfermeiros da
Secção Regional do Sul**

Congresso Ordem dos Enfermeiros

Secção Regional do Sul

Realizou-se nos passados dias 5 e 6 de Dezembro de 2018 o III congresso da secção regional do sul da Ordem dos Enfermeiros. A pertinência dos temas foi fundamental no meu processo de aquisição de competências uma vez que abordaram área da pessoa em situação crítica, mais especificamente a área de enfermagem em urgência e emergência, com grande incidência da temática da família da PSC.

Antes de mais referir a excelente organização deste congresso o que mostra um claro investimento na área da investigação em enfermagem.

Na primeira mesa, a importância da família da PSC, tema abordado pela Professora Florinda Galinha de Sá. As vantagens da sua presença em sala de reanimação e, de referir, a tomada de decisão passar por estes, ou seja, explicar tudo aquilo que está a ser feito e questionar as famílias se desejam ou não assistir. Tudo isto carece de um enorme treino e trabalho em equipa neste contexto.

O enfermeiro Fernando Palhim mostrou a realidade da hospitalização domiciliária, sendo este o principal caminho a percorrer, não só pela diminuição das admissões em Serviços de Urgência mas pelo respeito e dignidade da pessoa doente e família.

Na mesa redonda : “O enfermeiro na emergência extra-hospitalar”, o enfermeiro Pedro Vasconcelos fez-nos uma apresentação da sua carreira na prática de enfermagem extra-hospitalar. De salientar, uma apresentação muito clara e precisa, bem conseguida, com pouco texto, com muita imagem, o que captou a atenção da plateia.

O enfermeiro Miguel Correia abordou mais uma vez as competências acrescidas em enfermagem extra-hospitalar e da necessidade de diferenciar os profissionais de acordo com as suas áreas, ou seja, os enfermeiros peritos.

Na mesa redonda: “Abordagem do doente crítico – novos e velhos desafios”, moderada pela Professora Doutora Anabela Mendes e pelo Enfermeiro José Abrantes, de salientar a inexistência de uma grelha de transporte secundário do doente crítico o que leva a uma não uniformização dos critérios. Era importante criar grupos de trabalho e, independentemente do local de prestação de cuidados, deveria ser uniforme a abordagem do transporte do doente crítico, seja ele intra ou extra-hospitalar.

O enfermeiro Mário Branco, também em representação da APMERG, mostrou-nos os dados do hospital de São João no Porto no programa de E-CPR de doação de órgãos, um trabalho pioneiro em Portugal.

De referir ainda a apresentação do enfermeiro Pedro Caldeira. Sem dúvida um trabalho bem conseguido junto das populações, com ganhos em saúde objetivos e mensuráveis, no entanto ainda abaixo da meta europeia.

De referir a mudança do paradigma dos cuidados intensivos. Cada vez mais nos dias de hoje se relacionam os cuidados paliativos aos cuidados intensivos e na importância destes na PSC internada em UCI. A enfermeira Ana Leitão mostrou de forma precisa e sentimentalista a possibilidade de dois “mundos” distintos serem fundamentais e correlacionarem-se.

Como consideração final gostaria de referir a importância deste tipo de reuniões. A importância que cada vez mais se presta à família da PSC, à sua presença e, olhar para esta como foco de cuidados de enfermagem.

Mestrando: Diogo Araújo Saraiva

Orientadora: Professora Doutora Anabela Mendes

**Apêndice VI – Formação em Suporte Avançado de Vida no
SUB de Moura**



Treino de Equipa em PCR

SUB/SIV MOURA

MESTRANDO: DIOGO ARAÚJO SARAIVA

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA
ANABELA MENDES



Objetivo Geral

- Capacitar a equipa a intervir em Emergências Cardiorrespiratórias.



Objetivos Específicos

- Gerir a equipa perante a pessoa em PCR;
- Manipular equipamentos relacionados com Emergências Cardiorrespiratórias.



“Aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

Paragem Cardiorrespiratória

- A cessação de actividade mecânica cardíaca, com a respectiva identificação de ausência de sinais de circulação.

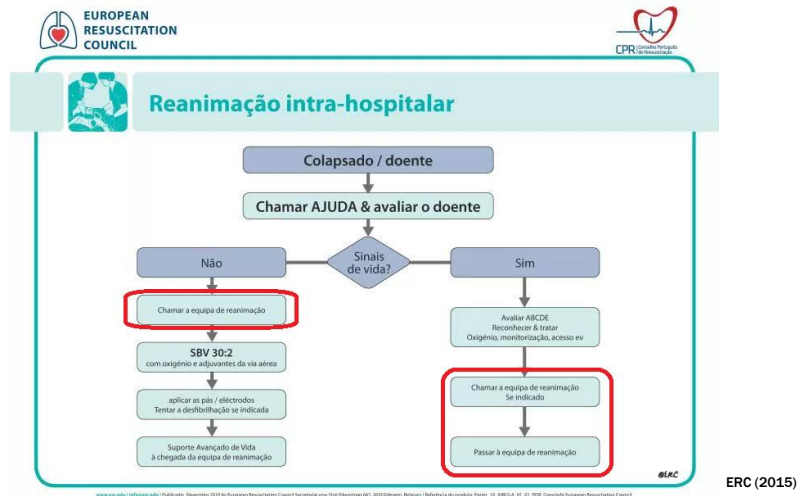
American Heart Association (AHA)

- A doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo.

Cummins, 2001

- Na Europa, a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos, sendo a morte súbita responsável por 60% das mortes do adulto por doença coronária.

INEM, 2010



Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

- Condições de segurança;
- Pessoa doente/colapso;
- Chamar ajuda e avaliar pessoa doente:
 - Estimulação verbal e física bilateral;
 - Avaliar VOSP durante 10 segundos;
 - Não responde? Não respira? Respiração agónica?
- Suporte Básico de Vida (SBV) 30:2 com adjuvantes da via área;
- Verificar condições de segurança do tórax (NACO);
- Aplicar pás multifunções: desfibrilhar se indicado;
- Manter Suporte Avançado de Vida com administração de terapêutica.

Durante a Reanimação

- Garantir a qualidade, frequência, profundidade e descompressão;
- Planificar a ação antes de interromper a reanimação;
- Administrar oxigénio;
- Considerar via área (VA) avançada e capnografia;
- Compressões torácicas ininterruptas após VA avançada;
- Acesso vascular (EV/IO);
- Administrar adrenalina cada 3-5 minutos;
- Corrigir as causas reversíveis.

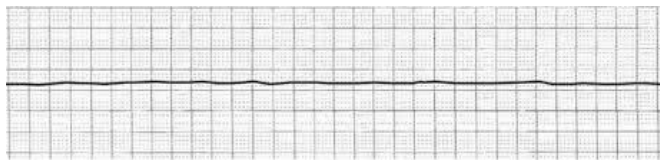
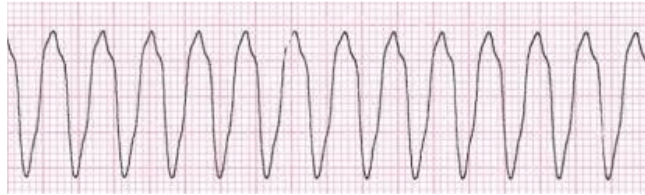
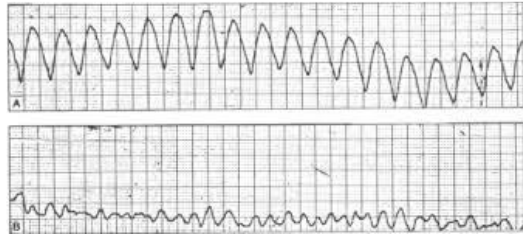
Causas reversíveis

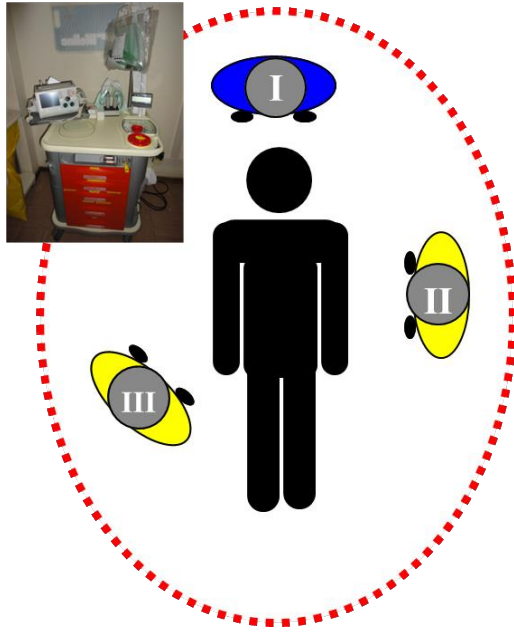
- Hipoxia;
- Hipovolémia;
- Hipotermia;
- Hipo/Hipercaliémia – metabólica;

- Trombose;
- Tamponamento cardíaco;
- Tóxicos;
- PneumoTórax Hipertensivo.

Medidas Pós-Reanimação

- Utilizar abordagem ABCDE;
- Ventilação controlada e oxigenação;
- ECG 12 derivações;
- Tratar a causa provável;
- Controlo de temperatura/hipotermia induzida.





Elemento I – Team Leader

- Permeabilizar a VA;
- Assegurar ventilações eficazes;
- Ventilar/conectar a prótese ventilatória;
- Troca com o elemento II a cada 2 minutos.



Elemento II – SUB 2

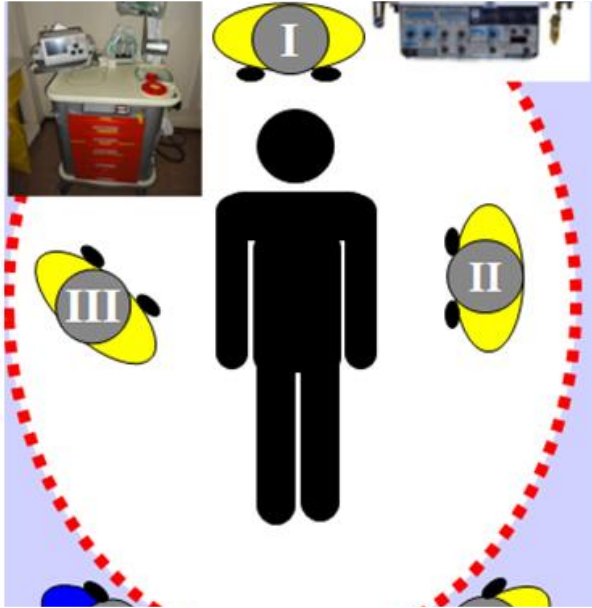
- Executar compressões cardíacas eficazes;
- Troca com o elemento I a cada 2 minutos.



Elemento III – SUB 1

- Monitorização da pessoa com pás (Lifepack)/DII;
- Garantir acessos venosos;
- Desfibrilhar, cardioverter, aplicar pacemaker externo;
- Preparar e administrar fármacos;
- Preparar material para entubação orotraqueal (EOT).





Elemento I – SUB 1

- Permeabilizar a VA;
- Assegurar ventilações eficazes;
- Ventilar/conectar a prótese ventilatória;
- Troca com o elemento II a cada 2 minutos.



Elemento II – SUB 2

- Executar compressões cardíacas eficazes;
- Troca com o elemento I a cada 2 minutos.



Elemento III – Enfermeiro SIV

- Monitorização da pessoa com pás (Lifepack)/DII;
- Garantir acessos venosos;
- Desfibrilhar, cardioverter, aplicar pacemaker externo;
- Preparar e administrar fármacos;
- Preparar material para entubação orotraqueal (EOT);
- Gere a equipa de reanimação;
- Monitoriza todos os elementos;
- Fornece feedback das manobras de SAV;
- Preenche folha de registos (!!).

Elemento IV - Médico

- Pesquisa prováveis causas de PCR;
- Prescreve fármacos e procedimentos;
- Revê historial clínico;
- Verifica a existência de ONR/testamento vital/declaração antecipada de vontade/procurações.

Team Leader

- Aceita o papel de líder;
- É reconhecido pelos seus conhecimentos e tem credibilidade para influenciar a equipa;
- Delega responsabilidade de forma apropriada;
- Permanece calmo;
- É assertivo e exerce autoridade;
- É bom comunicador e empático com a equipa;
- Mostra tolerância a situações de pressão e nervosismo.

Team Leader

- Deve ser capaz de:
 - Seguir os algoritmos;
 - Pedir ajuda se necessário;
 - Comunicar com a família;
 - Fazer uma reflexão final com a equipa.

Líder de Enfermagem

- Distribui papéis e tarefas ao longo da reanimação de forma clara;
- Prioriza as ações;
- Usar o período de 2 minutos de compressões torácicas para planear com a equipa tarefas e aspetos de segurança da reanimação;
- Ser inclusivo relativamente a todos os membros da equipa;
- Estar atento a sinais de fadiga, stress e angústia entre a equipa;
- Promover a força dos membros da equipa;
- Gerir conflitos.

Comunicação

- As ordens devem ser claras, direcionadas e objetivas;
- A terapêutica deve ser prescrita em dosagem e não em número de ampolas;
- Após realizar um procedimento prescrito deve ser dado feedback imediato da sua execução;
- Deve ser dado feedback imediato sobre técnicas mal executadas e indicação de como as executar corretamente.

Terapêutica

- Adrenalina 1mg – ampola direta;
- Atropina 0,5mg – ampola direta;
- Amiodarona 300mg – diluído em 14cc de Dx5%;
- Adenosina 6mg – ampola direta;
- Midazolam 15mg – ampola diluída em 12cc de NaCl;
- Propofol 200mg – ampola direta;
- Etomidato 20mg – ampola direta;
- Dopamina 200mg – diluído em NaCl;



Propostas de formação futura

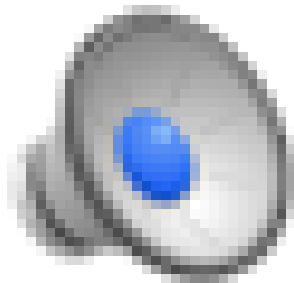
- Abordagem da Pessoa em Situação Crítica;
- Abordagem da pessoa com dispneia;
- Abordagem da pessoa com dor torácica de origem cardíaca;
- Cuidar da família da PSC no SUB de Moura;
- Comunicação de más notícias no SUB de Moura.

T ogheter

E veryone

A chieves

M ore



Bibliografia

- AHA (2015). "Advanced Cardiac Life Support". American Heart Association, 2016.
- Cummins, R., et al. (1991). "Improving survival from sudden cardiac arrest: the chain of survival concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association". *Circulation*.
- INEM (2011). "Manual de Suporte Avançado de Vida". 2ª Edição. 2011.
- Ordem dos enfermeiros. (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Ordem Dos Enfermeiros.
- Silva, Rocha da – Os Serviços de Urgência Hospitalares e o Sistema Integrado de Emergência Médica. *Emergência Médica: Revista do Instituto Nacional de Emergência Médica*. Lisboa. Ano 1, no.2 (Agosto 1984), p. 3-4.
- Silva, Rocha da; Henriques, Pereira – Manual de Medicina de Catástrofe. Lisboa: Ministério da Saúde, Edição do Instituto Nacional de Emergência Médica, 1986. 43p.
- Smart, J. R., Kranz, K., Carmona, F., Lindner, T. W., & Newton, A. (2015). Does real-time objective feedback and competition improve performance and quality in manikin CPR training - a prospective observational study from several European EMS. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1)
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos, (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações (3ª ed.). Lisboa: SPCI;



Treino de Equipa em PCR

SUB/SIV MOURA

