



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CUIDAR O DOENTE CRÍTICO

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

Por
Liliana Cláudia Braz Fernandes

Porto, Março de 2010



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

CUIDAR O DOENTE CRÍTICO

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

Por Liliana Cláudia Braz Fernandes

Sob orientação de Mestre Amélia Ferreira

Porto, Março de 2010

RESUMO

Este relatório é fruto das experiências vivenciadas durante os ensinamentos clínicos efectuados na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e no Serviço de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (SCIC) do Hospital Pedro Hispano.

Privilegia uma reflexão crítica tendo por base os objectivos gerais e específicos estabelecidos, tendo em conta as implicações éticas, legais e sociais dos mesmos e atestando a aptidão para comunicar de uma forma adequada as conclusões auferidas.

Relata a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências para a assistência de Enfermagem ao doente adulto e idoso que vivencia processos de saúde/doença crítica e em falência orgânica passível de risco de vida, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O ensino clínico é um período crucial na formação de enfermeiros. A competência só existe quando é aplicada, ou seja, a sua produção cabe à escola e ao local da sua aplicação, tendo este último uma intervenção crucial.

A realização do ensino clínico na área da Assistência Pré-hospitalar permitiu desenvolver competências no domínio do atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e activação dos meios de socorro adequados para situações de urgência/emergência ou catástrofe, bem como a estabilização e o acompanhamento durante o transporte até à unidade de saúde.

Com a consciência de que as necessidades em cuidados de saúde são cada vez mais complexas, adoptei uma metodologia de trabalho baseada em protocolos e procedimentos definidos, respeitando as recomendações internacionais. Assim, os cuidados foram prestados de uma forma adequada, dirigida e especializada, garantindo a qualidade dos mesmos.

O ensino clínico no SCIC permitiu a possibilidade de prestação de cuidados especializados e integrais ao doente com disfunção orgânica, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais, permitindo a prestação de cuidados globais ao doente.

Esta unidade facilitou a aquisição de competências e aperfeiçoamento na prestação de cuidados ao doente grave em estado crítico, tido como recuperável, com necessidade de uma vigilância e assistência constante por parte das equipas médica e de enfermagem.

A combinação de conhecimentos, de saber-fazer e de experiências e comportamentos exercidos, tanto no contexto do pré-hospitalar como do intensivismo, possibilitaram a aquisição de competências na área da especialização através de uma intervenção concertada na área de enfermagem, favorecendo a continuidade dos cuidados e a aquisição de autonomia no desempenho profissional.

ABSTRACT

This report is the result of experiences during the clinical trainings spent in the North Regional Branch of the National Institute of Medical Emergency (INEM) and the Department of Surgical Intensive Care (SCIC) of the Hospital Pedro Hispano.

The report favours a critical reflection based on the general and specific objectives set, taking into account the ethical, legal and social aspects of them and proving the ability to communicate adequately the conclusions received.

Reports the acquisition and development of knowledge and skills for nursing care of adult and elderly patients who experience various health/critical illness and organ failure which can lead to death, in the area of Medical-Surgical Nursing.

The clinical training is a crucial period in the training for nurses. The jurisdiction exists only when it is applied, that means, its production is made by the school and by the place where it is applied, the latter having a crucial role.

The performance on clinical training at the pre-hospital assistance made possible to develop skills in care, screening, counseling, selection and activation of appropriate means of assistance for emergency and rescue or disaster, and the stabilization and monitoring during transport to the health unit.

With the awareness that the needs for health care are increasingly complex, I adopted a work methodology based on protocols and procedures defined, respecting the international recommendations. Thus, the care was provided in an appropriate manner, directed and specialized, ensuring their quality.

The clinical training at SCIC allowed the provision of specialized and comprehensive care for patients with organ dysfunction, supporting, preventing and reversing failures with vital implications and enabling the delivery of comprehensive care to the patient.

The unit has facilitated the acquisition of skills and training in providing care to critically ill patients in critical condition, believed to be recoverable, requiring a constant monitoring and assistance by teams of medical and nursing staff.

The combination of knowledge, know-how and experience and behavior exercised, both within the pre-hospital and in intensive care, made possible the acquisition of skills in the area of specialization through concerted intervention in nursing, promoting continuity of care and the acquisition of autonomy in work performance.

“A paciência e a persistência afastam quase sempre os obstáculos que surgem pela vida fora.”

Mendonça Trévon

AGRADECIMENTOS

Não esquecendo todos aqueles que, directa ou indirectamente, deram o seu contributo para que este relatório se realizasse, considero pertinente agradecer:

- À Sra. enfermeira orientadora pelo acompanhamento ao longo deste percurso e pela excelente orientação que tornou possível a realização deste trabalho;

- Às Sras. enfermeiras tutoras por terem contribuído para que a minha integração no seio das equipas multidisciplinares fosse a melhor possível e por proporcionarem momentos de aprendizagem inesquecíveis;

- A todas as equipas com as quais tive o prazer de estagiar, pela sua simpatia e pelo apoio prestado durante os estágios;

- Aos meus pais, à minha irmã e ao meu noivo pela compreensão e pelo apoio incondicional que sempre demonstraram;

- E por fim à equipa da ambulância de Suporte Imediato de Vida de Santo Tirso (enfermeiras, enfermeiros, técnicas e técnicos de ambulância de emergência) por ter estado disponível sempre que precisei da sua colaboração.

A todos, o meu muito obrigada.

ÍNDICE

	Pgs
1 – INTRODUÇÃO	17
2 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	21
2.1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	22
2.2 – FORMAÇÃO	41
2.3 – INVESTIGAÇÃO	44
2.4 – GESTÃO	45
2.5 – SUPERVISÃO	48
3 – CONCLUSÃO	49
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	56
Anexo I – Caracterização dos meios INEM. Caracterização do SCIC.	
Anexo II – Póster Lavagem das Mãos.	
Anexo III – Formação: Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão; Gripe A.	
Anexo IV – Formação: <i>Guidelines</i> de Actuação na Gripe A; questionário aplicado; resultados do questionário aplicado.	
Anexo V – Estudo de Caso.	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	Bispectral Index
CCI	Comissão de Controlo e Infecção
CD	Compact Disk
CI	Cuidados Intensivos
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
EEMC	Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
HPH	Hospital Pedro Hispano
IACS	Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MRSA	Methicilin-Resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
N.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OPCEM	Operador de Central de Emergência Médica
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SBV	Suporte Básico de Vida
SCIC	Serviço de Cuidados Intensivos Cirúrgicos
SCIM	Serviço de Cuidados Intensivos Médicos
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1 – INTRODUÇÃO

O documento que se apresenta surge no âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), fruto das experiências vivenciadas durante os estágios efectuados na Delegação Regional do Norte do INEM, incluindo o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e os meios Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), e no Serviço de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital Pedro Hispano.

A construção de um documento que inclua todo o processo de aprendizagem dos estágios, desde os trabalhos elaborados que ilustrem o esforço, os progressos e as realizações em diferentes níveis, torna a aprendizagem mais rica e favorável. Deste modo dá-se relevância e visibilidade ao processo formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito da EMC.

Os estágios foram realizados em serviços e unidades de saúde protocoladas com a Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde que ofereceram condições para a realização dos mesmos e foram simultaneamente orientados por um professor da área, e tutorados por enfermeiros especialistas/peritos com experiência profissional relevante na área da especialização.

Os cursos de especialização em Enfermagem visam assegurar a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais numa área específica de enfermagem. O enfermeiro especialista, de acordo com o estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE)¹ é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e aos problemas de saúde. Assume também uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do doente. Objectiva a aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização através de uma intervenção concertada na área da enfermagem.

O curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC visa a aquisição e o aprofundamento de conhecimentos e competências para a assistência de Enfermagem ao doente adulto e idoso que vivencia processos de saúde/doença crítica e em falência orgânica passível de risco de vida.

Ao exercer a sua especialização o enfermeiro deve proporcionar benefícios efectivos na saúde da população, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde que se pretendem eficazes, integrados e coordenados.

¹ LEI n.º 111/2009, «D.R. I Série». 180 (2009-09-16) 6528-6550.

O estágio é um período crucial na formação de enfermeiros. A competência só existe quando é aplicada, ou seja, a sua produção cabe à escola e ao local da sua aplicação, tendo este último uma intervenção crucial.

A Unidade Curricular Estágio foi dividida em 3 módulos num total de 540 horas: Módulo I – Serviço de Urgência (SU); Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Módulo III – Opcional.

O Módulo I foi totalmente creditado pela comissão coordenadora do curso uma vez que desempenhei funções no Serviço de Urgência durante seis anos e meio. Assim, as competências foram reconhecidas como adquiridas no decorrer desta experiência profissional onde, com todo o empenho e dedicação, cuidei o doente urgente/emergente. Colaborei directamente na prestação de cuidados acumulando funções de responsável de turno, integrador de novos elementos, orientador de alunos do curso base, gestão de recursos humanos e materiais, produção de normas e procedimentos e formador em serviço.

O Módulo II foi realizado no Serviço de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (SCIC) do Hospital Pedro Hispano (HPH) no período entre 6 de Outubro e 29 de Novembro de 2009. A opção por este campo de estágio resultou de uma motivação pessoal fruto de um interesse antigo pelo doente crítico. Considero a UCI o local mais qualificado para assumir a responsabilidade integral dos cuidados a doentes com disfunção orgânica. Permite a prestação de cuidados globais e especializados, recorrendo a recursos humanos altamente especializados e munidos de recursos materiais diferenciados, respondendo às necessidades dos doentes.

O HPH localiza-se em Matosinhos e está integrado na rede de diferenciação hospitalar do norte. Esta instituição hospitalar abrange as populações dos concelhos de Matosinhos, Vila do Conde e Póvoa do Varzim. O SCIC é um serviço integrado no departamento de cirurgia e é constituído por duas unidades funcionais: a UCI (6 camas) e a Unidade de Cuidados Intermédios (6 camas). Absorve preferencialmente doentes do foro cirúrgico em estado crítico.

No Módulo III foi escolhido como campo de estágio o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Este estágio decorreu de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009. A opção por este local baseou-se no facto de ser a área para a qual dirigi a minha formação profissional. A figura do enfermeiro no pré-hospitalar é relativamente recente tendo pouco mais que uma década de existência. Considero a sua presença fundamental porque possui competências humanas, técnicas e científicas adequadas para a prestação de cuidados ao doente crítico e família inseridos na comunidade. A sua prestação é autónoma e interdependente, integrada numa equipa especializada, em situações de emergência.

O estágio foi realizado na Delegação Regional do Norte do INEM, no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e nos meios Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV).

Ao enfermeiro de cuidados intensivos e de emergência pré-hospitalar é pedido capacidade para lidar com situações cruciais a uma velocidade e precisão mais elevadas que

noutros serviços. É-lhe também pedido competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades.

Durante o estágio privilegiou-se uma reflexão crítica tendo por base os objectivos gerais e específicos estabelecidos. Através da redacção deste relatório pretende-se dar visibilidade ao trabalho efectuado através das actividades desenvolvidas, competências adquiridas, detecção de situações-problema encontradas e estratégias implementadas para a sua resolução tendo como objectivo a optimização dos cuidados.

Os cuidados prestados perspectivando a aquisição de competências na área de especialização da EMC, como toda a prática de enfermagem, respeitaram os princípios éticos e deontológicos inseridos no Código Deontológico da profissão, integrados no Estatuto da OE.

Partindo do pressuposto que a transformação das vivências experienciadas nos estágios em novos saberes e competências não será tarefa simples, espero atingir os seguintes objectivos:

- ✚ Aperfeiçoar competências para realizar este tipo de trabalho académico;
- ✚ Elaborar o relatório final;
- ✚ Demonstrar capacidade de análise reflexiva e autocrítica face às situações observadas;
- ✚ Comunicar as estratégias adoptadas ou sugeridas para solucionar as situações-problema;
- ✚ Desenvolver capacidade de síntese;
- ✚ Constituir um elemento de avaliação;
- ✚ Obter o grau de mestre.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório tem por base o método descritivo e analítico pois permite, através de um carácter narrativo e descritivo, de uma forma detalhada e objectiva, proceder à descrição das experiências vividas, das situações-problema encontradas, das soluções propostas e das dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio Clínico.

As partes principais do desenvolvimento do relatório dividem-se e estão identificadas por capítulos. A opção estrutural em partes pretende facilitar a sua consulta através da sistematização e clarificação da informação contida. A divisão por áreas de aquisição de competências permitiu identificar a consecução dos objectivos e estratégias implementadas para a aquisição e aperfeiçoamento das mesmas.

Estão identificadas por introdução onde se procede ao enquadramento global do curso e dos estágios, referindo os módulos realizados, a sua justificação, a escolha e caracterização sumária dos locais de estágio.

No desenvolvimento pretende-se transmitir o desempenho efectuado nos locais de estágio descrevendo as experiências vivenciadas mais marcantes. Estabelece-se a relação entre a aquisição de conhecimentos teórico-práticos que permitiram a realização de actividades e a evolução dos saberes e competências do enfermeiro de cuidados gerais para saberes e competências clínicas especializadas.

A aquisição, desenvolvimento, aperfeiçoamento e consolidação de conhecimentos, capacidades e competências foram conseguidas através da reflexão sobre a prática, identificando e resolvendo situações-problema dos doentes e família. Essas reflexões traduziram-se na realização de diversos documentos elaborados neste Ensino Clínico, que descrevem alguns dos momentos mais marcantes e que constituíram meios importantes para a aprendizagem, que complementam a argumentação, e que remeto para anexo.

Na conclusão é efectuado um resumo das experiências significativas dos estágios que possibilitaram a aquisição de competências na área da especialização em EMC, dos resultados obtidos, aprendizagens e reflexões efectuadas que permitiram proceder a mudanças na prática profissional e pessoal que se vão reproduzir na capacidade de resposta mais eficaz aos problemas da área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, ao doente adulto e idoso crítico.

No decurso da elaboração deste relatório, foram consultadas diversas fontes bibliográficas e cibergráficas, que auxiliaram na construção e fundamentação teórica das várias actividades inseridas. As referências bibliográficas foram apresentadas no capítulo quatro de acordo com a Norma Portuguesa - 405.

Nos anexos foram incluídos documentos elaborados nos estágios que descrevem alguns dos momentos mais importantes, constituindo meios fundamentais à aprendizagem.

Posteriormente, com a apresentação do presente Relatório, discussão pública e aprovação, pretende-se obter o Grau de Mestre e a respectiva Carta Magistral.

2 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

O processo de formação da disciplina de enfermagem assenta sobre o ensino teórico e o ensino clínico. Neste último, pretende-se o desenvolvimento de capacidades criativas, reflexivas, críticas de acentuada componente interactiva e grupal.

Os estágios permitem aprofundar e desenvolver os saberes adquiridos nas unidades curriculares teóricas, numa aquisição progressiva de competências e na integração global dos conhecimentos. Sendo assim, são o caminho para a obtenção do Saber-Saber, Saber-Fazer, Saber-Ser e Saber-Estar na área da Enfermagem.

Os estágios pretendem ser um campo de experiências onde se vivem, simultaneamente, crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos, assim como o exercício de um juízo crítico que conduzem a uma intervenção reflectida.

O enfermeiro ao exercer a sua especialização deve proporcionar benefícios efectivos na saúde da população, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde que se pretendem eficazes, integrados e coordenados.

O enfermeiro especialista, de acordo com o estatuto da OE é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e aos problemas de saúde. Assume também uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, visando a optimização da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social nos diversos contextos de vida. Objectiva a aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização através de uma intervenção concertada na área da enfermagem, neste caso da EMC.

A Unidade Curricular Estágio foi efectuada em dois módulos sequenciais concretizados na Emergência pré-hospitalar nos vários meios do Instituto Nacional de Emergência Médica e no Serviço de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital Pedro Hispano, cuja descrição pormenorizada dos serviços e meios remeto para anexo. (Anexo I)

Para os estágios referidos, a Comissão Coordenadora, com base no plano de estudos, propôs objectivos gerais e objectivos específicos. Foram estipuladas actividades a desenvolver no percurso do estágio clínico, onde se inserem alguns indicadores, para que os objectivos pudessem ser concretizados. Após uma conversa informal realizada com os enfermeiros tutores e mediante o conhecimento da realidade envolvente foram efectuadas alterações relativamente às actividades a desenvolver e conseqüentemente dos indicadores relacionados para mensuração da concretização das competências.

A OE (2007) classifica as competências em *comuns* quando todos os especialistas as possuem, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação e investigação; e em competências *específicas* que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Neste capítulo procederei à análise e reflexão crítica das actividades desenvolvidas, situações-problema encontradas e estratégias implementadas para a sua resolução ao longo dos estágios que decorreram nos serviços e meios anteriormente referidos.

A reflexão abordará a análise das competências adquiridas na prática clínica, isto é, na área de prestação de cuidados dirigidos à pessoa em situação crítica e família e noutras áreas de actividade dos enfermeiros, nomeadamente, na formação, na investigação, na gestão e supervisão que interferem directamente na prestação de cuidados.

2.1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A consolidação da enfermagem resulta da afirmação do seu campo de intervenção e da regulamentação e controlo do exercício profissional, garantindo à sociedade cuidados de qualidade e profissionais competentes.

Segundo Vieira (2001), *“cuidar, mais do que um saber científico, uma acção técnica ou relação interpessoal, deve ser um imperativo moral que fundamente o exercício da enfermagem na defesa e preservação da dignidade da pessoa que como enfermeiros cuidamos”*.²

O alvo de intervenção dos cuidados de enfermagem na área da especialização é o doente crítico/emergente e a família, percepcionados como um todo na sua relação com os eventos significativos e a comunidade onde está inserida.

São eixos organizadores da prestação de cuidados os processos de saúde/doença nos quais a pessoa vivencia o seu projecto de saúde na procura de um estado de equilíbrio com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, palição, readaptação funcional e reinserção social aliado ao ambiente no qual as pessoas vivem.

Para otimizar a prestação de cuidados ao doente crítico/emergente tornou-se necessário consultar o manual de integração de profissionais/estagiários e o plano de integração.

No INEM não existe propriamente um manual de integração dos profissionais. O documento guia é o Regulamento de Estágios em Meios INEM/CODU. Através da consulta deste documento pude cumprir as regras básicas estipuladas para os estágios.

² VIEIRA, M. – A Resolução de Problemas Éticos - Texto de Apoio para a disciplina de Ética e Deontologia do Complemento de Formação. Porto, 2001.

Aproveitei também para consultar os manuais, protocolos e procedimentos específicos de cada meio tendo percebido a sua dinâmica.

No SCIC os primeiros dias foram para conhecer globalmente a estrutura física e organizacional e para consultar o manual de integração para enfermeiros ou estagiários em geral. Ao consultar este manual tive como objectivos principais uniformizar procedimentos e contribuir para a aplicação de boas práticas.

A existência de normas e protocolos permite obter uma noção inicial da funcionalidade e da dinâmica do serviço. É importante existir um quadro de referência para melhorar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Sabe-se que são vários os factores que influenciam a forma como decorre o processo de integração, contudo os mais importantes são o integrador e o integrado. Este binómio deve adoptar um comportamento adequado e integro visando, no desempenho das suas funções, actuar com auto-confiança e segurança perceptíveis ao indivíduo alvo do cuidado. No entender de Silva e Carvalho (2002) *“um programa de integração eficaz, desenvolve e estimula o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade de prestação de cuidados.”*³

A integração organizada e metódica permite a diminuição do stress, o estímulo da autoconfiança e o auto-desenvolvimento. Conduz ainda ao aumento da satisfação das necessidades pessoais e profissionais e à motivação podendo contribuir para a redução do tempo de integração e para a diminuição dos custos associados à prestação de cuidados. A instituição deve garantir uma integração plena, através da consecução das metas propostas, sendo-lhe imputada a responsabilidade no processo.

Os conhecimentos e competências adquiridos e aprofundados nas aulas sobre o doente (adulto e idoso) de médio e alto risco foram também uma mais-valia na minha aprendizagem.

Assim, com base na informação proveniente da formação inicial, na experiência pessoal e profissional e na formação pós-graduada, aperfeiçoei competências no sentido de gerir, interpretar e otimizar a prestação de cuidados ao doente e família.

Dada a especificidade da emergência pré-hospitalar e dos profissionais que nela trabalham não foi possível realizar estágio com enfermeiros especialistas em EMC.

Se partirmos do pressuposto que a assistência pré-hospitalar envolve a assistência ao doente crítico, facilmente percebemos que parte dos enfermeiros envolvidos deveria ter especialização nesta área, o que neste momento não é possível, talvez por geralmente preferirem integrar-se a nível hospitalar.

No entanto, apesar de não ter efectuado turnos com enfermeiros especialistas tive sempre como referência profissionais peritos na área. Notei que estes profissionais tentaram enriquecer o seu curriculum profissional através de formação, quer através de pós-graduações, cursos profissionais, congressos ou consulta de artigos com evidência científica reconhecida.

³ SILVA, A.; CARVALHO, C. – Integração do Enfermeiro numa Organização Hospitalar. Revista Nursing, 2002, 164, p. 16.

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional⁴, aprovado em Assembleia Geral da OE em Maio de 2007, o sistema de individualização de especialidades preconiza o reconhecimento de competências onde a experiência profissional, baseada na prática clínica reflexiva e em momentos formais de apreensão de conhecimentos, se constitua como garante da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Tendo em conta a referência do enfermeiro/enfermeiro especialista tutor e o conteúdo funcional publicado no Decreto-Lei planeei, coordenei e desenvolvi intervenções no domínio da especialização, identifiquei as necessidades logísticas e promovi a melhor utilização dos recursos tendo em vista a optimização dos cuidados de enfermagem prestados.

No SCIC a realidade mostrou-se diferente e foi possível realizar estágio com enfermeiros especialistas em EMC.

Pressupondo que a assistência numa UCI envolve a assistência ao doente crítico facilmente percebemos que parte dos enfermeiros envolvidos deverão ter especialização na área.

Durante a minha experiência académica e profissional nunca estagiei numa UCI. Assim, o presente estágio constituiu a abertura a um novo mundo, possibilitando a prestação de cuidados mais exigentes, mas também especializados e com garantia de grande qualidade.

A primeira imagem é de um tecnicismo e mecanicismo à volta do doente. No entanto, esta perspectiva rapidamente se esfuma com a prática. A humanização e a dedicação são visíveis na relação humana, no toque terapêutico, na manutenção do diálogo com um doente que está sedado e analgesiado, bem como no cuidado e atenção dedicados às pessoas significativas.

Tendo em vista as exigências preconizadas ao enfermeiro especialista em EMC, dinamizei e estimei a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática clínica, promovi a discussão de situações vivenciadas para a uniformização e optimização da qualidade dos cuidados prestados. Prestei cuidados ao doente crítico/emergente e supervisionei o processo de enfermagem almejando a sua actualização constante. Só assim é possível conseguir a excelência do cuidado, a satisfação dos profissionais e o bem-estar do doente.

Com a experiência e o domínio, a competência transforma-se e essa mudança conduz a uma melhor actuação.⁵ Decorrente do meu desempenho demonstrei um nível de conhecimentos aprofundados na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Durante a minha permanência no CODU pude verificar que esta central de emergência visa assegurar a prestação, em tempo útil e na área da sua responsabilidade, a orientação e o apoio médico necessário ao eficiente socorro de doentes em situação de emergência, vítimas de doença súbita ou trauma.

⁴ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Junho. (2007), p. 4-20. ISSN 1646-2629.

⁵ BENNER, P. – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2005.

Acompanhei o percurso da chamada de emergência participando activamente no atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios e acompanhamento. Accionei, quando necessário, protocolos existentes com outras instituições de forma a permitir uma melhor e mais eficaz assistência aos doentes.

No caso de intoxicações contactei o Centro de Informação Anti-venenos que emite pareceres sobre a melhor actuação perante a ingestão de determinado tóxico. Assim, forneci informações importantes e fidedignas para a actuação das equipas *in loco*, possibilitando a diminuição da morbidade e mortalidade.

Na recepção de dados surgiu várias vezes a suspeita de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Colaborei no contacto com o médico do hospital de referência da área de residência no sentido de accionar a Via Verde AVC. O mesmo sucedeu quando após recepção, via transmissão móvel, do electrocardiograma era confirmado pelo médico do CODU um Síndrome Coronário Agudo com Supradesnivelamento do segmento ST, possibilitando da mesma forma a activação da Via Verde Coronária.

Estes protocolos são uma mais-valia que permitem actuar de uma forma mais precoce, transportar o doente para a unidade hospitalar mais apropriada e reduzir as complicações associadas.

A adaptação aos meios operacionais (VMER, SIV e SBV) foi gradual, pelas características específicas de cada um - procedimentos do serviço, materiais e equipamentos usados e medicação habitual. É certo que cada turno, cada meio, era uma equipa diferente mas isso não se fez sentir na minha adaptação e até permitiu conhecer diferentes formas de lidar com as situações.

A metodologia de trabalho nos três meios tem por base, como já foi referido, protocolos e procedimentos bem definidos. Embora as competências variem, dependendo da categoria profissional, as abordagens respeitam as recomendações emanadas pelo Conselho Europeu de Ressuscitação.

Procedi à abordagem inicial aos doentes que necessitavam de cuidados de emergência segundo a nomenclatura ABCDE. Genericamente: A – via aérea (com controlo cervical), B – Ventilação, C – Circulação (com controlo de hemorragia), D – Disfunção Neurológica e E – Exposição (a necessária, com controlo de temperatura). Esta nomenclatura é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência médica. Aplicando esta nomenclatura pude identificar, corrigir ou estabilizar situações que colocavam a vítima em risco de vida imediato.

Após a abordagem anterior efectuei a abordagem secundária para que, de uma forma pormenorizada, pudesse verificar da cabeça aos pés se alguma lesão teria passado despercebida.

Considereii facilitador o facto de todos os meios utilizarem a mesma linguagem. Este facto foi facilmente percebido por mim quando em estágio numa ambulância SIV, por exemplo, actuávamos em conjunto com a VMER.

Considero ter apreendido facilmente o funcionamento dos três meios. Apesar de os meios serem diferentes, ao utilizar a mesma metodologia pude contribuir para a uniformização do cuidado.

No SCIC o método de trabalho instituído é o individual onde está implícita a cooperação nos cuidados. Após observação e reflexão sobre o método adoptado concluí que a utilização desta metodologia era adequada e não impedia o espírito de equipa e de entreajuda. Com o auxílio do enfermeiro tutor pude assumir a responsabilidade global dos cuidados prestados, individualizando-os, promovendo a humanização, qualidade e satisfação dos intervenientes no processo.

O processo de enfermagem é um recurso metodológico que permite ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que caracterizam a sua prática profissional.

Phaneuf (2001) define o processo de enfermagem como um *“processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada”*.⁶

Sendo um processo estruturado em etapas sequenciais ordenadas, divide-se em cinco etapas: avaliação inicial com recurso à observação e colheita de dados, foco de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

Os registos de enfermagem foram efectuados de acordo com o Sistema de Informação de Enfermagem adoptado pelo serviço que utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) através do aplicativo informático Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). O SAPE integra diferentes campos: prescrições médicas que inclui fármacos, atitudes terapêuticas, análises, exames e dietas, a avaliação inicial e o processo de enfermagem, que integra focos e intervenções de enfermagem, com o respectivo plano de trabalho. Constam ainda deste sistema itens como a alta de enfermagem, carta de transferência de enfermagem e consulta de vigilância, a qual permite aceder a diferentes tipos de informação organizada sobre a forma de gráfico ou quadro.

Durante o meu percurso profissional já tinha frequentado formação sobre este aplicativo mas, nunca tinha tido oportunidade de trabalhar com ele. Assim, neste estágio, pude realizar sob a supervisão da enfermeira orientadora registos dos doentes a quem prestei cuidados. Inicialmente exigiu algum cuidado e concentração mas com a prática os registos tornaram-se mais rápidos e fluentes. Considero que os sistemas de informação deveriam ser adoptados por todas as instituições de forma a promover a qualidade de trabalho produzida pelos diferentes grupos profissionais, permitindo a uniformização da linguagem.

Nos CI exige-se um raciocínio apurado para além de conhecimentos muito específicos. Assim, é necessário estar muito seguro para desempenhar as funções sem qualquer possibilidade de erro e com o melhor benefício para o doente.

No decorrer da prática tive oportunidade de colaborar/prestar cuidados de enfermagem a doentes com variadas patologias e, simultaneamente, com variados índices de gravidade. A

⁶ PHANEUF, M. – Planificação de Cuidados: um sistema de integração personalizada. Coimbra: Quarteto editora, 2001.

prestação de cuidados efectuou-se com o máximo de exigência qualitativa, cumprindo os protocolos/procedimentos pré-estabelecidos.

Deste modo, penso ter desenvolvido competências teórico-práticas e capacidade de análise no processo de selecção dos focos da prática de enfermagem e das intervenções adequadas, no contexto dos cuidados ao doente crítico, de acordo com a metodologia adoptada pelos serviços.

No CODU, durante as chamadas, tive oportunidade de colaborar nos aconselhamentos, quer aos contactantes, quer às equipas de socorro, perante situações de convulsões, febre em crianças, inconsciência e até em manobras de SBV numa situação de paragem cárdio-respiratória. Este aconselhamento permitiu melhorar o prognóstico dos doentes vítimas de doença súbita, uma vez que a pessoa iniciava os primeiros socorros antes da chegada das equipas ao local.

Fiquei extremamente grata aos operadores, enfermeiros e médicos que reconheceram em mim a capacidade e a experiência para colaborar nestas chamadas. Considero que o aconselhamento é útil, permitindo ajudar e apoiar os contactantes enquanto os meios não chegam, e que a minha prestação foi uma mais-valia.

No final do estágio fiquei agradavelmente surpreendida quando fui convidada para pertencer à equipa de enfermeiros que trabalha nesta central de emergência. Considerei este convite como um voto de confiança e de mérito pelo desempenho demonstrado.

Relativamente aos meios operacionais, o facto de estar integrada numa equipa multidisciplinar dinâmica, permitiu-me estabelecer relações mais equitativas e próximas. Fui aprendendo e aperfeiçoando a prática da assistência pré-hospitalar. A saudável interacção estabelecida com toda a equipa facilitou, sem dúvida, todo o processo de integração e aprendizagem, permitindo desta forma que ao longo de todo o decorrer do estágio fossem adquiridas/mobilizadas competências.

Penso ter criado com todos os elementos um espaço de interactividade e formação tendo, no entanto, sempre presente os diferentes papéis e responsabilidades, permitindo a consecução do presente objectivo.

No SCIC fui aprendendo e aperfeiçoando a prática de enfermagem numa UCI. A interacção estabelecida com a equipa foi facilitadora de todo o processo de integração e aprendizagem, permitindo que ao longo do decurso do estágio fossem adquiridas/mobilizadas competências.

Consegui estabelecer com a equipa médica uma relação próxima promovendo conversas cujos conteúdos considero enriquecedores pela experiência demonstrada e vontade em ensinar.

Tive oportunidade de assistir e colaborar com a equipa médica em técnicas com as quais estava pouco familiarizada: introdução de diferentes cateteres (arteriais, cateter venoso central, cateter para avaliação do débito cardíaco, diálise), ventilação (ventilação invasiva e não invasiva com *helmet*), monitorização da sedação através da interpretação do electroencefalograma obtido por um sensor – *Bispectral Index* (BIS) – colocado na região

frontal do doente, monitorização da pressão intra-abdominal, técnicas de substituição renal, como por exemplo, hemodiafiltração e hemodiálise. Procedi à pesquisa bibliográfica que fundamentasse estas temáticas visando a capacitação da minha actuação perante estas técnicas.

Acompanhei também doentes ao bloco e para a realização de exames auxiliares de diagnóstico (tomografia axial computadorizada e ecocardiograma transesofágico).

Tentei criar, e penso ter conseguido, com todos os elementos um espaço de interactividade e formação. Para o meu desempenho foi muito importante a experiência e saber das equipas com as quais tive o prazer de aprender e colaborar, tendo sempre presente os diferentes papéis e responsabilidades.

Existiu com o enfermeiro orientador e com os elementos da equipa, uma exploração recíproca de competências adquiridas, levando naturalmente a uma reflexão crítica sobre as mesmas. Estas experiências foram sem dúvida muito enriquecedoras e uma mais-valia, permitindo-me aperfeiçoar competências para trabalhar adequadamente na equipa inter e multidisciplinar, transferindo-as para o meu local de trabalho.

No decorrer da prática tive oportunidade de colaborar/prestar cuidados de enfermagem a doentes com variadas patologias e, simultaneamente, com variados índices de gravidade. Convém referir que a prestação de cuidados foi efectuada com o máximo de exigência qualitativa, cumprindo os protocolos/procedimentos pré-estabelecidos.

No pré-hospitalar o número, por vezes elevado, de saídas por turno não inviabilizava que após cada saída se procedesse à sua análise. Por vezes, estas “discussões” eram realizadas durante o regresso à base. Nelas tentava reflectir um pouco de tudo, desde se poderíamos de alguma forma ter melhorado a actuação, se seria possível efectuar algo mais e até se poderiam ser accionados outros meios.

Dado o elevado número de vezes que a família procurava o enfermeiro, tive oportunidade de reforçar a ideia do seu papel fundamental no que respeita ao apoio e esclarecimento da família, que vivência uma situação stressante, dominada por sentimentos de dúvida, ansiedade e angústia.

Sempre que possível, observei e colaborei no apoio e esclarecimento dado à família. Furneci, com supervisão, as informações necessárias tendo em conta o nível sociocultural e o estado emocional, bem como a gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares.

O internamento do doente numa UCI afecta também toda a família, reflectindo-se psicologia e socialmente. Muitas vezes este doente é o pilar e o sustento de toda a família que de repente se vê amputada na sua estrutura. Há toda uma dinâmica familiar alterada que é necessário averiguar para possibilitar uma intervenção adequada e eficaz. Importa então estabelecer um elo entre a equipa de enfermagem e a família.

No primeiro contacto com a família é crucial prepará-los para aquilo que vão ver e como vão encontrar o doente. No SCIC, quando um doente é admitido, a família dirige-se à secretária da unidade que os encaminha para a equipa médica no sentido da obtenção de

informações. A equipa de enfermagem completa e explicita com informação adequada e relevante.

Fornei um folheto informativo sobre o acolhimento aos familiares e um questionário de satisfação para os mesmos. Na transmissão de informação solicitei ao conjunto de familiares que delegasse numa pessoa a obtenção da referida informação para evitar a sua duplicação. Esta pessoa era identificada para que, se necessário, fosse contactada em caso de agravamento do estado do doente, transferência, urgência e eventual falecimento, se os familiares não se encontrassem presentes.

É importante identificar e perceber as reais necessidades e as dificuldades das famílias dos doentes internados nestas unidades.

Deste modo, penso ter desenvolvido competências teórico-práticas e capacidade de análise dos problemas actuais e novos relacionados com o doente e com a família, decorrentes da prática profissional no contexto dos cuidados pré-hospitalares e intensivos.

Nos últimos anos o fenómeno do envelhecimento populacional tem sido observado com crescente preocupação. A melhoria das condições de vida, os avanços tecnológicos (a nível do diagnóstico e do tratamento), associados à diminuição da taxa de natalidade e da mortalidade infantil, reflectem o aumento da longevidade das pessoas.

Torna-se fácil concluir que este facto será um dos problemas mais graves deste novo século que irá acarretar não só consequências de índole económica, social e política, mas também de salubridade.

A vida familiar sofreu grandes alterações nas últimas décadas. Apesar de tudo isto, é um facto cada vez mais constatado que as famílias são o local apropriado para que o idoso tenha um final de vida feliz.

No pré-hospitalar deparei-me com algumas situações de abandono e isolamento social. Perante esta situação-problema alertei o colega da triagem para o facto, para que, assim, pudesse ser activado o apoio social necessário.

O número um do artigo setenta e dois da Constituição Portuguesa refere que *“as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”*.⁷

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos problemas inerentes ao processo de envelhecimento. Uma vigilância cuidada pode prevenir muitos dos problemas potenciais.

Cabe aos Cuidados de Saúde Primários proporcionar cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença, potenciando e articulando as respostas comunitárias ao utente idoso/dependente, dando o máximo de apoio às famílias, promovendo a articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis institucionais. Aos cuidados diferenciados é exigida o ensino para a adaptação da família ao novo papel de prestador de cuidados, preparando antecipadamente a família para a alta do idoso dependente. Às instituições sociais

⁷ ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - Constituição da República Portuguesa. In: www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art72, consultado a 15 de Fevereiro de 2010.

cabe também o levantamento das necessidades e o acompanhamento dos idosos em situação de isolamento social.

Assim, considero que todos temos um papel de responsabilidade social importante. Não é só a actuação imediata que é necessária mas também o pronto reconhecimento de situações de emergência social.

Após algumas diligências tomei conhecimento que no INEM ainda não existe nenhuma Comissão de Controlo de Infecção (CCI) ou quaisquer normas emanadas no sentido de prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

As CCI, criadas pelo Despacho do Director-Geral da Saúde a 23/12/96, são órgãos de Assessoria Técnica de Gestão (do Conselho de Administração/Direcção), cuja missão principal é melhorar a qualidade dos cuidados através da redução das IACS, pela adopção de boas práticas.⁸

Às CCI estão inerentes atribuições que podem ser reunidas em quatro grandes categorias: elaboração de um manual de normas de controlo de infecção, realização de auditorias ao cumprimento das normas, formação dos profissionais e vigilância epidemiológica.

Assim, e considerando que a lavagem das mãos é o método mais simples e eficaz na transmissão de doenças, optei por realizar um poster com a sequência da lavagem das mãos que os profissionais pudessem rapidamente consultar. Com a sua concretização pretendi alertar para a adopção de boas práticas e despertar para a importância da existência de normas orientadoras. (Anexo II)

Os resíduos eram separados por grupos de acordo com a lei vigente.⁹ Este circuito era mais notado quando os meios estavam vinculados a instituições de saúde com Comissões de Controlo de Infecção internas que emanavam alguns pareceres que eram afixados nas respectivas bases.

Através do anteriormente exposto adquirir competências na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC recorrendo à criatividade e iniciativa.

Com o despoletar do avanço técnico-científico, os profissionais das instituições hospitalares encontram-se cada vez mais dependentes dos recursos tecnológicos, podendo ser compelidos para um cuidar mais frio e impessoal. À primeira vista os cuidados intensivos podem aparentar esta perspectiva. Porém, com a prestação de cuidados individualizados pude verificar a humanização, particularidade e qualidade subjacente, apoiando-se no cuidar, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos e as necessidades dos doentes e família.

Promovi a discussão de casos clínicos pertinentes procurando a excelência do cuidado de enfermagem, de forma a aumentar a satisfação dos envolvidos no processo.

Interagi com o doente sedado e analgesiado através de técnicas de comunicação adequadas e que se revelaram eficazes. Este facto foi perceptível pela alteração dos parâmetros vitais, pelos movimentos palpebrais e por conversas posteriores à sedação.

⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. In: www.dgs.pt, consultado a 10 de Junho de 2009.

⁹ DECRETO-LEI n.º 242/96, de 13 de Agosto de 1996.

A relação de ajuda é uma competência da arte do cuidar em enfermagem que envolve um processo relacional. Segundo Abreu (2004), é fundamental nas intervenções de enfermagem de qualidade e tem por base a comunicação. O enfermeiro que ajuda o doente em todas as suas dimensões está a contribuir para o cuidar em enfermagem.

Assim, adquiri competências que me permitiram formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

No SCIC, constatei que uma percentagem dos doentes internados era afectada por neoplasias pelo que reflecti sobre a problemática do princípio da verdade na perspectiva do enfermeiro.

Na literatura que aborda toda esta relação entre profissionais de saúde e doente terminal é frequente surgirem questões sobre a verdade ou, pelo contrário, sobre a sua ocultação.

Pela pesquisa efectuada constatei que existe alguma discussão ética à volta do termo verdade. Esta constatação é ainda maior quando falamos de pessoas que possuem doenças graves ou terminais.

Ao longo deste último século pudemos verificar que o conceito da verdade, no contexto do doente terminal, sofreu uma grande evolução.¹⁰

Durante anos os profissionais de saúde e as famílias interiorizaram que a melhor forma de proteger um doente que iria morrer era não lhe contar a verdade. Olhando ao bem-estar da pessoa, guardavam a verdade em seu poder, recorrendo à mentira rotulada como piedosa como forma de lhe permitir viver os últimos dias em paz.

Defendia-se a ideia de que a comunicação da verdade iria prejudicar estes doentes mais do que beneficiar, conduzindo a um aumento do sofrimento, a uma depressão profunda, a um intenso desespero e à perda de esperança e de fé. Desta forma, os últimos dias de vida seriam muito mais dolorosos quer para o doente, quer para a família.

Assim, a ocultação da verdade permanecia até ao ponto em que se assumia que nada mais havia a fazer e que era necessário informar a família próxima. Esta, após o choque inicial e com o objectivo de proteger o seu ente querido, pedia também ao médico que nunca revelasse a verdade. Gerava-se, então, à volta desta pessoa doente uma conspiração do silêncio, assente no princípio da beneficência.

Outras vertentes defendiam a ideia de que a verdade integral era fundamental para a afirmação do direito à liberdade e ao controlo da sua própria vida. Desta forma o doente teria um conhecimento global da sua situação e poderia discutir, juntamente com a equipa de saúde, o seu diagnóstico, prognóstico, quais os tratamentos a efectuar, possíveis riscos e as alternativas a estes.

O principal argumento baseia-se no facto de que o conhecimento da verdade permite ao doente exercer a sua autonomia. Desta forma, estaremos a respeitar o princípio da

¹⁰ PACHECO, S. – Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2002, p. 92.

autonomia e a permitir ao doente decidir activamente perante a sua situação, a optar ou não pelo tratamento, permitindo-lhe preparar conscientemente o tempo de vida restante, resolvendo problemas pendentes e possibilitando as despedidas à família e amigos. Sem uma informação correcta da sua situação, das possibilidades de tratamento e até da sua esperança de vida, este princípio ficaria seriamente em causa.

Acontece, porém, que muitas vezes é difícil esconder do doente o prognóstico de doença terminal. A pessoa doente acaba por descobrir através dos gestos, atitudes, expressões dos seus familiares e até pelo silêncio, a verdade da sua situação. A ocultação da verdade pelos profissionais de saúde pode levar o doente à procura dessa informação noutras fontes, inclusive por um estranho. Esta informação corre o risco de não ser a mais correcta e, portanto, ser mal compreendida pela pessoa doente conduzindo a um estado de revolta permanente. Por outro lado, pode preferir o silêncio, esperando solitariamente o desfecho, do qual acabará por se aperceber pelo avançar da doença e pela perda de capacidades autónomas.

Muitas vezes encontramos em algumas famílias a conspiração do silêncio. Ninguém fala. A família numa tentativa de proteger a pessoa doente opta por não lhe comunicar a verdade. A pessoa que está doente também não fala com a família porque não quer vê-los sofrer ou porque não quer reconhecer a verdade que no fundo já sabe. Então cada um chora para o seu lado, numa tentativa de esconder os seus sentimentos, numa tentativa mútua de não se magoarem que acaba por isolar o doente. No mundo da sua doença, sem falar com ninguém, pode criar-se uma farsa e uma enorme solidão.

Relativamente à Enfermagem, e sabendo que a informação do diagnóstico é uma competência médica, é estipulado pelo artigo 84.º do Código Deontológico da Enfermagem¹¹, relativo ao dever de informação que o enfermeiro deve *“atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”*. Isto é, todo o doente tem o direito à informação e a obter respostas verdadeiras, no entanto, surgem por vezes dificuldades aos profissionais de saúde sobre o que devem transmitir e quando.

Como deve então a enfermagem encarar esta situação tão difícil? Como poderemos ajudar esta pessoa em final de vida e a sua família?

O Código Deontológico dos Enfermeiros, no art.º 78.º, refere que todos os cuidados de enfermagem devem ser realizados tendo como preocupação o respeito pela liberdade e pela dignidade da pessoa humana e que a verdade é um dos valores universais a observar nessa relação de cuidados.

A verdade diz respeito às coisas como elas são. É um esforço no sentido de convergir com a realidade e ao mesmo tempo contemplar a vida da pessoa. Assenta na correspondência entre a representação do que dizemos e a realidade.

¹¹ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

A dúvida que se coloca então é contar ou não a verdade? Penso que o mais importante é encontrar um meio-termo entre o optar por contar sempre a verdade ou adoptar a posição de nunca contar a verdade. Apesar das divergências teóricas sobre estas matérias é, por vezes, muito difícil determinarmos se a pessoa pretende, ou não, saber a verdade.

Actualmente, a maior parte das pessoas em fase terminal de vida deseja saber a verdade acerca da sua situação e participar activamente nas tomadas de decisão. Esta atitude pode representar para alguns profissionais uma dificuldade. No entanto, considero que a mentira ou a revelação de informação incorrecta é algo a evitar uma vez que reflecte uma falta de respeito pelas pessoas e implica uma quebra nas relações de confiança estabelecidas.

Legalmente toda a informação de saúde, incluindo dados clínicos e exames, pertence à pessoa, tendo o direito de tomar conhecimento do processo clínico que lhe diga respeito.¹²

Por outro lado, o doente tem também o direito a escolher não ser informado sobre o seu estado de saúde. Neste caso deve indicar a pessoa que deverá receber a informação no seu lugar. O facto de fazer perguntas nem sempre quer dizer que pretende conhecer a verdade.

No meu percurso compreendi que há um ritmo a respeitar. Tentei respeitar o ritmo de cada um sem nunca retirar a esperança, transmitindo-lhe quer por palavras, quer por atitudes que o tempo que lhe resta é tempo de vida e não necessariamente uma espera angustiante da morte.

Neste diálogo entre profissional de saúde e doente incluí também a família. Se não falarmos nunca conheceremos as necessidades daquele doente nem o deixaremos despedir-se.

Atendendo a uma perspectiva académica avançada aperfeiçoei competências que me permitiram avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas.

A maioria dos incidentes críticos acontecem em locais onde não é possível, em tempo útil, usufruir de tratamento hospitalar. Assim, e pensando que a actuação nestas situações deve ser imediata, fui realizando entrevistas informais com todos os profissionais. Procurei também estar atenta nas activações de forma a adquirir competências em situações complexas. Foi necessária uma constante consulta dos protocolos e procedimentos instituídos em cada meio para garantir uma intervenção capaz.

Pelo interesse demonstrado, pela formação pós-graduada e pela experiência profissional fui convidada a participar num simulacro sobre situações de excepção organizado pelas ambulâncias SIV de Cabeceiras de Basto, de Fafe e de Santo Tirso e pela ambulância SBV de Celorico de Basto.

Foram efectuadas várias reuniões no intuito de organizar este evento que incluíram formações sobre Comunicações Via Rádio e Situações de Excepção e realização de um simulacro final com todos os profissionais dos meios envolvidos. Particpei nestas reuniões partilhando experiências e sugerindo algumas ideias que foram aceites.

¹² LEI n.º 12/2005. «D.R. I Série». 18(2005-01-26) 606-611.

Para o INEM uma situação de excepção¹³ define-se como toda e qualquer ocorrência natural ou provocada pela acção do homem que poderá provocar um elevado número de vítimas. Nesta situação existe um desequilíbrio óbvio entre as necessidades de socorro e os recursos disponíveis.

O simulacro decorreu após estas formações na Base de Gaia da Delegação Regional Norte do INEM. Apenas os elementos da organização sabiam a situação que iria ser simulada, cabendo aos operacionais que iriam participar actuar de acordo com as formações anteriormente ministradas. Uma explosão junto ao estágio do Dragão seria o motivo de activação da primeira ambulância SBV. Após chegada ao local e efectuada triagem primária encontraria um total de 16 vítimas e seriam accionados mais meios de apoio (ambulâncias SBV, SIV e VMER).

Devido à experiência anterior em caracterização de cenários e vítimas fui convidada para preparar as 16 vítimas do simulacro. Colaborou comigo um enfermeiro também com experiência prévia nesta área.

Após a preparação inicial pude participar na observação do simulacro fazendo o registo da actuação das equipas numa grelha que criei para o efeito.

Concluído o simulacro participei numa reunião onde estiveram presentes a equipa organizadora e todos os operacionais que participaram com o objectivo de discutir a actuação. Foram apontados aspectos positivos e também sugeridos os aspectos a melhorar, sendo que o balanço final foi considerado como muito positivo. Considero que estes exercícios são muito importantes e devem ser praticados frequentemente para quando acontecerem situações imprevistas as equipas estarem preparadas para actuar de uma forma rápida e sistemática.

Através da participação neste simulacro, pela colaboração na sua organização e efectivação com criatividade e empenho, considero ter adquirido competências que me permitiram abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a área da especialização.

A colaboração na organização do simulacro anteriormente referido permitiu-me aperfeiçoar competências para a prestação de cuidados em situações de excepção que aconteceram na realidade durante o estágio no pré-hospitalar.

Face a um atropelamento com multivítimas por um veículo ligeiro, acompanhei a enfermeira na triagem inicial das vítimas observando duas vítimas cada. Considerei esta ocorrência uma situação de excepção porque à chegada os recursos eram insuficientes para a prestação de cuidados com qualidade e para o posterior transporte para a unidade hospitalar mais diferenciada. Esta saída exigiu da minha parte e da equipa uma boa coordenação e articulação.

Colaborei activamente em todas as actividades relacionando-me com as equipas no local. Considerei esta situação um enorme desafio mas, com a inter-ajuda de todos os

¹³ COSTA, I. - Abordagem e Gestão Situações de Excepção. Centro de Formação INEM – Norte. Porto.

elementos, o desempenho foi excelente. Nestas situações, o correcto planeamento permite organizar a desorganização e otimizar a coordenação dos recursos existentes.

Actualmente, devido à melhoria das condições de vida e ao rápido avanço tecnológico e farmacológico, vive-se mais tempo apesar das doenças concomitantes. O recurso à unidade hospitalar torna-se mais frequente e o internamento uma consequência muitas vezes inevitável.

A enfermagem tem dirigido a sua atenção para a prestação de cuidados diferenciados em situações de emergência, recorrendo a uma actualização constante das técnicas, procedimentos e protocolos. A nível intra-hospitalar a assistência em situações emergentes é geralmente atribuída a equipas especializadas, serviço de urgência ou UCI, com competências adquiridas pela prática diária.

O HPH dispõe de um serviço de reanimação interna que é assegurado durante o dia pelo SCIC e durante a noite pelo Serviço de Cuidados Intensivos Médicos por um médico e um enfermeiro de cada unidade. O pedido de ajuda é efectuado através do número 2211 criado para o efeito. Consultei o plano interno sobre como actuar em situações de excepção disponibilizado no serviço de forma a perceber a actuação, colaborando eficazmente perante as mesmas.

Todas as informações sobre como activar esta linha de reanimação interna e sobre como actuar em situações de excepção estão afixadas pelos vários serviços e salas de espera, podendo ser rapidamente consultado por profissionais e não profissionais.

Quando destacada, acompanhei a enfermeira tutora e participei activamente com a equipa nas solicitações internas de reanimação. Pude perceber a dinâmica do serviço, desde a sua activação, ao material necessário para a observação e a assistência à vítima.

Tendo em conta a EEMC, adquiri competências que me permitiram demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

Cuidar é um conceito central em Enfermagem. Deriva do latim *cogitare* e constitui uma característica ontológica do Ser Humano. O cuidar sempre esteve presente na prestação dos cuidados, na relação com o outro, no agir individual e pessoal de todos aqueles que se dedicaram, através dos tempos, a cuidar da Humanidade.

Para Collière¹⁴ a prática da enfermagem assenta numa relação enfermeiro/pessoa. Defende que o cuidar é um conceito que se desenvolve em nós próprios desde que adquirimos autonomia ou um acto de reciprocidade que prestamos a alguém debilitado.

Os profissionais do INEM, independentemente do seu vínculo, estão obrigados a cumprir o que está estipulado pelo Código de Ética. Neste estão estipulados os princípios de actuação, as normas gerais e específicas de conduta. Quando iniciei o estágio li este documento e tentei actuar com o que nele consta. Actuei sempre tendo em conta a confidencialidade e a privacidade dos doentes.

¹⁴ COLLIÈRE, M. F. - Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

As instituições e os seus profissionais têm o dever de garantir e zelar pela confidencialidade da informação clínica do doente internado. Assim, devem ser tomadas todas as medidas necessárias para a manutenção do sigilo no tratamento da informação de saúde.

No SCIC, por hábito é impresso o plano de cuidados no SAPE para que durante a passagem de turno o enfermeiro possa passar ao colega os cuidados inerentes a cada doente. Numa das passagens de turno após passar o doente a colega rasgou o plano de cuidados. De imediato foi questionada por essa atitude, respondendo que tinha sido encontrado no lixo comum dados de processos dos doentes com informações pessoais. Desde essa altura tinha o cuidado de rasgar qualquer documentação que contivesse a identificação do doente cujo destino fosse o lixo.

Fiquei a pensar nesse assunto e, por coincidência, assisti ao ciclo de debates da OE sobre segurança da informação onde foi referido que os profissionais devem tomar as medidas adequadas para garantir a protecção da confidencialidade dos dados dos doentes.¹⁵

Identificada esta situação-problema falei com a enfermeira de referência do serviço que achou pertinente a observação. Esta enfermeira pertence ao Conselho Jurisdicional Regional da Secção Regional do Norte da OE e referiu que iria pedir um parecer a este conselho sobre a melhor atitude a tomar de forma a proteger a informação pessoal dos doentes.

Desta forma, atendendo às minhas responsabilidades éticas e sociais, tomei decisões fundamentadas tendo em conta as evidências científicas, resultando na aquisição de competências.

Comunicar etimologicamente significa tornar comum. Todos nós comunicamos sendo impossível pensar-se em vida sem comunicar. Comunicar implica uma relação onde se coloca em comum sentimentos, ideias e atitudes.¹⁶

A comunicação envolve a comunicação verbal e a comunicação não-verbal. A comunicação verbal é uma parte integrante da comunicação e é dinamizada através da linguagem, são as palavras que usamos. A comunicação não-verbal engloba os factores ambientais, os gestos, o silêncio, a postura, a paralinguagem, entre outros. Assim, a forma como se comunica transmite grande parte do significado à pessoa que escuta.

Na assistência pré-hospitalar tudo aquilo que dizemos ou fazemos é motivo de análise pelo público. Assim, tudo deve ser bem pensado e analisado antes de falar. Reparei que muitas vezes o grau de entendimento e cumplicidade entre a equipa era tal que bastava o olhar de um para o outro saber aquilo que pretendia.

Numa situação emergente para a família um minuto transforma-se numa eternidade e, por vezes, a recepção das equipas nem sempre é a melhor. Colaborei no sentido de gerir adequadamente as ocorrências pois, para além de estar concentrada na abordagem e tratamento, tive que prestar atenção à família e à população que ao ver a actuação cuidadosa e profissional da equipa reconheceu o nosso empenho.

¹⁵ LEI n.º 12/2005. «D.R. I Série». 18(2005-01-26) 606-611.

¹⁶ CERQUEIRA, M.; GOMES, J. - Comunicar em Enfermagem (algumas reflexões). Revista Sinais Vitais, 2002.

São várias as situações que podem ser consideradas como más notícias, entre as quais a comunicação de um diagnóstico menos favorável, a decisão de internamento ou uma cirurgia. A comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos Profissionais de Saúde, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas do contexto do Pré-Hospitalar. Nesta área a má notícia mais frequente é a comunicação da morte de alguém. A comunicação da morte é um momento difícil que envolve muitos sentimentos e emoções. Lidar com os familiares não é tarefa fácil e tudo aquilo que for dito deixará marcas irreversíveis. Desenvolver competências nesta área é extremamente importante porque nada deve ser deixado ao acaso.

Fiz o possível por estar sempre presente na comunicação do falecimento à família ou cuidadores. Foi muito importante verificar que os profissionais escolhiam um local calmo para que as pessoas se concentrassem naquilo que lhes estava a ser transmitido. O tom de voz, as palavras cuidadosamente escolhidas, os momentos de silêncio, os gestos e até o toque não eram usados ao acaso. Os familiares, na generalidade, apenas queriam saber que o seu ente não tinha sofrido. Tentei fazer esta observação num sentido de aprendizagem e desenvolvimento de competências nesta área. No entanto, é impossível ficar indiferente perante o sofrimento alheio. É impossível não ser atingido pelo sentimento de nostalgia e tristeza mas, por outro lado, senti-me útil porque a família também me procurava para conversar não importando se eu tinha um colete que dizia Formação. O que interessava era alguém ali presente para, durante alguns minutos (o possível), conversarem, dizer quão importante aquela pessoa tinha sido para as suas vidas.

O mundo em que todos crescemos e continuamos a evoluir é um mundo que não favorece o contacto afectivo espontâneo entre os humanos. Assistimos, muitas vezes, a uma espécie de analfabetismo emocional, no qual o tecnicismo e o patológico são mais valorizados do que os problemas humanos.

Na minha opinião, os profissionais de saúde, encontram-se numa posição privilegiada em que podem sobrevalorizar o campo do sentir, do cuidar e do estar com o outro.

Ao contrário do que algumas vezes é referido, a enfermagem não é só técnica. O enfermeiro sente, sofre, toca e é tocado, sendo acima de tudo um ser humano com todos os sentimentos que o caracterizam.

No SCIC, os doentes, por vezes, ficam em quartos individuais por motivos de isolamento predispondo, involuntariamente, para um menor contacto com a equipa de saúde. Também a disposição dos equipamentos e monitores nas unidades ocupam grande parte do espaço deixando o doente confinado a um espaço predefinido algo reduzido.

A visualização do espaço exterior torna-se quase impossível. Durante o ensino clínico prestei cuidados a um doente com internamento prolongado. Face à manifestação verbal de que não observava o exterior desde a hospitalização, questionei a tutora no sentido de dispormos a unidade do doente de forma diferente. Resolvemos então, rodar a cama quase 180 graus arrastando com ela os módulos de monitorização e de sistemas de perfusão de tal forma que era quase impraticável para os profissionais a deslocação na unidade.

objectivo estava conseguido. Neste momento o senhor conseguia ver o céu, a chuva a cair, as árvores e até o trânsito na via de cintura interna com a grande superfície comercial ao lado.

Sáímos daquele quarto com uma única palavra a ressoar nos ouvidos, proferida por aqueles lábios pálidos pela enfermidade – obrigado. A imagem daquele rosto resplandecente, a irradiar uma felicidade enorme, ficou gravada na minha memória para sempre.

Para além da preocupação pela excelência dos cuidados prestados, o enfermeiro deve zelar também pelas pequenas coisas. Com um olhar, ou com um gesto podemos confirmar ao outro a permanência da sua identidade ou, pelo contrário, confirmar-lhe que é algo insignificante, a quem não queremos prestar cuidados. O doente deve ser percebido como um todo, logo devem ser colmatadas para além das necessidades físicas, as necessidades afectivas e espirituais, encarando-o numa perspectiva holística.

Hennezel (2000) desvenda uma ciência que ainda hoje é praticamente desconhecida: a Haptonomia – a ciência da afectividade.

No seu livro, apresenta um testemunho único sobre o acompanhamento dos moribundos baseado no toque e numa vertente humana incrível, que pode ser desenvolvida por quem cuida. Para meu espanto encontrei um excerto do livro que espelhava uma das situações que vivenciei e reflecti durante o estágio:

“Ontem, por exemplo, demos-lhe banho. Sim, uma hora de bem-estar para aquele corpo entorpecido, rígido de imobilidade, tão magro, tão descarnado. Uma hora de afeição e ternura partilhada com Michèle, a enfermeira e Simone, a auxiliar. Com que doçura infinita rodeámos aquele corpo finalmente entregue com confiança ao calor do banho! Três mulheres amantes ocupadas nessa tarefa, de entre todas sagrada, que é o cuidado dedicado ao corpo de um moribundo. Porque existe uma maneira de «cuidar» do corpo que faz que se esqueça precisamente que se trata de um corpo arruinado, pois é a pessoa, na sua integridade, que se envolve de ternura. Existe uma maneira de cuidar de um moribundo que lhe permite sentir-se uma alma viva até ao fim.”¹⁷

Etimologicamente a palavra haptonomia deriva do grego *Hapsis* que designa o toque, o contacto, mas também o afecto, a sensibilidade e *Nomos* que designa a regra, a ciência, a norma.

Nightingale foi a grande impulsionadora da Enfermagem como profissão. Com a sua cultura e largueza de visão dedicou toda uma vida a cuidar dos enfermos, passando as noites a percorrer enfermarias, acariciando e confortando todos os enfermos.¹⁸

O tacto é tido como o sentido mais primário de percepção do Ser Humano e a pele capta todas as sensações que a atingem.

É, por isso, importante sensibilizar para esta dimensão do encontro humano, que inclui o encontro táctil. Nele perspectivamos a pessoa como um todo e não apenas como uma parte

¹⁷ HENNEZEL, M. – Diálogo com a Morte. 4ª Edição. Lisboa: Notícias Editorial, 2000.

¹⁸ NUNES, L. – Um Olhar Sobre O Ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998). Lisboa: Lusociência, 2003.

que naquele momento está mais débil, subscrevendo a ideia de uma enfermagem de natureza interpessoal mas que vê o ser humano holisticamente.¹⁹

Assim, devemos transmitir à pessoa que estamos presentes, que compreendemos a sua situação e que queremos ajudá-la. Hennezel salienta ainda a importância que a enfermagem detém nos cuidados às pessoas, tendo como objectivo máximo devolver-lhes, restituir-lhes a sua dignidade.²⁰

A pele possui uma excelente memória. Pelo toque, por exemplo, somos capazes de reconhecer uma pessoa mais próxima antes mesmo de olharmos para ela ou até descobrir objectos. O simples facto de ser tocado com respeito e com ternura desperta emoções e uma sensação de conforto.

Quem toca experimenta uma sensação mas quem é tocado também a sente. Assim como a subjectividade do que intervém não pode ignorar a subjectividade daquele com quem estabelece contacto.

As mãos podem ser uma ferramenta ideal, transmitindo amor e ternura, suavizando a dor e o conforto, comunicando, por vezes, o que a palavra não consegue. As mãos tocam, acariciam, aconchegam, embalam, abraçam, cuidam de nós e dos outros. Elas são canais de amor incondicional, de compaixão, de serenidade, de paz e de energia curativa. Podem ajudar em situações difíceis ou limite, transmitindo a segurança que não se está sozinho, e podem suavizar a ingrata tarefa de comunicar uma má notícia ou de prestar cuidados dolorosos.²¹

Considero que o cuidar é, antes de tudo, um valor em si próprio, que se baseia num conjunto de actos que são convergentes no bem e nos direitos da pessoa que é cuidada, bem como nas responsabilidades próprias da profissão.

Aperfeiçoando competências na área da comunicação verbal e não verbal, demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família de forma terapêutica, respeitando as suas crenças e cultura.

Em conversas informais com os profissionais fomos chegando a várias conclusões. Uma assistência imediata e eficaz só é possível se houver uma boa organização dos serviços de emergência e implementação dos cuidados pré-hospitalares. O socorro atempado a vítimas de doença ou acidente tem como objectivo salvar a vida e diminuir a incapacidade e o sofrimento. Tudo isto realça a importância da adequada assistência pré-hospitalar para obter a eficácia esperada.

Tendo em conta a diversidade de situações clínicas com que me deparei em contexto pré-hospitalar, reflecti sobre a minha actuação perante a abordagem de uma vítima com ideação suicida. Alicerçando-me nos conhecimentos adquiridos durante o curso base, a vida pessoal e profissional e face à impossibilidade de deslocação ao local da unidade móvel de intervenção psicológica, estabeleci um diálogo assertivo no intuito de demover a doente dessa

¹⁹ GEORGE, J. [et al] – Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

²⁰ HENNEZEL, M. – Diálogo com a Morte. 4ª Edição. Lisboa: Notícias Editorial, 2000.

²¹ Idem

intenção. Inicialmente mostrou-se agressiva verbal e fisicamente porém, mediante os argumentos apresentados consegui, fundamentada nas técnicas de comunicação eficazes, estabelecer uma relação empática, promovendo a escuta activa.

Esta situação exigiu da minha parte e da equipa uma postura calma e correcta apesar dos riscos envolventes. Muitas vezes as pessoas chegam a um estado de desespero de tal forma que não conseguem controlar os seus comportamentos. São necessárias competências ao nível da comunicação e da negociação para levar a nossa actuação a bom porto.

Perspectivando o aperfeiçoamento de competências perante os diferentes problemas de saúde com que me deparei produzi um discurso pessoal fundamentado.

Durante os estágios foram várias as oportunidades aproveitadas com o objectivo de adquirir competências preponderantes para o desenvolvimento futuro como enfermeira especialista de EMC.

O enfermeiro de referência exerce funções de gestão e de prestação de cuidados, promovendo a continuidade de cuidados e favorecendo a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Considero que este enfermeiro tem um papel fundamental no serviço e tive a oportunidade de acompanhar as suas funções mais de perto durante um turno.

No SCIC é efectuada a consulta de *follow-up*. Acompanhei a realização de uma consulta de *follow-up* ao 6º dia após a alta objectivando a percepção do que o doente se recordava do internamento. Tive como objectivo identificar os problemas físicos e psicológicos resultantes das experiências vividas em UCI, de forma a modificar comportamentos que pudessem influenciar de uma forma menos positiva a evolução clínica do doente. Pude observar a estreita colaboração entre os profissionais dos diversos serviços no sentido de monitorizar perturbações e sequelas observadas nesse doente, do ponto de vista físico ou psicológico, optimizando os cuidados prestados.

Tendo em conta a importância da reabilitação nos doentes internados numa UCI, optei por realizar dois turnos do estágio com a enfermeira de reabilitação. Hoeman (2000) e Hesbeen (2002) defendem o levante precoce e exercícios activos com o objectivo de minimizar os efeitos adversos da imobilidade, da sedação e da ventilação invasiva. Observei e colaborei nos cuidados de reabilitação ao doente crítico no sentido de aumentar a capacidade funcional e o bem-estar psicológico, adquirindo alguma experiência que com certeza será útil no meu desempenho profissional.

No serviço existe também um interlocutor da gestão de risco que tive oportunidade de acompanhar. Para identificação das situações de risco e respectiva estratificação foi realizado no serviço um *brainstorming* com os diferentes profissionais. Desta reunião resultou a elaboração do plano de acção cuja monitorização é realizada semestralmente. De dois em dois anos é elaborado um plano de avaliação de riscos com as medidas implementadas e os resultados obtidos, elaborando-se a carta de risco para o serviço onde são levantados todos os riscos estruturais, profissionais e clínicos associados ao desempenho da prestação de cuidados.

Considero que todas estas experiências vivenciadas proporcionaram a aquisição de competências que constituíram uma mais-valia no meu desenvolvimento pessoal e profissional que se pretende contínuo e autónomo.

2.2 – FORMAÇÃO

A formação contínua constitui um factor estratégico de mudança contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento individual dos enfermeiros e para a melhoria da qualidade assistencial dos serviços de saúde.

No âmbito das formações transversais obrigatórias previstas para o SCIC assisti às formações: Campanha Mundial de Higienização das Mãos, Triagem de Resíduos e Drenos e Drenagens Abdominais.

Na minha opinião, as formações foram muito oportunas e penso que constituíram momentos produtivos do estágio.

Como descrito anteriormente, para o meu desempenho pessoal e profissional, procedi à pesquisa bibliográfica alargada sobre patologias, actuações de enfermagem, fármacos, procedimentos, entre outros.

A recepção das vítimas e das equipas pela equipa hospitalar foi adequada. Notou-se que havia bastante familiaridade no relacionamento que ambas as equipas possuem. É importante esta interacção pois permite a continuidade de cuidados, a satisfação do doente, família e equipas.

Pude transmitir informações aos colegas responsáveis pela triagem das respectivas urgências. Senti orgulho ao observar que todas as informações que transmitia acerca do doente eram ouvidas e valorizadas pelos colegas.

Foi agradável a abertura à aprendizagem dos Técnicos de Ambulância de Emergência das ambulâncias SBV. Em várias situações de doentes com patologias específicas aceitaram o meu aconselhamento de forma a otimizar a actuação. A necessidade de usar contenção no fornecimento de oxigenoterapia em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e medidas básicas (posicionamento e oxigenoterapia) que podem diminuir a evolução para edema agudo do pulmão sem apoio diferenciado, foram alguns dos exemplos em que pude transmitir aspectos complexos.

No pré-hospitalar actuamos muitas vezes no meio ambiente envolvente do doente, num contacto próximo com os seus familiares. Assim, é possível fazer ensinamentos, alterar hábitos nocivos, potenciar o ambiente envolvente de forma a promover a saúde e a diminuir os episódios recorrentes de utilização dos meios de socorro e das instituições hospitalares.

Os enfermeiros devem assumir a responsabilidade pelo processo de educação dos doentes e familiares sob os seus cuidados contribuindo, de acordo com o contexto de vida e os hábitos sócio-económicos e culturais destes, para a adopção de boas práticas numa UCI.

As IACS têm um enorme impacto quer no doente afectado, quer nos cuidadores ou ainda nas instituições. Controlar uma infecção significa conhecer a situação real do problema

para poder implementar medidas adequadas que a vão solucionar ou orientar para um caminho mais seguro.

De acordo com as directivas emanadas pela CCI, está protocolado que a todos os doentes internados no SCIC deve ser realizado o rastreio de *Methicilin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) à entrada. Está também definido que na recepção de doentes de outros hospitais e lares deverá ser instituído isolamento de contacto e efectuadas colheitas específicas para pesquisa de colonização por MRSA e por *Acinetobacter baumannii*.

Durante o estágio pude realizar estes procedimentos a vários doentes. Era algo a que não estava habituada pois onde trabalhei as CCI estavam ainda numa fase muito embrionária.

Num dos doentes por quem estive responsável foi detectada colonização por *Acinetobacter baumannii*. Procedeu-se à sua transferência para um quarto individual para ser sujeito a isolamento de contacto e todo o material foi individualizado. Pude realizar ensinamentos aos familiares e visitas sobre o que significava esta situação, quais as consequências e que equipamentos individuais de protecção deveriam utilizar.

Foi interessante a aquisição de competências nesta área que era, para mim, ainda um pouco nebulosa. É também nestes pequenos detalhes que os enfermeiros marcam a diferença prevenindo a propagação do microorganismo, pela adopção de boas práticas e da comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional e académico, através de ensinamentos a terceiros.

O enfermeiro deve assumir um compromisso contínuo no seu próprio desenvolvimento profissional. Assim, actuei nos processos educativos dos colegas de equipa proporcionando informação efectiva e útil para a implementação de novos projectos ou iniciativas. O objectivo máximo foi a melhoria da qualidade dos cuidados prestados tendo por base uma fundamentação científica.

Um grupo de enfermeiros do serviço estava a planear um projecto de intervenção na família do doente internado em UCI mas ainda não tinham iniciado qualquer pesquisa, pois estavam ainda numa fase inicial de concepção.

Assim, efectuei uma pesquisa alargada de bibliografia, incluindo estudos de investigação, que deixei no serviço. Desta forma tentei colaborar com a equipa no sentido de estimular a investigação aliada à prática de enfermagem.

Como futuro EEMC aperfeiçoei competências que permitiram a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

O processo de formação deve ser encarado como indispensável para a optimização da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Favorece a troca de ideias, a partilha de experiências e a aquisição de novos conhecimentos e valores. O enfermeiro especialista deve considerar como sua a função de desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna do serviço.

Ao longo do estágio do pré-hospitalar tive a oportunidade de planear e realizar duas formações na Base da Ambulância SIV de Santo Tirso.

Num turno de estágio numa ambulância SBV, a equipa foi contactada para saber se teriam disponíveis o *kit* de protecção contra a Gripe A. Esta solicitação surgiu na sequência da declaração do estado de Emergência Pública Internacional pela Organização Mundial de Saúde, em 26 de Abril, após a comunicação de casos não detectados previamente nos Estados Unidos da América e no México.²²

Nos turnos seguintes efectuados nos diversos meios as dúvidas dos profissionais persistiam e a informação era basicamente fornecida pelos meios de comunicação social. A informação fornecida às ambulâncias SBV e SIV visava apenas os procedimentos a efectuar em caso de transporte de um caso suspeito. Nesta altura os transportes eram apenas efectuados por equipas INEM e estes técnicos revelavam muita insegurança pelo facto de não lhes ser fornecida informação sobre esta nova patologia que acabou por culminar em pandemia.

Detectando a necessidade de formação, realizei duas formações de forma a colmatar este défice de informação. A primeira foi sobre Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão e a segunda sobre Gripe A. (Anexo III)

A formação sobre Gripe A incidiu sobre epidemiologia, cronologia e fisiopatologia, fluxograma de triagem e referenciação de casos para investigação, actuação no transporte e regras de utilização dos equipamentos de protecção individual.

São várias as vias de transmissão e a cada uma estão associadas protecções adicionais específicas. Existem diversos tipos de equipamentos de protecção respiratória, variados tipos de máscaras e na maioria das vezes não sabemos quais é que devemos utilizar relativamente a determinado tipo de patologia. Foi um tema sobre o qual os técnicos não possuíam qualquer conhecimento e que também permitiu aos enfermeiros relembrar conhecimentos.

Na opinião dos elementos presentes as sessões de formação foram muito oportunas e constituíram momentos muito produtivos, permitindo o esclarecimento e a aquisição de novos conhecimentos.

Na sequência da solicitação de uma vaga no SCIC para um doente com suspeita de gripe pelo vírus H1N1 e do início do processo de vacinação dos profissionais para a prevenção da mesma doença, propus a realização de uma acção de formação sobre esta temática. Não existia à data nenhuma informação oficial emanada pela CCI. (Anexo IV)

Apesar de ter realizado uma formação, no estágio anterior, sobre a mesma temática, considere pertinente realizá-la uma vez que a informação já estava desactualizada e já tinham sido introduzidos novos conceitos, procedimentos e tratamento.

A avaliação da pertinência e eficácia desta formação foi realizada através da aplicação de um inquérito, o qual foi tratado estatisticamente.

²² OMS - Current Situation Influenza A (H1N1): 4 May 2009. In www.who.com, consultado a 5 de Maio de 2009.

Foi possível verificar, através do consenso dos resultados encontrados, que a pertinência e a satisfação da formação foi classificada como muito boa em todas as categorias analisadas.

Pelo resultado das questões colocadas para avaliação dos conhecimentos adquiridos na formação conclui-se que esta última foi efectiva.

Foi ainda sugerida por mim uma formação sobre *stress* e relaxamento nos profissionais de saúde. Esta actividade envolveria uma componente teórica e uma componente prática com ensino da auto-massagem. No entanto, por motivos organizacionais do serviço, não foi possível a sua realização.

2.3 – INVESTIGAÇÃO

A prática de investigar em enfermagem é relativamente recente, mas tem vindo a adquirir uma importância crescente na sua aplicação. Esta ciência requer um corpo de conhecimentos próprios e que os seus praticantes optem por uma postura activa, interventiva e reflexiva na intervenção do saber, apostando nos cuidados prestados de forma personalizada e valorizando a ideia de que o homem é um ser singular com valores e cultura própria. Desta forma, pode-se construir um corpo de conhecimentos específicos que confere à enfermagem a clarificação do seu campo de competências.

Durante o estágio no pré-hospitalar e no SCIC fiz pesquisa de estudos de investigação que trouxessem a melhor evidência científica para a prática.

Foram surgindo novas informações sobre patologias, fármacos e técnicas com as quais pouco ou nenhum contacto havia tido durante a minha actividade profissional. Tudo isto levou ao aparecimento de dúvidas, que conduziram a uma necessidade crescente de procura de informação relevante para esclarecer as incertezas existentes.

Realizei muita e variada pesquisa de investigação assertiva sobre a abordagem ao doente crítico, emergência pré-hospitalar (incluindo emergências médicas, obstétricas e pediátricas), paragem cárdio-respiratória (incluindo SBV e SAV) e sobre a abordagem ao politraumatizado e situações de excepção. Aprofundei ainda diversos temas entre os quais: tipos de ventilação e cuidados associados, técnicas dialíticas, tipos de monitorização, fármacos mais utilizados, entre muitos outros.

As pesquisas revelaram-se de grande importância, não só a nível de estágio, mas também ao longo de toda a nossa vida profissional. O enfermeiro que possui alguma dúvida tem por obrigação realizar pesquisa de informação científica relevante, para que a falta de conhecimentos inerente seja dissipada, de modo que, quando for questionado, seja capaz de responder correctamente.²³

Desenvolvi competências no sentido de incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

²³ MARCONI, M., & LAKATOS, E. - Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

A OE²⁴ refere que a investigação é fundamental para o desenvolvimento, avaliação e expansão do conhecimento em enfermagem. É essencial para a excelência da disciplina e da profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades.

A produção de um corpo de conhecimentos científicos útil e válido para a fundamentação da disciplina deve ser considerada como uma obrigação pelo enfermeiro.

No SCIC deparei-me com um doente com uma patologia invulgar, Doença de *Stevens-Johnson*, para mim desconhecida. Sobre esta patologia tive oportunidade de desenvolver um Estudo de Caso Clínico que foi deixado no serviço para a equipa, uma vez que poucos colegas tinham contactado com esta patologia.

O estudo de caso consiste numa pesquisa e análise aprofundadas, detalhadas e fundamentadas da realidade de uma pessoa, de uma família, de um grupo ou de uma organização, tendo em conta a sua patologia, terapêutica, focos de enfermagem e evolução clínica. Este tipo de investigação é adequado para estudar um caso que é reconhecido como especial e único, como é o caso de uma doença rara, com o intuito de aumentar o conhecimento. O estudo aprofundado de diversos fenómenos ligados à saúde torna-se necessário para uma melhor compreensão.²⁵

A realização deste trabalho teve por base o instrumento de colheita de dados, elaborado durante os dias de prestação de cuidados ao doente, a consulta do processo, o diálogo com a equipa de enfermagem e a equipa médica e a pesquisa bibliográfica. (Anexo V)

Com a realização deste estudo de caso observei, analisei e descrevi uma situação real, que aconteceu durante o estágio, permitindo a aquisição de conhecimentos e de experiência que me poderá ser muito útil em situações futuras. Assim, com a participação e promoção da investigação em serviço adquiri novas competências na área da EEMC.

2.4 – GESTÃO

O meio hospitalar pode causar ao indivíduo sentimentos negativos de medo, angústia, ansiedade, tristeza e, por vezes, mesmo de revolta. Num ambiente em que predomina a valorização da doença e a eficácia da tecnologia, é essencial o desenvolvimento de uma relação de proximidade e de intimidade com o doente, assegurando a preservação da dignidade humana de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados.

Em qualquer instituição de saúde devem ser identificados e minimizados os factores de risco profissional para os colaboradores e os riscos para os doentes e visitas. O enfermeiro deve gerir a sua intervenção no sentido de maximizar os cuidados e os benefícios para o doente ao mesmo tempo que tenta minimizar os riscos inerentes à prestação de cuidados.

²⁴ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Investigação em Enfermagem: Tomada de posição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

²⁵ FORTIN, M.F. – O Processo de Investigação: Da concepção à realização. 3ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

Um dos riscos identificados pelo elemento interlocutor da gestão de risco do SCIC foi o nível aumentado de ruídos a que doentes e profissionais estão sujeitos pelos equipamentos e pelas próprias conversas.

Verificada esta situação-problema, e visando a minha participação em processos de melhoria no serviço, sugeri ao interlocutor do risco utilizar a musicoterapia como mecanismo atenuante de ruídos mais agressivos. A musicoterapia, sugerida por estudos de investigação, pode ser encarada como uma ferramenta importante na disciplina de enfermagem com efeitos benéficos, desde que devidamente enquadrada e ajustada às necessidades e vontade de cada pessoa.²⁶

Como enfermeiros temos o dever de promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento. A música pode ser encarada como uma terapia complementar à medicina convencional. Revela-se uma técnica inovadora do cuidar pois facilita a consciencialização de emoções, a comunicação interpessoal e a possibilidade de deslocar o foco de atenção do doente para aspectos saudáveis.

Com o som ou melodia pretendi abstrair o doente da sua dor e sofrimento, relaxando-o e proporcionando-lhe um maior conforto. Para a Associação Portuguesa de Musicoterapia (2010) citando a Federação Mundial de Musicoterapia *“a musicoterapia procura desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor organização intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento.”*²⁷

Após a sensibilização dos profissionais, verifiquei por diversas vezes a utilização do sistema de som com música ambiente, sendo que foi da opinião geral (equipa e doentes) que o ambiente estava muito mais agradável.

Esta situação permitiu-me, através do uso da criatividade e iniciativa, aperfeiçoar competências que conduziram à interpretação e resolução de problemas na área da especialização.

É reconhecida competência à enfermagem na área da gestão de recursos humanos e materiais objectivando a prestação de cuidados com qualidade.

Perspectivando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem torna-se importante centrar a actuação do enfermeiro na pessoa cuidada. É fundamental aliar à modernização tecnológica dos serviços de saúde, métodos de gestão mais eficientes. Desta forma, é possível reduzir custos e rentabilizar os enfermeiros existentes.²⁸

Em todos os turnos do pré-hospitalar tive oportunidade de observar como era efectuada a gestão do serviço. Uma vez que não existe um responsável, em turnos fixos, pela gestão de *stocks* e pedido de materiais, cada meio adoptou o método que lhe pareceu mais

²⁶ RODRIGUES, A. [et al] – A influência da utilização da música na pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-43-3.

²⁷ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MUSICOTERAPIA – Musicoterapia. O que é a musicoterapia?. In: www.musicoterapia.com.sapo.pt/, consultado em 25 de Janeiro de 2010.

²⁸ GONÇALVES, A.; FERNANDES, J. – O enfermeiro e a gestão de stocks nos serviços. Revista Portuguesa de Enfermagem, 2006, n.º 7, p. 61.

eficaz. Nas bases existe uma listagem das quantidades totais em *stock*. Assim, optou-se por criar um ficheiro onde pudesse constar o nome de cada material, o *stock* em armazém e a existência, que à medida que vai sendo utilizado material permite descontá-lo. Deste modo, aparecem automaticamente na coluna de material a pedir as quantidades necessárias.

Os elementos coordenadores de cada base têm como função a realização de horários, comunicação de ordens de serviço, organização de documentação administrativa e marcação de reuniões de serviço. Todos os elementos têm responsabilidades na gestão de material clínico, equipamentos e farmácia. Assim, quando é necessária requisição, comunicação de avarias ou armazenamento de material, compete à equipa do turno proceder à mesma.

Num dos turnos em ambulância SIV pude colaborar com o enfermeiro no pedido semanal de material e de gases medicinais. Na ambulância SIV de Santo Tirso observei e colaborei com o enfermeiro coordenador na elaboração da escala mensal dos enfermeiros.

Durante o estágio no SCIC não foi possível acompanhar o Enfermeiro Responsável em momentos de gestão por impossibilidade do mesmo. No entanto, fui tendo algumas conversas informais onde percebi como funciona a gestão de recursos humanos. Em colaboração com o responsável de serviço está o Enfermeiro de Referência com o qual tive oportunidade de estagiar durante um turno.

Através do cálculo do ratio de enfermeiros utilizando a TISS 28, deduzi que os recursos humanos de enfermagem eram suficientes, respeitando as exigências decorrentes da aplicação de *scores* de determinação de carga de trabalho. Esta aplicação é recomendada internacionalmente para a boa gestão das UCI. O horário é elaborado mensalmente através de um programa informático chamado Sisqual.

A gestão de *stocks* de aprovisionamento é efectuada através de um método relativamente novo no serviço e que desconhecia por completo. O método *Kaizen* consiste na aplicação da Norma de *Picking* com caixas normalizadas. Para cada material de farmácia ou material clínico existem duas caixas. Retirei o material da caixa da frente e quando a caixa estava vazia desloquei a caixa de trás para a frente. A caixa vazia era colocada numa estante criada para esse propósito. Duas vezes por dia os funcionários da farmácia e do aprovisionamento passam no serviço e recolhem as caixas vazias para repor. Apesar de ainda estar numa fase inicial pareceu-me ser um método muito prático e funcional, uma vez que permite evitar a ruptura de *stocks* ou a acumulação de *stocks* e a existência de material fora de prazo de validade.

Durante os turnos da tarde ou da noite durante a semana e os turnos de fim-de-semana, os enfermeiros do serviço também têm responsabilidades na gestão de material clínico, equipamentos e farmácia. Assim, quando é necessária requisição de material, requisição de fármacos, comunicação de avarias ou armazenamento de material, compete ao responsável de turno proceder à mesma.

Considero que para o bom funcionamento de qualquer serviço torna-se necessário avaliar, sistematizar e decidir, isto é, gerir os diferentes recursos disponíveis. Cabe ao

enfermeiro responsável pela gestão do serviço adequar os recursos humanos e materiais de forma a permitir a boa qualidade dos cuidados prestados aliada à redução de custos.

Para a colaboração nestas actividades foi de extrema importância os conhecimentos adquiridos nas aulas de gestão. Embora seja um trabalho moroso e que poucos gostam, é indispensável para o bom funcionamento de qualquer meio.

A aquisição de competências na área da gestão dos cuidados vai ser uma mais-valia no meu percurso profissional como futuro EEMC.

2.5 – SUPERVISÃO

Para Abreu (2003) o processo de supervisão incide sobre situações reais, sobre indivíduos em interacção e sobre dinâmicas e colaboração. A supervisão, para o autor, é “*o acto de orientar alguém ou algo rumo a um determinado objectivo ou fim*”, sendo que para a disciplina de enfermagem é a busca pela excelência dos cuidados.²⁹

O supervisor clínico em enfermagem tem como função sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisionados, visando a prestação de cuidados de qualidade ao doente através da promoção de uma mudança positiva, da educação, monitorização, desafio, pesquisa e desenvolvimento de espírito crítico.

Zelei pelos cuidados prestados pelos enfermeiros e por outros profissionais. Esta última competência foi conquistada durante a prática de enfermagem através da manutenção de um ambiente de cuidados seguro, munindo-me de estratégias que garantissem a qualidade e a correcta gestão do risco para doentes e profissionais.

Tendo em conta que a realidade dos serviços que prestam cuidados ao doente crítico/emergente pode ser facilmente mutável, adoptei uma postura exemplar, demonstrei rapidez de raciocínio, flexibilidade e fiabilidade ideológica, distribuindo sabiamente os recursos disponíveis.

Perspectivando a optimização dos cuidados prestados alertei sobre posturas e procedimentos menos correctos, baseando-me em evidências científicas emanadas de *guidelines*, procedimentos e orientações com reconhecida fiabilidade.

Assim, procedi, em cooperação com o enfermeiro de referência, à supervisão dos planos de cuidados estipulados para os doentes, dos focos de enfermagem levantados. Adquiri competências na supervisão do exercício profissional na área da especialidade.

²⁹ ABREU, W. – Supervisão Clínica. In: <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisaoclinica>, consultado em 20 de Fevereiro de 2010.

3 – CONCLUSÃO

Na recta final deste relatório é fundamental reflectir sobre a sua realização, efectuando algumas considerações sobre a consecução dos objectivos propostos, resultados obtidos, principais aquisições e implicações futuras para o percurso profissional.

A realização deste documento, assente na elaboração faseada dos portfolios, deu relevância e visibilidade a todo o percurso formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito da EMC, permitindo estimular o pensamento criativo.

A aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais, na perspectiva do enfermeiro especialista em EMC, fundamentou-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades dos doentes que vivenciam processos de saúde ou doença crítica com falência orgânica.

A elaboração deste relatório privilegiou uma reflexão crítica tendo por base os objectivos gerais e específicos estabelecidos. Deu visibilidade às actividades desenvolvidas, às competências adquiridas, às situações-problema encontradas e estratégias implementadas para a sua resolução.

A combinação de conhecimentos, de saber-fazer e de experiências e comportamentos exercidos, tanto no contexto do pré-hospitalar como do intensivismo, permitiu a aquisição de competências na área da EMC, visando uma actuação rápida e precisa ao doente crítico, através da compreensão da globalidade dos cuidados prestados ao próprio e à família.

Uma assistência imediata e eficaz só é possível se houver uma boa organização dos serviços de emergência e implementação dos cuidados pré-hospitalares. O socorro atempado a vítimas de doença ou acidente tem como objectivo salvar a vida e diminuir a incapacidade e o sofrimento. A abordagem adequada e a estabilização da vítima no local, o seu acompanhamento e transporte à unidade de saúde mais adequada permitem obter a qualidade da assistência pré-hospitalar.

Com a consciência de que as necessidades em cuidados de saúde são cada vez mais complexas, adoptei uma metodologia de trabalho baseada em protocolos e procedimentos definidos respeitando as recomendações internacionais. Assim, os cuidados foram prestados de uma forma adequada, dirigida e especializada garantindo a qualidade dos mesmos.

Em cada ocorrência tive a oportunidade de desenvolver, com a equipa, competências na prática da emergência pré-hospitalar garantindo a qualidade e a segurança nos cuidados. No término de cada ocorrência era frequente a discussão dos procedimentos efectuados perspectivando a melhoria dos cuidados e a eventual descarga emocional. Desenvolvi, assim, uma consciência crítico-reflexiva.

A realização de estágio a nível da Assistência Pré-hospitalar permitiu ainda desenvolver competências no domínio do atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e activação dos meios de socorro adequados para situações de urgência/emergência ou catástrofe, bem como a estabilização e o acompanhamento durante o transporte até à unidade de saúde. No seguimento do estágio no CODU recebi um convite para integrar a equipa de enfermeiros que trabalha nesta central de emergência. Entendi este convite como um reconhecimento do meu trabalho, das minhas capacidades pessoais e competências profissionais.

A formação de enfermeiros numa perspectiva da formação permanente é um factor estratégico de mudança, concertando o desenvolvimento individual dos enfermeiros com o desenvolvimento da qualidade assistencial no contexto pré-hospitalar. Para que os enfermeiros exerçam um papel activo nas equipas de saúde, desenvolvam o exercício da reflexão sobre as suas práticas profissionais e promovam a criação e a implementação de situações formativas, procedi à concretização de duas formações intituladas “Precauções Baseadas na Via de Transmissão” e “Gripe A”.

No seguimento da formação realizada e na ausência de uma CCI, foi realizado um poster sobre “Lavagem das Mãos” considerando que esta é a primeira medida preventiva para evitar as IACS. O objectivo foi o de relembrar e promover a necessidade da lavagem das mãos no local de trabalho, embora reconheça que, por exemplo, numa VMER é difícil dispor de acessórios para este procedimento.

Nas ocorrências procurei estar atenta de forma a adquirir competências em situações complexas. Saliento o convite efectuado para participar num simulacro sobre situações de excepção. Particpei em reuniões preparatórias partilhando experiências e sugerindo algumas ideias que foram aceites. Colaborei na caracterização de cenários e das vítimas e participei na observação da actuação das equipas através do registo numa grelha que criei para o efeito.

É reconhecida competência à enfermagem na área da gestão objectivando a prestação de cuidados com qualidade. Colaborei na gestão apropriada de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado ao doente indispensáveis para o bom funcionamento dos serviços. Acredito ter desenvolvido competências que demonstrem ser uma mais-valia no meu percurso profissional.

O estágio no SCIC permitiu a prestação de cuidados especializados e integrais ao doente com disfunção orgânica, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais e permitindo a prestação de cuidados globais ao doente.

Esta unidade facilitou a aquisição de competências e aperfeiçoamento na prestação de cuidados ao doente grave em estado crítico, tido como recuperável, com necessidade de uma vigilância e assistência constante por parte das equipas médica e de enfermagem.

A primeira imagem quando entrei no serviço foi a de uma envolvência tecnológica com uma multiplicidade de monitores, ecrãs e máquinas. Rapidamente pude desmistificar o tecnicismo e mecanicismo atribuído a estas unidades.

Foi gratificante observar a evolução dos doentes decorrente da prestação de cuidados em colaboração com o enfermeiro especialista/perito em cuidados intensivos, tendo em conta uma abordagem concertada dos mesmos.

Grande parte dos doentes internados estava sujeito a ventilação invasiva sendo necessária a sua sedação. Apesar deste facto, consegui desenvolver competências na comunicação explicando antecipadamente os procedimentos a efectuar e tentando averiguar eventuais necessidades.

Nem sempre era possível uma evolução positiva mas a qualidade dos cuidados possibilitou uma morte digna privilegiando a despedida, a comunicação e a partilha de sentimentos e afectividades. O processo de luto da família iniciava-se assim de uma forma precoce através da consciencialização da morte com a garantia de um final com conforto e ausência de dor.

Num ambiente em que predomina a valorização dos processos de doença em contexto de doença súbita ou de trauma aliada a um conjunto de técnicas e equipamentos sofisticados, foi essencial o desenvolvimento de uma relação de proximidade com o doente, assegurando a preservação da dignidade humana como forma de promover a qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi possível melhorar competências de análise de situações complexas tendo por base uma reflexão e consciência alicerçados nos princípios éticos fundamentais.

O plano de cuidados de cada doente era impresso todos os turnos e após era rejeitado para o lixo comum. Assim, informações constantes no processo clínico eram facilmente encontradas e acedidas. Na sequência desta observação alertei para o dever de garantir e zelar pela confidencialidade da informação clínica do doente internado. Em diálogo com a enfermeira de referência chegou-se ao consenso de que seria adequado pedir um parecer ao Conselho Jurisdicional Regional da Secção Regional do Norte da OE. Desta forma, tomei decisões fundamentadas com base nas responsabilidades sociais e éticas tendo em conta as evidências científicas e pareceres emanados.

Os profissionais e doentes estão sujeitos a um nível aumentado de ruído proveniente dos inúmeros equipamentos de cada unidade e das conversas emitidas. O nível de stress aumenta sendo necessário arranjar soluções que permitam amenizar tal facto. Apelando à criatividade na interpretação e resolução de problemas sugeri a musicoterapia como mecanismo atenuante. Segundo os profissionais, doentes e visitas, esta ferramenta produziu efeitos benéficos desde que devidamente enquadrada e ajustada às necessidades e vontade de cada pessoa.

Adquiri competências no âmbito das relações humanas e da comunicação com o outro. O mundo em constante evolução não favorece o contacto afectivo espontâneo entre os humanos. Como profissional de saúde senti que estava numa posição privilegiada para sobrevalorizar o campo do sentir, do cuidar e do estar com o outro. Através do tacto, tido como o sentido mais primário de percepção do Ser Humano, estabeleci uma relação baseada na comunicação pelo toque. Considerei esta exigência extremamente importante no cuidado ao

doente crítico frequentemente sedado e, por isso, carente de estímulos, de comunicação e de relacionamento.

Deparando-me com um doente portador de uma doença rara realizei uma pesquisa que culminou na elaboração de um estudo de caso que forneci ao serviço. Este trabalho resultante de uma pesquisa e análise aprofundada permitiu o aperfeiçoamento de competências ao nível da investigação, com o objectivo adicional de estimular o interesse da equipa pela investigação, contribuindo para a produção de conhecimento científico útil e válido para a fundamentação da disciplina.

Após identificar a necessidade de formação em serviço, realizei uma formação intitulada “*Guidelines de Actuação na Gripe A*”. De acordo com o quadro conceptual de enfermagem, intervi no sentido de potenciar não só o desenvolvimento profissional dos enfermeiros mas também a construção de referências de qualidade para as práticas profissionais.

Apesar de ter gostado de acompanhar a actividade do enfermeiro responsável pela gestão do serviço tal não foi possível pelo que, espero que num futuro próximo, possa desenvolver competências na gestão de serviços.

Não gostaria de terminar sem deixar de salientar a importância das equipas que permitiram a integração no contexto de cuidados. A experiência demonstrada e a vontade em ensinar promoveram momentos de aprendizagem e aquisição de competências no contexto da EMC.

Ao reflectir sobre todo o processo efectuado concluo que os estágios foram fundamentais na aquisição e aprofundamento de conhecimentos e na produção de competências na área de especialização, permitindo concluir que a metodologia adoptada foi adequada e os objectivos foram atingidos.

Após esta etapa espero continuar a investir no meu percurso académico e profissional como Mestre em Enfermagem, com especialização em EMC.

Considero estar preparada para iniciar o meu percurso como Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as responsabilidades inerentes.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. – Relação de Ajuda. Revista Sinais Vitais, 2004, (53), p. 29-33.

ABREU, W. – Supervisão Clínica. In: <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisaoclinica>, consultado em 20 de Fevereiro de 2010.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - Constituição da República Portuguesa. In: www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art72, consultado a 15 de Fevereiro de 2010.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MUSICOTERAPIA – Musicoterapia. O que é a musicoterapia?. In: www.musicoterapia.com.sapo.pt/, consultado em 25 de Janeiro de 2010.

BENNER, P. – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2005.

CERQUEIRA, M.; GOMES, J. – Comunicar em Enfermagem (algumas reflexões). Revista Sinais Vitais, 2002.

COLLIÈRE, M. F. – Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COSTA, I. - Abordagem e Gestão Situações de Excepção. Centro de Formação INEM – Norte. Porto.

DECRETO-LEI n.º 242/96, de 13 de Agosto de 1996.

FORTIN, M. F. – O Processo de Investigação: Da concepção à realização. 3ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

GEORGE, J. B. [et al] – Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GONÇALVES, A.; FERNANDES, J. – O enfermeiro e a gestão de stocks nos serviços. Revista Portuguesa de Enfermagem, 2006, (7), p. 57-61.

HENNEZEL, M. – Diálogo com a Morte. 4ª Edição. Lisboa: Notícias Editorial, 2000.

INEM – Porque é que os veículos do INEM são amarelos?. Via Verde para a Vida. Lisboa. Julho 2008, nº22, p. 13.

HESBEEN, W. – Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HOEMAN, S. P. – Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.

LEI n.º 111/2009, «D.R. I Série». 180 (2009-09-16) 6528-6550.

LEI n.º 12/2005. «D.R. I Série». 18(2005-01-26) 606-611.

MARCONI, M., & LAKATOS, E. - Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Circular Normativa: Regime de trabalho de horário acrescido. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. In: www.dgs.pt, consultado a 10 de Junho de 2009.

NUNES, L. – Um Olhar Sobre O Ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998). Lisboa: Lusociência, 2003.

OMS - Current Situation Influenza A (H1N1): 4 May 2009. In www.who.com, consultado a 5 de Maio de 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enfermagem no Pré-Hospitalar: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. in: www.ordemdosenfermeiros.pt , consultado em 22 de Abril de 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Investigação em Enfermagem: Tomada de posição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Junho. (2007), p. 4-20. ISSN 1646-2629.

PACHECO, S. – Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2002, p. 92-97.

PHANEUF, M. – Planificação de Cuidados: um sistema de integração personalizada. Coimbra: Quarteto editora, 2001.

RODRIGUES, A. [et al] – A influência da utilização da música na pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-43-3.

SILVA, A.; CARVALHO, C. – Integração do Enfermeiro numa Organização Hospitalar. Revista Nursing, 2002, (164), p. 16-20.

VIEIRA, M. – A Resolução de Problemas Éticos- Texto de Apoio para a disciplina de Ética e Deontologia do Complemento de Formação. Porto, 2001.

ANEXOS

Anexo I

Caracterização dos meios INEM.

Caracterização do SCIC.

Anexo II

Póster Lavagem das Mãos

Anexo III

Formação: Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão; Gripe A.

Anexo IV

Formação: *Guidelines* de Actuação na Gripe A; questionário aplicado; resultados do questionário aplicado.

Anexo V

Estudo de Caso