



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RUMO À ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM**

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 Cristiana Maia Brandão Silva

PORTO, Março de 2011



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RUMO À ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM**

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 Cristiana Maia Brandão Silva

Sob orientação de Professora Lúcia Rocha

PORTO, Março de 2011

*“Nunca alcançará uma meta maior  
do que aquela a que te propuseste”.*  
*(E.G.White)*

## RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) constituiu uma estratégia fundamental para a aquisição de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências específicas com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e família em estado crítico a um nível mais profundo de conhecimento e habilidades.

O Relatório pretendeu demonstrar as soluções desenvolvidas para as situações/problema identificadas, reflectir sobre as actividades realizadas e as suas implicações éticas e sociais e comunicar adequadamente as conclusões retiradas durante os Módulos de Estágio de Cuidados Intensivos (CI) e Assistência Pré-hospitalar (APH).

A elaboração do Guia de Acolhimento à Família na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), do poster relativo aos ritmos cardíacos desfibrilháveis, o projecto de intervenção “Prevenção da privação sensorial no doente internado na UCIP: orientação espaço-temporal”, a colaboração no Curso de Suporte Básico de Vida (SBV) e a elaboração do Guia de Bolso “Algoritmo de SBV Adulto” constituíram os meus contributos específicos no seio da equipa multidisciplinar, no âmbito da Especialização.

Fundamentalmente, este Relatório teve como objectivos (i) Expor as situações/problema diagnosticadas, os contributos e medidas de resolução sugeridas e implementadas; (ii) Avaliar a consecução dos objectivos gerais e específicos propostos no Projecto de Estágio, fazendo alusão às dificuldades sentidas; (iii) Reflectir criticamente acerca do conjunto de actividades realizadas e competências adquiridas ou desenvolvidas; (iv) Analisar as experiências mais significativas vividas durante o Estágio e a aprendizagem que ocorreu em cada uma delas.

A metodologia utilizada para elaborar este documento teve, essencialmente, carácter descritivo, reflexivo e analítico da experiência vivida e fundamentada por autores de renome.

Estruturalmente, o Relatório divide-se em quatro partes fundamentais. Na introdução é realizado o enquadramento do Curso com referência aos Módulos realizados, à justificação e caracterização dos locais de Estágio, aos objectivos do Relatório e à justificação da sua estrutura. Na segunda e terceira partes são apresentados os objectivos concretizados, a consecução das actividades e a aquisição e desenvolvimento de competências que deram resposta à exigência curricular relativa a cada um dos Módulos de Estágio. As considerações finais e as perspectivas futuras são abordadas na quarta parte. De seguida, são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos com os contributos relevantes na área de Especialização.

## ABSTRACT

The Nursing Master Degree with Specialization on Surgical-Medical Nursing (EEMC) consisted in a very important strategy for the high level acquisition of clinic judgement and acting acts. These ones have as a result an agglomerated of specific abilities with the propose to improve nursing cares to patient and its family when they are on a very critical illness stage at a deeper level of knowledge and skills.

The Report aimed to describe the solutions developed for the situations/problems identified, to reflect about the activities undertaken and their ethical and social implications and to report the conclusions obtained during the Intensive Care (CI) and Pre-hospital Emergency (APH) Internship Modules.

The Family Welcome Guide at Multi-purpose Intensive Care Unit (UCIP), the poster about shockable heart rhythms, the project "prevention of sensory deprivation in patients hospitalized at Multi-purpose Intensive Care Unit", the collaboration in the Course of Basic Life Support (SBV) and the drafting of the Pocket Guide "Adult Basic Life Support Algorithm" were my specific contributions within the multidisciplinary team within the scope of Specialization.

Fundamentally, this Report intended to (i) Explain diagnosed situations and problems and the contributions and remedial measures suggested and implemented; (ii) Assess the achievement of general and specific objectives proposed in the internship plan, alluding to difficulties experienced; (iii) Reflect critically on the set of activities performed and skills acquired or developed; (iv) Review the most significant experiences during the Internship and what was learned in each case.

The methodology used to prepare this document was essentially descriptive, reflective and analytical of the lived experience and based on renowned authors.

Structurally, the Report is divided into four main parts. In the introduction is performed the framework of the Course with mention of the Modules, the justification and characterization of the local Stage, the objectives of the report and the justification of its structure. In the second and third parts are presented the objectives pursued, the achievement of the activities and the acquisition and development of skills which gave answer to curricular requirement on each Internship Modules. The final considerations and future prospects are presented in the fourth part. Posteriorly, are made the bibliographic references and annexes with relevant contributions in the area of Specialization.

## AGRADECIMENTOS

Neste espaço é meu objectivo expressar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e me ajudaram a torná-lo possível.

Em primeiro lugar, expresso a minha gratidão à Professora Lúcia Rocha, pela preciosa ajuda e disponibilidade demonstradas na orientação do Estágio e do Relatório.

Aos tutores de Estágio, Enfermeiro (Enf.º) João Borges e Enf.ª Adriana Machado por todo o conhecimento partilhado e apoio durante a realização dos Módulos de Estágio II e III.

De igual modo, a todos os Enfermeiros, Técnicos de Ambulâncias de Emergência (TAE`s), médicos e auxiliares de acção médica que colaboraram e facilitaram a minha integração e processo de aprendizagem.

Um agradecimento especial a todos os Doentes e Famílias que tornaram o Estágio uma fonte de conhecimento frutuosa ao partilharem momentos de crise, problemas de saúde, medos e momentos de luto da sua vida privada.

À Mafalda e aos meus pais e irmã que suportaram a pouca e/ou rara disponibilidade para com eles e me apoiaram no desenvolvimento deste projecto pessoal e profissional.

Ao apoio incondicional da Xi.

Ao Paulo, pelo apoio, incentivo, carinho e compreensão.

À Mariana pela razão que veio dar a todo o meu empenho neste trabalho.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

APH – Assistência Pré-hospitalar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHEDV – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

CI – Cuidados Intensivos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPR – Conselho Português de Ressuscitação  
edição – ed.

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.<sup>o</sup>/Enf.<sup>a</sup> – Enfermeiro/a

EPH – Emergência Pré-hospitalar

ERC – *European Resuscitation Council*

FV – Fibrilhação Ventricular

HSS – Hospital São Sebastião

ICN – *International Council of Nurses*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBN – *International Standard Book Number*

ISSN – *International Standard Serial Number*

n<sup>o</sup> – número

p. – página

PCR – Paragem Cárdio-Respiratória

PICCO – *Pulse-induced Contour Cardiac Output*

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TVsp – Taquicardia Ventricular sem pulso

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Vol. – Volume

## ÍNDICE

	Página
0 – INTRODUÇÃO .....	8
1 – ESTÁGIO DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	11
1.1 – DOS OBJECTIVOS DELINEADOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES E À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	11
2 – ESTÁGIO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....	34
2.2 – DOS OBJECTIVOS DELINEADOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES E À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	35
3 – CONCLUSÃO.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	61
ANEXOS.....	68
Anexo I	– Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Unidade Hospital São Sebastião do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
Anexo II	– Guia de Acolhimento à Família na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
Anexo III	– Poster “Algoritmo de actuação perante a Fibrilhação Ventricular e a Taquicardia Ventricular sem pulso”
Anexo IV	– Projecto de intervenção “Prevenção da privação sensorial no doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente: orientação espaço-temporal”
Anexo V	– Caracterização dos locais do Estágio de Assistência Pré-hospitalar
Anexo VI	– Plano de Sessão do 4º Curso de Suporte Básico de Vida
Anexo VII	– Guia de Bolso “Algoritmo de Suporte Básico de Vida Adulto”

## 0 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório insere-se no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com EEMC que decorreu no 2º e 3º semestres no âmbito da Unidade Curricular Relatório.

O Relatório ilustra a aprendizagem realizada durante o Estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), que decorreu em instituições de saúde com protocolo com a Universidade e tutorados por Enfermeiros Especialistas ou Peritos com experiência relevante na área de EEMC.

Este trabalho relata de modo crítico-reflexivo as actividades desenvolvidas no sentido de dar resposta aos objectivos, gerais e específicos, delineados e às situações/problema detectadas, ao longo dos dois Módulos de Estágio efectuados. Faz, ainda, referência às estratégias apresentadas e implementadas para a sua resolução, bem como às competências profissionais adquiridas e desenvolvidas na área da Especialização em EMC para assistência ao doente adulto e idoso com doença grave e especialmente ao doente em estado crítico, baseada numa prática de Enfermagem Avançada.

Decorridos alguns anos de experiência no Serviço de Urgência (SU), a motivação para frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem com EEMC baseou-se na necessidade em consolidar e aprofundar conhecimentos nesta área com o intuito de aprimorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente/família em estado crítico.

Pelo facto de possuir seis anos de experiência em SU, obtive creditação relativamente ao Módulo I de Estágio, mediante apresentação de um Relatório de experiência profissional, comprovativo das competências adquiridas nesta área.

Iniciei o contacto com o mundo do trabalho no contexto do SU, que me revelou um mundo repleto de novas experiências enriquecedoras ao nível formativo, pessoal e profissional. Aliado aos conhecimentos adquiridos pela experiência diária, a realidade dos Cursos de SBV, Suporte Avançado de Vida (SAV), Suporte Avançado de Trauma, Triagem de Manchester e Queimados proporcionaram-me uma actualização e aprofundamento dos conhecimentos na área da emergência, tanto ao nível teórico como em relação ao manancial de procedimentos e técnicas utilizados.

Em termos relacionais, o SU constituiu um grande desafio pessoal, uma vez que me permitiu adquirir novas formas de superar as barreiras de comunicação impostas pela especificidade deste serviço em termos da grande afluência de doentes, da complexidade do doente crítico, da necessidade de intervenções imediatas, do stresse e sofrimento vividos diariamente, em que a escassez de tempo dificulta a relação empática com o doente, mas não pode de todo justificar a sua despersonalização, sendo cada vez mais a qualidade dos cuidados uma exigência.

Deste modo, desenvolvi competências técnicas, relacionais, de gestão e formação que me permitem, hoje, actuar precocemente e de forma autónoma perante o doente crítico e em

complementaridade com a equipa multidisciplinar, bem como orientar e coordenar equipas, integrar novos elementos e orientar alunos no Serviço.

O Estágio de CI, referente ao Módulo II, foi realizado no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010, na UCIP da Unidade Hospital São Sebastião (HSS) do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV), em Santa Maria da Feira, num total de 250 horas. A unidade caracteriza-se por um ambiente fechado, complexo e tecnologicamente avançado, com elevados recursos materiais e humanos onde são prestados cuidados especializados a doentes em estado crítico e com prognóstico geralmente reservado, de uma forma rápida, eficaz e eficiente.

Relativamente à escolha deste local de Estágio, esta deveu-se ao facto de poder mais facilmente conciliar a minha actividade profissional com o Estágio académico, num local que me permitisse uma maior flexibilidade de horário e proximidade geográfica do local onde actualmente exerço funções. Por outro lado, a opção por esta unidade incidiu, também, no conhecimento da sua qualidade de equipamentos, meios, saberes e competências na prestação de cuidados ao doente crítico, estando dotada das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas fundamentais para a aquisição de competências no campo de acção do intensivismo.

O Módulo III, relativo ao Estágio de APH, de natureza opcional, foi realizado nas Ambulâncias de SBV, nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), no período de período de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Delegação Norte, com a mesma carga horária do Módulo II. Este Instituto é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde, disponibilizando de vários meios de socorro, medicalizados e não medicalizados, para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica.

Este Módulo de Estágio veio precisamente permitir o aperfeiçoamento da prestação de cuidados especializados ao doente crítico na área da Emergência Pré-hospitalar (EPH), através de um vasto número de experiências nos vários meios de socorro do INEM e CODU.

Apesar de lidar diariamente com o doente urgente/emergente, o Estágio realizado no INEM da Delegação Norte possibilitou-me o contacto com a realidade da emergência num contexto diferente do ambiente hospitalar e proporcionou à minha prática um acréscimo de dificuldades técnicas, científicas e humanas, e um domínio operacional ainda mais eficaz das intervenções realizadas, num ambiente em que as condições de trabalho são ainda mais árduas do que no SU. O Módulo III deste Estágio veio precisamente possibilitar-me a colmatação desta minha lacuna em termos formativos, pelo que optei pela Assistência Pré-Hospitalar – INEM.

Deste modo, a elaboração do presente Relatório constitui um momento de grande relevo para a EEMC e posteriormente para a obtenção do grau de Mestre, após aprovação positiva na dissertação pública, sendo também sua pretensão dar visibilidade às competências adquiridas, salvaguardando a gestão do risco e prezando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão com o respeito pelos códigos ético e deontológico.

Fundamentalmente, este Relatório tem como objectivos expor as situações/problema diagnosticadas, os contributos e medidas de resolução sugeridas e implementadas; avaliar a consecução dos objectivos gerais e específicos propostos no Projecto de Estágio, fazendo alusão às dificuldades sentidas; reflectir criticamente acerca do conjunto de actividades realizadas e competências adquiridas ou desenvolvidas nos dois Módulos de Estágio e analisar as experiências mais significativas vividas durante o Estágio, bem como a aprendizagem que ocorreu em cada uma delas.

Metodologicamente, para elaborar este documento e para que os seus objectivos fossem alcançados recorreu-se, essencialmente, à análise, descrição e reflexão acerca das experiências oriundas do Estágio, fundamentadas na opinião de autores de reconhecido mérito.

Estruturalmente, o Relatório divide-se em quatro partes fundamentais. Da introdução consta o enquadramento do Curso, a justificação e caracterização dos locais de Estágio, os objectivos do Relatório e a justificação da sua estrutura. Os objectivos concretizados, a consecução das actividades e as competências adquiridas e desenvolvidas durante os Módulos II e III de Estágio são abordados na segunda e terceira partes, respectivamente. Na quarta parte são apresentadas as considerações finais e as perspectivas futuras. As referências bibliográficas seguem-se à conclusão e, por fim, em anexos são expostos os contributos específicos enquanto Enf.<sup>a</sup> com EEMC.

## 1 – ESTÁGIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) caracteriza-se por um ambiente fechado, complexo e tecnologicamente avançado, com elevados recursos materiais e humanos onde são prestados cuidados especializados ao doente crítico.

Os CI constituem uma área diferenciada e multidisciplinar da área médica que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do doente crítico “que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS e a ORDEM DOS MÉDICOS, 2008:9).

O internamento numa UCI constitui um momento de crise, difícil e significativo na vida do doente e família, pois altera bruscamente o seu modo de vida, gerando-lhe ansiedade, sofrimento e sobrecarga emocional. Pela gravidade do seu estado, geralmente, o doente não tem capacidade de decisão e de participação no seu plano terapêutico. Deixa, tendencialmente, de ser um ser único e transforma-se num receptor de cuidados técnicos e invasivos, ficando privado da sua dignidade e da satisfação autónoma das suas necessidades humanas básicas.

Neste sentido, URDEN [et al.] (2008) reconhecem ao Enf.º de CI a capacidade de prestar cuidados de alta qualidade, adequados às necessidades do doente, com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas ao doente e sem descurar a sua dimensão psicossocial e holística.

Os cuidados de Enfermagem numa UCI permitem estabelecer intervenções terapêuticas centradas no doente que incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação, sendo a resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais de indivíduos, famílias e grupos o fenómeno que mais importa aos Enfermeiros.

Este Estágio foi realizado na UCIP do CHEDV com a duração total de 250 horas. À orientação tutorial destinaram-se 70 horas e as restantes 180 realizaram-se no horário de *roulemant*, com o Enf.º Tutor com EEMC, das quais 21 horas foram dedicadas à área de gestão juntamente com a Enf.ª Coordenadora da UCIP.

### 1.1 – DOS OBJECTIVOS DELINEADOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES E À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O título de Enf.º com EEMC pressupõe o domínio e a expressão de um perfil de competências específicas. Assim sendo, foi minha pretensão que o Estágio me conferisse as competências especializadas fundamentais para assistência ao doente adulto e idoso com doença grave e especialmente ao doente em estado crítico, baseada numa prática de Enfermagem Avançada.

O período inicial de integração na unidade, permitiu-me clarificar ideias, detectar as principais situações/problema e as necessidades formativas do serviço, bem como assimilar o maior número de conhecimentos na respectiva área de especialização em Enfermagem.

Deste modo, procedi à reflexão pessoal, cientificamente fundamentada, acerca dos objectivos gerais e objectivos específicos propostos pelo Projecto de Estágio, depois de avaliada a sua exequibilidade.

Numa perspectiva crítico-reflexiva, para cada objectivo geral tracei os meus objectivos específicos e para cada um deles um conjunto de actividades a realizar, com vista à concretização dos mesmos e à aquisição das competências que lhes são inerentes. Neste Relatório serão, ainda, mencionados os contributos e as medidas de resolução apresentadas para as situações/problema identificadas.

### **Objectivo Geral 1: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em Enfermagem.**

**Objectivo Específico 1:** Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço, bem como os recursos materiais, humanos e a metodologia de trabalho instituída.

#### **Actividades:**

- (i) Realização de visita às instalações da UCIP;
- (ii) Entrevistas de carácter formal/informal aos vários elementos da equipa para recolha de informação e esclarecimento de dúvidas sobre metodologia de trabalho, estrutura física do serviço, tipo de população, forma de admissão e acolhimento, recursos físicos, humanos e materiais disponíveis, patologias mais frequentes, especificidades do serviço (cuidados, equipamentos, instrumentos, materiais, procedimentos e técnicas);
- (iii) Compreensão da estrutura orgânico-funcional do serviço;
- (iv) Observação da dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar.

No primeiro dia de Estágio tive oportunidade de visitar as instalações da UCIP, tendo-me sido explicados, em termos gerais, aspectos relacionados com a dinâmica, a organização e a funcionalidade do serviço.

Durante a primeira semana de Estágio pude iniciar a prestação de cuidados de enfermagem, de forma gradual, ao mesmo tempo que me fui inteirando das normas do serviço, da metodologia de trabalho instituída, da disposição do material, dos recursos físicos, humanos e materiais disponíveis, das patologias mais frequentes e das especificidades do serviço em termos de cuidados de enfermagem, procedimentos e técnicas executados ao doente crítico em contexto de CI. Esse período permitiu, ainda, o esclarecimento das dúvidas existentes, através de entrevistas informais aos membros da equipa multidisciplinar que se mostraram sempre disponíveis e receptivos.

No sentido de melhor caracterizar o campo de Estágio, elaborei uma caracterização mais aprofundada acerca da unidade, evidenciando alguns aspectos relevantes acerca da sua

estrutura física e dinâmica funcional, dos recursos materiais e humanos e da comunicação interna. Desta caracterização constam algumas considerações críticas e pessoais relativas à influência, positiva ou negativa, de factores relacionados com a organização do serviço na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (ANEXO I).

Neste sentido, considero a observação durante a prática diária; as informações conseguidas junto de alguns elementos da equipa multidisciplinar; as horas de Estágio dedicadas à área da gestão; a consulta das normas e protocolos, planos de trabalho, horários e documentação existentes no serviço e o modo como usufruí das oportunidades surgidas, ao longo da realização do Estágio, os factores adjuvantes na concretização deste objectivo.

**Objectivo Específico 2:** Integrar a equipa multidisciplinar de saúde e participar activamente nas actividades com dinamismo, responsabilidade e profissionalismo, desenvolvendo ao mesmo tempo o espírito de equipa e uma relação comunicacional e profissional adequadas.

**Actividades:**

- (i) Consulta das normas e protocolos do serviço, sempre que necessário;
- (ii) Organização/planificação de actividades e estabelecimento de prioridades na acção;
- (iii) Transmissão clara, concisa e objectiva de informação acerca dos doentes nas passagens de turno, nas notas de evolução, folhas de registos de enfermagem e/ou planos de cuidados.

O doente crítico internado na UCI exige do Enf.º cuidados de enfermagem exigentes, intensos e vigilantes, uma vez que um minuto de descuido pode representar uma série de danos para o organismo, que se não forem atempadamente revertidos poderão mesmo causar a sua morte.

PHIPPS (2003:637) caracteriza a UCI como “um ambiente muito próprio, onde se integram as mais sofisticadas intervenções médicas, de enfermagem e técnicas, para combater a doença que significa uma ameaça à vida”.

Com o decorrer do Estágio adquiri um nível de competências, em termos de **percepção e reconhecimento das alterações que podem rapidamente ameaçar a vida do doente**, comparável com o dos colegas que ali trabalham e executam as suas funções com elevada perícia. A este respeito, não me refiro tanto à aquisição de conhecimentos teóricos mas sim ao uso que se faz dos mesmos, dado que, por exemplo, os conhecimentos acerca da terapêutica vasopressora e antiarrítmica em termos de fisiopatologia e farmacologia faziam já parte da minha “bagagem” teórica. No entanto, adaptar a posologia e proceder ao desmame dos doentes deste tipo de terapêutica constituiu para mim uma necessidade em termos de aprendizagem.

No sentido de desenvolver a minha prática, no contexto de CI, comecei por interiorizar, progressivamente, as normas de actuação preconizadas pelo serviço, por observar a actuação dos outros Enfermeiros, em especial a do meu Tutor, pesquisar bibliografia científica recente e

dialogar com os elementos da equipa acerca da prestação de cuidados ao doente crítico, com vista a aperfeiçoar os aspectos em que sentia mais dificuldades.

Para além destes aspectos, e tendo em conta que o ser humano não é uma “tábua rasa”, não posso deixar de mencionar a minha prática diária no SU, onde exerço funções, como uma mais-valia no reconhecimento de sinais de choque, de sinais de instabilidade hemodinâmica e, nos casos mais graves, da necessidade em iniciar manobras de reanimação, o que facilitou o meu processo de aprendizagem na UCIP, com todas as suas especificidades. Dessa forma, **a informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida e da minha formação pós-graduada foi gerida e interpretada, de forma adequada, a cada situação ocorrida.**

Relativamente ao desenvolvimento da minha destreza técnica, gostaria de referir que senti por parte do Tutor um grande empenho, esclarecendo dúvidas e revelando disponibilidade e interesse em contribuir para a minha formação enquanto pessoa e futura Enf.<sup>a</sup> com EEMC.

Sempre que eram realizados procedimentos e técnicas mais invulgares ou que surgiam doentes com patologias raras, do foro médico e cirúrgico, os elementos da equipa multidisciplinar tinham o cuidado de me alertar para assistir à sua execução.

Deste modo, adquiri, progressivamente, mais autonomia para participar em todas as actividades de enfermagem colocadas em prática na unidade, fomentando a partilha de saberes efectiva, com vista ao enriquecimento mútuo.

Nesta perspectiva, procurei desenvolver actividades de forma responsável e dedicada, assumindo os meus erros e reflectindo sempre sobre as actividades desenvolvidas.

Outro aspecto que gostaria de referir foi o facto do Tutor adoptar sempre uma dinâmica pedagógica, baseada na evidência científica onde é perfeitamente possível e viável a existência de várias perspectivas para uma mesma prática. Através do reconhecimento desta variedade de perspectivas sobre os problemas de saúde identificados **produzi sempre um discurso pessoal fundamentado, reflecti de forma autónoma na e sobre a prática e a teoria e enriqueci o meu processo de aprendizagem.**

As actividades realizadas foram desenvolvidas de forma responsável, empenhada e dinâmica, assumindo os meus erros e reflectindo sobre as mesmas, com o intuito de progredir nos cinco níveis de proficiência estabelecidos pelo modelo de Dreyfus citado por BENNER (2001): iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Pelo facto do Enf.<sup>o</sup> Especialista, na área de CI, controlar um complexo regime de tratamento, identificar rapidamente os problemas do doente, iniciar e substituir terapêuticas adequadas às necessidades do doente de acordo com a prescrição médica, prestar cuidados altamente diferenciados e ainda prevenir e evitar situações ameaçadoras à vida do doente, torna a elaboração de planos de cuidados de difícil aplicabilidade. No entanto, é evidente que a prestação de qualquer tipo de cuidados passa pela aplicação das quatro etapas do processo de cuidados, que nesta unidade é realizado mentalmente.

Durante as passagens de turno, procurei escutar atentamente a informação fornecida acerca dos doentes, assim como transmiti-la à equipa, de modo a garantir a continuidade dos cuidados prestados.

A minha participação nas passagens de turno e a realização dos registos permitiu-me um maior envolvimento nas discussões acerca da situação clínica e da pertinência dos cuidados prestados ao doente e família.

Uma dificuldade inicial com que me deparei foi o estabelecimento de prioridades na acção perante o doente crítico, tendo sido superada através do **desenvolvimento da minha autonomia com base no raciocínio clínico para a tomada de decisão** através da observação, busca activa, mobilização de conhecimentos e discussão com o Tutor.

Ao longo deste Estágio, tentei acima de tudo pautar o meu trabalho pelos pilares fundamentais da profissão: **Competência, Responsabilidade, Assiduidade e Pontualidade**, procurando dar o meu melhor, **tendo como meta principal os ganhos em saúde e o desenvolvimento da minha actividade profissional na área de EEMC, numa perspectiva académica avançada.**

**Objectivo Geral 2: Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC.**

**Objectivo Específico 3:** Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na assistência ao doente crítico em contexto hospitalar.

**Actividades:**

- (i) Revisão dos conteúdos programáticos leccionados durante o Curso e pesquisa bibliográfica considerada pertinente;
- (ii) Aquisição de conhecimentos sobre os exames auxiliares de diagnóstico mais utilizados;
- (iii) Implementação de medidas de avaliação e controlo da dor;
- (iv) Prevenção e controlo de infecção perante o doente crítico, cumprindo os procedimentos de acordo com o que se preconiza no serviço e com as medidas padrão de prevenção e controlo de infecção;
- (v) Identificação de equipamentos, instrumentos e materiais específicos da UCI;
- (vi) Aquisição de conhecimentos sobre a farmacocinética dos fármacos mais utilizados na UCIP;
- (vii) Esclarecimento de dúvidas pontuais com a equipa multidisciplinar;
- (viii) Observação da abordagem realizada ao doente crítico em contexto hospitalar;
- (ix) Observação e participação activa na prestação de cuidados gerais e específicos de enfermagem ao doente crítico.

Num mundo tão vasto como é o da saúde, é impensável entender os conhecimentos como estáticos e adquiridos. A Enfermagem enquanto profissão tem vindo a empenhar-se, ao longo dos tempos, na construção de um corpo de conhecimentos cada vez mais sólido, o que tem permitido adquirir progressivamente o seu reconhecimento social e reforçar o seu carácter científico.

Apesar de possuir conhecimentos quer teóricos quer práticos na área da EMC, senti que acerca da actuação em enfermagem perante o doente crítico em contexto de CI, muito mais haveria a desenvolver. Os CI, constituíram uma das áreas que, desde sempre, me aliciou e a qual tinha interesse em aprofundar. O facto de anteriormente não ter tido nenhuma experiência específica nesta área, era por mim encarada como uma lacuna no meu percurso de aprendizagem, que viria a colmatar com a concretização deste Estágio.

Ao longo do mesmo, todas as actividades em que me envolvi “obrigaram-me”, de certo modo, a mobilizar o corpo de conhecimentos adquirido durante o período teórico e teórico-prático do Curso.

Para a concretização deste objectivo de Estágio não poderia ter tido melhor oportunidade do que poder assistir a uma série de formações que se realizaram na unidade durante este período de tempo.

A primeira constou de uma formação promovida pelo representante do monitor de *Anticoagulation with multi\_Filtrate Ci-Ca* da *Fresenius Medical Care* com o objectivo de explicar a possibilidade de realização das três técnicas dialíticas diferentes, designadamente a hemofiltração, a hemodiálise e a hemodiafiltração, com um mesmo kit.

Tive, também, a possibilidade de assistir a outra formação, acerca da funcionalidade e manutenção de um desfibrilhador bifásico, adquirido recentemente pela UCIP.

Numa UCI, a monitorização hemodinâmica constitui um elemento crucial na análise das principais variáveis e funções cardiovasculares associadas ao doente em estado crítico. Os métodos e equipamentos através dos quais, actualmente, se efectiva este tipo de monitorização, principalmente a de carácter invasivo, têm permitido aos profissionais de saúde intensivistas uma inequívoca e inestimável ajuda na elaboração do diagnóstico e prognóstico clínico, bem como na eleição da intervenção terapêutica mais adequada para a eficácia na resposta do doente.

Neste âmbito, o Enf.º Especialista em EMC desempenha um papel activo, não só pela sua colaboração na introdução e manutenção dos diversos sistemas, na monitorização e detecção precoce de possíveis complicações, mas essencialmente porque constitui o principal observador do estado clínico do doente e das repercussões às intervenções terapêuticas instituídas. É, portanto, fundamental que o Enf.º, que no contexto da sua prática clínica opere com este tipo de monitorização, conheça bem as características e potencialidades de cada sistema, de modo a contextualizar os dados disponibilizados pelos mesmos.

Dos vários métodos existentes, salienta-se a monitorização através da análise do contorno da onda de pulso arterial ou sistema *Pulse-induced Contour Cardiac Output* (PICCO), um método recentemente incorporado na prática clínica, que permite avaliar de modo contínuo

o débito cardíaco e disponibilizar dados objectivos sobre parâmetros que o determinam, facilitando o diagnóstico e o tratamento. A aplicação da monitorização PICCO tem vindo a ampliar-se, uma vez que se revela mais vantajosa e menos invasiva que o cateter da artéria pulmonar, o método anteriormente mais utilizado na avaliação do débito cardíaco em CI.

Acerca deste tipo de monitorização assisti a uma formação que me esclareceu as dúvidas existentes, mais concretamente acerca dos parâmetros específicos que o sistema PICCO permite avaliar e que facilitam o diagnóstico clínico e a intervenção terapêutica, controlando a sua repercussão. Para ROBLES, PACHÓN e VEJA (2010) os parâmetros em causa obtêm-se pontualmente através da técnica de termodiluição, e de forma contínua, através da análise do contorno da onda de pulso arterial.

No período em que realizei este Estágio, a unidade encontrava-se em processo de integração de novos elementos, pelo que surgiu a necessidade de fornecer alguma formação formal acerca de determinados temas, obedecendo a um plano de integração específico, no qual os Enfermeiros peritos e Especialistas desempenham um papel activo na sua concretização.

A este respeito, saliento a importância do papel do Enf.º com EEMC ao nível da formação nesta unidade, marcando pela diferença ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. A experiência e a perícia adquiridas pela prática e pelos conhecimentos adquiridos na prática diária e durante o Curso de Especialização permitiu-me adquirir competências ao nível da **formação de novos elementos** de forma diferenciada, despertando-os para a necessidade de **desenvolver a capacidade de antevisão de problemas que podem, eventualmente, surgir durante a sua prática.**

Assim, foi-me possível assistir a mais uma formação acerca da abordagem das terapias contínuas de substituição renal, utilizadas na UCIP, focando aspectos tais como a fisiopatologia do rim, causas de insuficiência renal aguda, indicações para iniciar técnicas de substituição renal, as várias modalidades de técnicas que o monitor permite realizar (hemofiltração venovenosa contínua, a hemodiálise venovenosa contínua, a hemodiafiltração venovenosa contínua, a plasmaferese e a hemoperfusão), o papel do Enf.º na realização destas terapias ao doente, na preparação e montagem do sistema extracorporal e na manutenção da técnica.

Ao longo dos turnos que realizei, tive o privilégio de prestar cuidados de enfermagem, durante mais do que um turno, a doentes a realizar este tipo de terapias, o que me permitiu proceder à montagem do sistema, realizar a sua manutenção, a colocar em prática o protocolo com citrato e cálcio na hemodiálise para ajuste dos valores de citrato e de cálcio obtidos nas gasimetrias realizadas ao doente e ao próprio sistema a nível do pós-filtro e, ainda, efectuar os respectivos registos.

Todas estas técnicas exigem vigilância contínua e preparação específica, em que toda a equipa de saúde tem um papel preponderante a desempenhar. A manutenção da técnica de substituição renal com sucesso passa em grande parte pelo Enf.º com EEMC, que através da observação contínua se encontra numa posição privilegiada para identificar problemas e iniciar os procedimentos apropriados, intervindo de forma a evitar complicações.

A este nível o Enf.º com Especialização é essencial na unidade, sendo ele o elemento eleito por parte dos colegas para resolver problemas relacionados com os alarmes da máquina de substituição renal ou mesmo com o controlo hemodinâmico deste tipo de doentes. O seu papel começa com a colocação do cateter e continua com o controlo dos parâmetros hemodinâmicos, da integridade do sistema extra-corporal, da perfusão de heparina e do cálculo do balanço hídrico. A verificação constante do funcionamento das bombas infusoras e da drenagem do ultrafiltrado, do funcionamento das bombas de sangue ultrafiltrado e líquido de substituição, bem como a leitura das pressões arterial, venosa e transmembranar são também funções de Enfermagem.

Por fim, obtive ainda formação acerca do cateter arterial, nomeadamente em termos da sua introdução, calibração, manutenção e remoção.

Esta unidade encontra-se munida de tecnologia avançada e diferenciada, nomeadamente em termos de equipamentos, instrumentos e materiais. Os meios por si só não garantem a qualidade da prestação de cuidados em saúde, mas sem meios propícios e adequados verifica-se a limitação em termos de actuação quando as estruturas não favorecem as atitudes cuidativas.

Este serviço disponibiliza de bombas e seringas perfusoras, bombas perfusoras de alimentação entérica, monitores, ventiladores fixos e de transporte, sistemas de aspiração fechados, manómetro da pressão de *cuff*, máquina de gasimetria, *cough assist* (aparelho estimulador da tosse), panela humidificadora de secreções, cateter de *Swan-Ganz*, monitorização hemodinâmica com sistema PICCO, equipamento de protecção individual, sensores de capnografia, *Bispectral Index* (BIS), colchões de pressão alterna, talas de *ASKLÉ* para drenagem postural dos membros inferiores, monitores para realizar terapias contínuas de substituição renal, entre outros.

Durante a minha passagem pela UCIP tive a oportunidade de contactar com doentes essencialmente do foro médico e cirúrgico e politraumatizados. Neste Estágio, iniciei a minha prática clínica com a prestação de cuidados globais ao doente, com a supervisão do Tutor. A diversidade de doentes internados foi favorável a experiências enriquecedoras, tanto pela sua gravidade, como pela riqueza de conhecimentos facultados. De facto, experienciei várias situações, umas mais marcantes que outras.

A administração de terapêutica é também uma das funções do Enf.º que, na UCI, merece especial atenção devido ao manancial e à variedade de fármacos que são administrados a cada doente, ao elevado risco de incompatibilidades farmacológicas e aos efeitos secundários possíveis. No sentido de minorar erros de administração terapêutica, o serviço disponibiliza um guia farmacológico, simplificado e de fácil consulta, com as principais interacções medicamentosas.

A administração de medicação é facilitada pela existência de cateter venoso central de múltiplas vias (3 ou 5) na maioria dos doentes. Apesar da maioria da medicação fazer parte dos meus conhecimentos anteriores, senti algumas dificuldades em agilizar a administração de todas as drogas ao doente, através da manipulação das várias vias do cateter.

Em contexto de CI a administração das terapêuticas intravenosas são maioritariamente a nutrição parenteral, soluções electrolíticas, sangue e hemoderivados, medicação vasoactiva, anestésicos, sedativos e curarizantes. O problema que se coloca na maioria dos doentes internados numa UCI coaduna-se com a administração simultânea de várias terapêuticas, daí a importância em avaliar-se a sua relação de compatibilidade. A nutrição parentérica, por exemplo, deve perfundir num lúmen isolado de outras terapêuticas.

Para colmatar esta dificuldade recorri à pesquisa constante sobre os diferentes fármacos mais utilizados, suas indicações, incompatibilidades, estabilidade, modos de preparação e administração e à consulta dos colegas, adquirindo gradualmente competências no sentido de gerir autonomamente a administração conjunta de fármacos, sem esquecer os registos de estupefacientes, albuminas e antibióticos em impressos próprios.

No que se refere ao desenvolvimento de procedimentos técnicos, pude realizar a monitorização do doente e avaliação de sinais vitais, representando uma oportunidade de melhorar a minha capacidade de interpretação dos valores obtidos pela monitorização hemodinâmica com e sem sistema PICCO e o seu respectivo registo. A algaliação, a realização do balanço hídrico, a avaliação da saturação de oxigénio, da diurese e da glicemia capilar com a aplicação do protocolo de infusão de insulina correspondente foram outros dos procedimentos que tive oportunidade de executar.

Relativamente à prestação de cuidados de higiene e conforto coloquei em prática a aspiração de secreções orais com sistema aberto e secreções endotraqueais com sistema fechado, cuidados de higiene oral e nasal, cuidados oculares para prevenção de úlcera da córnea, posicionamentos e levante para o cadeirão. Realizei pensos essencialmente cirúrgicos e cuidados a doentes ostomizados. Prestei ainda cuidados relativos à alimentação, nomeadamente, a entubação nasogástrica, a avaliação de conteúdo gástrico drenado por drenagem livre ou aspiração por seringa para avaliação da tolerância alimentar, a administração de alimentação entérica via sonda nasogástrica e jejunostomia e de alimentação parentérica. Realizei colheitas de sangue para hemograma, bioquímica, estudo da coagulação, amónia e tipagem e gasimetria através da linha arterial, a preparação e administração de fármacos e fluidoterapia por diferentes vias, cuidados de manutenção de cateter venoso central e colaboração na sua inserção, oxigenoterapia, nebulização, montagem e teste dos ventiladores fixos e de transporte. Prestei também cuidados a pessoas na fase agónica e cuidados *pós-mortem*.

Relativamente ao risco de infecção associada às múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica colocadas em prática no doente internado na unidade, tive oportunidade de garantir o controlo de infecção, nomeadamente na manutenção de técnica asséptica no manuseamento de cateteres, na administração de terapêutica endovenosa, na realização de pensos a feridas, entre outros.

Ao nível da adopção das precauções básicas verifiquei um especial cuidado com práticas como a lavagem das mãos, o uso de equipamento de protecção individual, o controlo ambiental (em especial o cuidado em não contactar com objectos inanimados na proximidade

do doente após prestação de cuidados e a boa higiene e limpeza das áreas de cuidados aos doentes) e a prevenção de acidentes com corto-perfurantes, que representam um ganho ao nível da promoção da saúde.

Ao nível do manuseamento do material e equipamento contaminados e das precauções adicionais (baseadas nas vias de transmissão - via aérea, gotícula, contacto directo e indirecto), verifiquei que são cumpridos e cumpro os procedimentos de acordo com o que se preconiza no serviço e com as medidas padrão de prevenção e controlo de infecção.

Apenas uma das lacunas que tive oportunidade de reflectir com o Tutor refere-se à substituição dos sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, que não são rigorosamente substituídos com uma frequência não superior às 72 horas, de acordo com as Recomendações de Categoria IA para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na minha opinião seria vantajosa a existência de uma norma instituída para esta prática de enfermagem. Porém, o período de tempo de Estágio disponível não permitiu a sua execução e implementação.

Toda a informação que diga respeito ao estado clínico do doente nunca deve ser perdida e muito menos fragmentada. É importante que todos esses aspectos que dizem respeito ao doente sejam preservados e transmitidos a todos os elementos da equipa multidisciplinar. Os registos de enfermagem são importantes na medida em que fazem uma avaliação permanente do doente, garantindo a continuidade dos cuidados que lhe são prestados.

Os registos realizados neste serviço transmitem de forma clara, concisa e cronológica a informação respeitante aos doentes internados. Considero que os Enfermeiros deste serviço são na sua globalidade muito humanos, característica que se reflecte no modo como cuidam o doente. Nos registos, para além de referirem os aspectos biofisiológicos do doente, valorizam os aspectos de ordem psicológica e social. As passagens de turno, para além de garantirem a partilha de informação e a continuidade dos cuidados prestados, são também um momento em que a equipa não deixa de transmitir, sempre que necessário, a necessidade em entrar em contacto com a família/acompanhantes ou até mesmo o estado psicológico dos doentes.

Na UCIP **zelei por garantir a continuidade dos cuidados prestados**, pelo que aperfeiçoei os registos de enfermagem em relação a todos os itens que constam da folha de registo do serviço e em relação aos registos na avaliação inicial, tratamento e evolução de feridas; avaliação inicial de enfermagem aquando do acolhimento no serviço; avaliação do risco de queda de Morse e úlceras de pressão; avaliação de risco para úlcera de pressão através da Escala de *Braden*; avaliação do estado de sedação dos doentes, utilizando a Escala de *Ramsay*; avaliação do estado de consciência através da Escala de *Glasgow*; avaliação da dor com escala de zero a 10; e folha de transferência.

Todos estes procedimentos não constituíram uma novidade, mas a sua prática **permitiu-me o aumento da destreza e a aquisição de competências, conhecimentos e consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área de EEMC.**

De acordo com as normas preconizadas no seio da equipa multidisciplinar, procurei **actuar sempre em conformidade com os conhecimentos apreendidos e aprofundados na minha área de especialização**, já acima mencionados. **Procurei contribuir para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência científica.**

**Objectivo Específico 4:** Colaborar na gestão da qualidade e dos cuidados prestados ao doente crítico e família.

**Actividades:**

- (i) Sugestão da definição de metas/medidas para a melhoria da qualidade dos cuidados;
- (ii) Criação e manutenção de um ambiente seguro e terapêutico para o doente, respeitando as suas necessidades e gerindo o risco;
- (iii) Garantia da segurança na administração de terapêutica;
- (iv) Garantia da confidencialidade dos dados e registos do doente;
- (v) Observação e participação nas actividades de gestão dos recursos humanos e materiais desenvolvidas pela Enf.<sup>a</sup> Coordenadora, de forma a contribuir para uma maior rentabilização dos mesmos na área da prestação de cuidados;
- (vi) Identificação das necessidades de material no serviço e da sua adequada reposição;
- (vii) Colaboração com o Enf.<sup>o</sup> responsável de turno/Tutor na realização de tarefas, auxiliando na liderança de equipas especializadas.

De acordo com o disposto no nº2 do Artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), apesar de se reconhecer a centralidade da clínica na Enfermagem, outras áreas tal como a gestão apresenta-se como fundamental no desenvolvimento da profissão.

O *International Council of Nurses* (ICN) atribui aos Enfermeiros a responsabilidade de desempenhar um papel activo na qualidade dos cuidados (BAUMANN, 2007).

Ao longo deste Estágio **adoptei para a minha prática esse papel activo e uma postura crítica perante os cuidados prestados e as acções realizadas.**

As primeiras semanas de Estágio permitiram-me adquirir uma visão global dos cuidados prestados em CI e das **possíveis necessidades de melhoria em termos de qualidade**, pelo que nas semanas seguintes foi meu propósito **identificar problemas no âmbito da Especialização e desenvolver soluções nesse sentido.**

Um dos meus contributos específicos ao nível da EMC, e consequentemente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCIP, consubstanciou-se ao nível do apoio proporcionado ao doente/família para superar o internamento como mais uma fase de transição no seu processo de saúde/doença e da proposta de solução para as dificuldades que encontrei, no seio da equipa multidisciplinar, em memorizar a sequência de acções preconizadas pelo algoritmo de actuação perante a Fibrilhação Ventricular (FV) e a Taquicardia Ventricular sem pulso (TVsp). Ao nível do equilíbrio sensorial dos doentes internados também

deixei o meu contributo, que veio **dar visibilidade à importância do papel do Enf.º com EEMC ao nível da prevenção de complicações, da promoção do bem-estar do doente e da sua readaptação funcional**, o mais precocemente possível após a alta da UCI.

Todas as propostas de solução para colmatar essas lacunas encontradas serão devidamente abordadas no objectivo 8 deste capítulo.

Para a realização de técnicas como a inserção de cateter arterial e cateter venoso central constatei que a existência de kits já com todo o material compilado facilitaria em termos de redução de tempo na concretização das mesmas. Fiz a proposta de realização dos kits, não sendo possível colocar em prática pelo facto da Enf.ª Coordenadora já ter efectuado esse pedido ao Armazém, encontrando-se neste momento a aguardar o seu parecer.

Em termos gerais, verifiquei que a equipa multidisciplinar pauta a sua prática pelo espírito de actualização permanente tendo em vista a qualidade dos cuidados que se repercute tanto ao nível das condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde como ao nível da qualidade dos cuidados que são prestados ao doente e família.

Ainda na opinião de BAUMANN (2007) “um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática”. A este nível, também procurei intervir como um dos responsáveis directos pela criação e manutenção de um ambiente seguro e terapêutico para o doente, respeitando as suas necessidades e gerindo o risco.

De facto, na UCIP constatei que são os Enfermeiros, presentes 24h junto do doente, que previnem e detectam erros e são, muitas vezes, os mediadores do doente procurando a todo o custo reunir esforços, com vista a assegurar a segurança do doente durante os cuidados prestados. A este propósito BENNER (2001:165) chega mesmo a considerar o Enf.º como uma “válvula de segurança, de modo a assegurar, sem perigo, os cuidados médicos e de enfermagem”, visível em pequenos actos tais como a liberdade de decisão ao colocar em prática determinada prescrição médica.

A mesma autora ilustra esta capacidade de gestão do risco para o doente com o exemplo da falta de sono dos doentes em UCI, constituindo um problema que muitas vezes se sobrepõe aos problemas provocados pelo atraso ou não aplicação de um tratamento. Neste sentido, facilmente se compreende que o Enf.º tem um papel preponderante na agilização das melhores soluções para o doente.

**Esta filosofia de cuidados voltada para a segurança do doente, foi sempre a que adoptei na minha prática em todos os aspectos do cuidar, relacionados com os códigos ético e deontológico inerentes ao exercício da profissão e com a gestão do risco** que incluem a adopção de uma postura de discrição, respeito e sigilo profissional, o controlo da infecção, a utilização segura dos medicamentos, a segurança do equipamento, a prática clínica segura, o controlo das úlceras de pressão, a prevenção das quedas, a prevenção das infecções nosocomiais e a aquisição de uma base de conhecimentos actualizados em termos da manutenção da segurança do doente e família.

Segundo CRUZ (2008) citando Carrol (2005) o Enf.º encontra-se numa posição privilegiada para detectar erros e processos que não são seguros para o doente e, concomitantemente prevenir as suas ocorrências.

Ao nível de outro âmbito da gestão, observei e **participei na gestão dos recursos humanos e materiais** realizada pela Enf.ª Coordenadora, de modo a contribuir para uma maior rentabilização dos mesmos na área da prestação de cuidados.

Em termos da gestão de recursos humanos colaborei na realização do horário do mês de Junho de Enfermeiros e assistentes operacionais e na realização dos ajustes do horário do mês de Maio, com as trocas que foram efectuadas, dispensas assim como o pagamento de horas extras, através do programa informático “Gestão de Escalas”. Verifiquei ainda como é efectuada a escala de distribuição de pessoal de enfermagem e assistentes operacionais.

Aparentemente um procedimento simples, verifiquei que apesar do programa facilitar a realização do horário, tem de existir por parte da Enf.ª Coordenadora uma grande capacidade de compatibilizar e otimizar a interacção entre os objectivos organizacionais e pessoais dos elementos da equipa, como sendo as escalas de férias, integração de novos elementos, horário de amamentação, descansos semanais, formações em serviço, orientações tutoriais, pedidos pessoais ocasionais, número excessivo de elementos novos por turno, entre outros.

Por seu turno, a gestão de materiais diz respeito ao sistema que ordena as actividades relacionadas com a gestão e o controlo de produtos, serviços e equipamento, desde a aquisição até à sua utilização (FREDERICO e LEITÃO, 1999).

O sistema de distribuição de materiais adoptado pela UCIP é o tradicional que é da competência da Enf.ª Coordenadora. Colaborei no preenchimento das requisições de farmácia e de aprovisionamento, que são entregues nos respectivos serviços, e no acondicionamento e arrumação do material e medicamentos fornecidos. Nos turnos realizados na área da gestão participei activamente no registo e contabilização de antibióticos, estupefacientes e albuminas.

O contacto com a área da gestão revelou-se de grande utilidade para a tomada de consciência acerca dos custos dos materiais, da responsabilidade na economização dos recursos disponíveis e da optimização do funcionamento de todo o equipamento e utilização do material e medicação necessários de acordo com a finalidade a que se destinam.

Relativamente à organização dos materiais verifiquei que estes se encontram acondicionados correctamente, segundo o que as normas de Controlo de Infecção recomendam e de acordo com as necessidades da UCIP, o que permite uma resposta rápida e eficaz por parte da equipa de enfermagem.

Durante as 21 horas concretizadas na área da gestão **colaborei na realização da gestão dos cuidados e zelei pela qualidade dos cuidados prestados na área de EEMC.**

**Objectivo Geral 3: Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.**

**Objectivo Específico 5:** Prestar cuidados de enfermagem especializados na área de EEMC ao doente/família em situações de crise ou de risco, de forma global e personalizada, desenvolvendo competências relacionais, técnicas e científicas.

**Actividades:**

- (i) Actuação em conformidade com os conhecimentos apreendidos e aprofundados na área de EEMC e as normas preconizadas no seio da equipa multidisciplinar;
- (ii) Identificação do método de trabalho da equipa de enfermagem;
- (iii) Admissão, acolhimento e integração adequados ao doente e família no serviço;
- (iv) Colheita de dados de forma objectiva, através da observação, entrevista e consulta do processo clínico individual, identificando as necessidades do doente/família;
- (v) Análise e interpretação da informação recolhida;
- (vi) Planeamento/Reformulação dos cuidados a prestar em função das necessidades identificadas, envolvendo o doente/família nos cuidados, gerindo eficazmente o tempo e estabelecendo prioridades e objectivos;
- (vii) Realização de ensinamentos oportunos e adequados, de acordo com as necessidades do doente/família;
- (viii) Avaliação da eficácia das intervenções realizadas e dos resultados obtidos tendo em vista a concretização dos objectivos previamente estabelecidos;
- (ix) Promoção de uma correcta continuidade dos cuidados, colaborando com a equipa em todas as actividades e identificando os cuidados de enfermagem que necessitam de continuidade após a alta/transferência.

Durante o Estágio demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada no seio da equipa multidisciplinar e interdisciplinar, utilizando o método individual de trabalho, ficando responsável pela prestação de todos os cuidados ao doente crítico, de forma global e personalizada, o que me permitiu rentabilizar ao máximo o tempo disponível no sentido de desenvolver e adquirir competências relacionais, técnicas e científicas na área de EEMC.

Essa responsabilização possibilitou-me a tomada de consciência, o desenvolvimento do processo de enfermagem e a reflexão crítica sobre as necessidades, os cuidados e as intervenções de enfermagem ao doente crítico, de modo a dar-lhes uma resposta atempada e eficaz.

Deste modo, compreendi e realizei a admissão, o acolhimento e a integração adequados ao doente e família na unidade, essencialmente do foro médico e cirúrgico e politraumatizados, colocando em prática o processo de cuidados de enfermagem e providenciando a alta/transferência do doente para outro serviço hospitalar, com todos os procedimentos inerentes à mesma.

Acidentes vasculares cerebrais (AVC's), pneumonias da comunidade e choques cardiogénicos foram os diagnósticos mais comuns ao nível dos doentes de foro médico. Ao nível cirúrgico, o tipo de situações mais frequentes foram doentes vítimas de choque séptico,

isquemia da mesentérica, neoplasias maioritariamente abdominais, baleados e oclusões intestinais. A nível de politraumatizados acompanhei, essencialmente, doentes vítimas de atropelamento, acidentes de viação e acidentes de trabalho.

Na opinião de URDEN [et al.] (2008), no momento em que o doente chega ao serviço tudo é providenciado no sentido de o acolher da melhor forma possível, com o intuito de minimizar o impacto causado pela admissão numa UCI, que é geralmente um acontecimento inesperado na vida do doente e família e passível de lhes provocar uma resposta de stresse.

Os critérios de admissão na UCIP estão determinados, sendo os principais a intoxicação grave, a falência respiratória, a falência hemodinâmica, o pós-operatório e o politraumatizado não neurocirúrgico, quando complicado por uma dessas situações descritas anteriormente.

A proveniência dos doentes, faz-se através do SU e/ou por transferência de outros serviços do Hospital, assim como do exterior à instituição hospitalar. A admissão do doente na unidade é sempre única e exclusivamente da responsabilidade do médico de serviço, devendo transmitir sempre essa informação à equipa de enfermagem. Cabe ao Enf.º responsável de turno a verificação e a preparação da unidade, e ao Enf.º, que irá receber e ficar responsável pelo doente, a sua recepção.

Quando da admissão do doente tomei conhecimento do seu motivo de internamento e do seu grau de estabilidade/instabilidade; monitorizei o doente; avaliei a funcionalidade dos acessos venosos; iniciei a terapêutica prescrita; iniciei a folha de registos; efectuei a folha de avaliação inicial do doente; identifiquei o nível ou mudei as perfusões em curso e todas as drenagens, a fim de melhor contabilizar o balanço hídrico; mudei todos os sistemas de soros e o debitómetro; realizei uma observação física cuidada do doente; colaborei com o médico na execução de procedimentos técnicos tais como a inserção de cateter arterial, cateter central e entubação endotraqueal.

Quando o doente se encontrava consciente realizei uma breve integração ao serviço, utilizando informações básicas acerca da funcionalidade do mesmo e do que lhe iria acontecer em termos de cuidados prestados para que a alta fosse uma meta a atingir o mais rapidamente possível. O simples facto das explicações serem dadas de forma clara e de nenhum dos problemas apresentado pelo doente ser subestimado, fá-lo sentir que o seu valor como pessoa será respeitado.

A realização da colheita de dados objectiva, imprescindível à identificação dos problemas do doente em situações de crise ou de risco, foi uma das actividades que realizei com sucesso e que fui aperfeiçoando através da observação, da entrevista e da consulta do processo clínico individual, identificando as necessidades do doente/família e, muitas vezes, antecipando-as graças ao “olho clínico” que fui adquirindo pela experiência no SU. Conhecendo os protocolos do serviço, pude enriquecer o meu processo de aprendizagem e analisar e interpretar, mais facilmente, a informação colhida.

Desta forma, os cuidados foram sempre prestados tendo em conta as necessidades identificadas, envolvendo o doente e a família, procurando gerir o tempo e estabelecer

prioridades de actuação e objectivos, com as necessárias reformulações do planeamento de cuidados sempre que ocorreu deterioração do estado do doente.

Aquando da prestação de qualquer cuidado de enfermagem, procurei informar o doente, independentemente do seu nível de consciência, acerca de todos os procedimentos a que ia ser submetido, o que considero ser uma prática importante para lhe reduzir a ansiedade.

Ainda a este respeito, penso que é fulcral avaliar o nível de conhecimento do doente na tentativa de adequar as nossas intervenções às suas limitações. Constatei que ainda existe muito desconhecimento por parte das pessoas acerca dos termos relacionados com a saúde, pelo que **comuniquei com o doente aspectos complexos**, adequando a linguagem e confirmando se a informação foi correctamente compreendida, no sentido de aumentar a qualidade dos cuidados prestados e a taxa de adesão à realização dos tratamentos prescritos.

Ao longo do Estágio, tive oportunidade de realizar ensinamentos, tendo constatado que a eficácia de muitos dos procedimentos realizados depende necessariamente da colaboração do doente e que por esse motivo não podem ser dispensados. É o caso do desmame ventilatório, do posicionamento dos membros para permitir uma correcta funcionalidade dos cateteres e a expectoração de secreções, entre outros procedimentos.

Quando se procedeu à transferência do doente para qualquer outra unidade de internamento dentro ou fora da instituição, procedi ao preenchimento da folha de registo de transferência destinada para esse efeito, da qual constam os principais cuidados de enfermagem que necessitam de continuidade após a alta/transferência.

Assim, através de um processo de aprendizagem activo **assimilei o processo de cuidados de enfermagem com os seus quatro passos fundamentais – identificação, planeamento, execução e avaliação – tendo em vista uma prestação de cuidados especializados na área de EEMC e o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.**

**Objectivo Específico 6:** Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico perante situações imprevistas e complexas e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica/multiorgânica, no âmbito da área de EEMC.

**Actividades:**

- (i) Identificação precoce de focos de instabilidade do doente;
- (ii) Definição de prioridades de intervenção no atendimento do doente com instabilidade hemodinâmica;
- (iii) Actuação perante focos de instabilidade e situações clínicas inesperadas;
- (iv) Prestação de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao doente crítico;
- (v) Colaboração na abordagem inicial e estabilização do doente crítico;
- (vi) Actuação de acordo com os algoritmos de SBV e SAV;
- (vii) Diagnóstico precoce de complicações sugestivas de instabilidade hemodinâmica;
- (viii) Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos.

Antes de iniciar o Estágio, era já comum na minha prática diária o contacto com doentes com instabilidade hemodinâmica e a actuação precoce baseada nos algoritmos de SBV e SAV, porém, quase sempre, desprovidos da presença simultânea de suporte vasopressor, ventilação mecânica, monitorização com cateter arterial e central, entre outros dispositivos de monitorização.

O manancial de técnicas invasivas utilizado na unidade, com o objectivo de promover a oxigenação celular e reverter a instabilidade do doente, exigiu da minha parte o **agilizar de cuidados técnicos de alta complexidade no sentido de prestar cuidados ao doente crítico ao seu mais alto nível.**

Durante o Estágio acompanhei doentes com elevados níveis de instabilidade, principalmente numa fase inicial do seu internamento.

A este nível não posso deixar de salientar a importância do Enf.º Especialista nesta unidade que é, grande parte das vezes, o primeiro a **detectar os sinais de instabilidade do doente, definindo prioridades de intervenção e actuando perante focos de instabilidade e situações clínicas inesperadas** até a chegada do médico.

Actualmente, e de acordo com a ideologia de BENNER (2001), o diagnóstico e a vigilância do doente e os tratamentos altamente sofisticados permitem margens de segurança cada vez mais estreitas e o Enf.º, capaz de detectar sinais de alarme precoces, representa um elemento fundamental numa UCI e mais em serviços onde os aparelhos de precisão nem sempre são usados.

Perante estados de hipotensão e de bradicardia extremos de instalação súbita, os quais exigem um rápido ajustar das doses de medicação vasopressora, intervi de forma apropriada, inicialmente com o apoio do Tutor, avaliando e mobilizando os meios necessários à sua resolução. **Essas situações imprevistas e complexas contribuíram para a aquisição das competências necessárias para a detecção e resolução precoces dos problemas representativos de alto risco para o doente, na área de EEMC.**

De acordo com o Modelo de Desenvolvimento Profissional proposto pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2009:11) a competência define-se “a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”. Este aspecto verifica-se por exemplo na capacidade de decisão em termos de aplicação de prescrições médicas. Espera-se que o Enf.º se aperceba “do que é necessário fazer para prestar ao paciente os melhores cuidados, mais do que simplesmente seguir à risca as prescrições médicas, mesmo que essa atitude possa causar problemas” (BENNER, 2001:165).

Na UCIP, tanto os 5 Enfermeiros Especialistas, bem como a maioria dos Enfermeiros Generalistas, detêm um nível de competências condizente com o título de perito que na perspectiva de BENNER (2001:58), se trata de um profissional com grande experiência, que compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende “directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

Os saberes que adquiri com esta equipa exemplar, permitiram-me **adquirir uma consciência mais crítica para os problemas da prática profissional, adequando as minhas intervenções às situações específicas e analisando os factores que contribuíram para os resultados alcançados através da avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e respectivos registos.**

**Objectivo Específico 7:** Desenvolver competências comunicacionais, na sua vertente essencialmente terapêutica e relacional, com o doente crítico e família.

**Actividades:**

- (i) Domínio de técnicas de comunicação verbal e não verbal perante o doente/família em situação crítica;
- (ii) Adaptação das formas de comunicação à complexidade do estado de saúde do doente em situação crítica;
- (iii) Incentivo da família a comunicar com o doente, independentemente do seu estado de consciência;
- (iv) Presença junto dos familiares em situações de eminência ou ocorrência de morte, ajudando na gestão de sentimentos de ansiedade, de medo e processos de morte e luto.

Comunicar, segundo GONÇALVES (2010:18) “faz parte de algo intrínseco ao Homem, em si mesmo e no seu processo de socialização, assumindo-se mesmo como uma necessidade humana”.

FERNANDES [et al.] (2009:49) entendem que a Enfermagem é a arte e a ciência do cuidar e que “comunicar é uma arte intrínseca à profissão de Enfermagem”. A comunicação constitui um importante instrumento no processo de cuidar em Enfermagem e ao Enf.º é, cada vez mais, exigido o desenvolvimento de competências comunicacionais, verbais e não verbais, de forma a permitir uma interacção com o doente.

Nas UCI's existem muitos doentes com a expressão verbal afectada devido a barreiras comunicacionais tais como entubação endotraqueal, traqueostomia, estados comatosos, entre outros, tornando a comunicação não verbal um meio de comunicação fulcral.

Com os doentes que se encontravam ventilados, e com os quais contactei ao longo deste período de Estágio, tive experiências muito enriquecedoras tanto ao nível pessoal, pela relação empática estabelecida, como ao nível profissional, **pelo desenvolvimento de estratégias criativas, tais como o projecto de intervenção desenvolvido, no sentido de colmatar as dificuldades de comunicação** a este tipo de doentes.

Recordo uma doente à qual foi realizado o desmame progressivo da sedação para conseqüente extubação e que se encontrava muito apelativa, fazendo esforços na tentativa de ser compreendida. A doente, ainda com o tubo orotraqueal, tentava gesticular qualquer mensagem com os lábios que eu não conseguia entender. Franzi as sobrelhas, repetia vezes sem conta, escrevia num papel mas, sem conseguir segurar firmemente na caneta, as

letras saíam imperceptíveis. Este foi um dos meus primeiros contactos com doentes ventilados e acordados, através do qual **demonstrei conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente.**

Ao pedir à doente que pronunciasse mais uma vez a mensagem, de forma lenta e pausada, consegui fazer a leitura dos seus lábios: “Tenho sede”. Ao verbalizar à doente estas duas palavras ela acenava com a cabeça e os seus olhos transmitiam satisfação e sensação de alívio por ter conseguido expressar-se. São situações como esta que nos mostram que, de facto, vale a pena continuar a marcar pela diferença e, como nos dizem FERNANDES [et al.] (2009), a valorizar os gestos que dão visibilidade à Enfermagem, empenhando-nos mais na humanização dos cuidados prestados e nas relações interpessoais.

No entender de URDEN [et al.] (2008), e partilhando da mesma opinião, um dos principais factores de stresse para o doente com uma via aérea artificial consiste no compromisso da comunicação devido à incapacidade em falar, às explicações insuficientes por parte dos profissionais de saúde, à compreensão inadequada, ao receio em não conseguir expressar-se e às dificuldades associadas à utilização de outros meios de comunicação que não a verbal.

Nestes termos, facilmente se entende a comunicação como “uma competência importante para o cuidar em Enfermagem, que se adquire na e pela prática”, e que envolve “o desenvolvimento de capacidades criativas, porque admite uma grande diversidade de formas de comunicar, até diríamos virtualmente inesgotáveis” (MACHADO e SÁ, 2006:34).

Relativamente aos doentes com alterações do estado de consciência, estes apresentavam diversos tipos de comportamento que variavam desde a agitação e confusão até à letargia, prostração e ausência de reactividade à estimulação verbal ou dolorosa, segundo o tipo e a localização das lesões que apresentavam.

Neste contexto, verifiquei que a comunicação verbal estabelecida com estes doentes, aparentemente inútil e incompreensível, suscitava com frequência pequenas, por vezes quase imperceptíveis, alterações no seu comportamento.

Nesta unidade, e apesar da falta de evidência científica conclusiva no que diz respeito ao grau de inconsciência dos doentes em coma e à ausência de feedback por parte dos mesmos, os profissionais de saúde tratam e cuidam como se estes os ouvissem e compreendessem.

Apesar das várias opiniões acerca do tema, existem relatos de casos de doentes em estado de coma profundo que referiram ouvir aqueles que os rodeavam. Adoptando esta linha de pensamento, procurei dirigir sempre ao doente, a quem prestava cuidados, algumas palavras recorrendo a frases simples, neutras, apelativas ou encorajadoras, localizá-lo no tempo e no espaço, explicar-lhe todos os cuidados prestados e interagir com ele, mesmo quando a sua resposta se resumia a um olhar obnubilado e distante.

De facto, as competências técnicas são de grande relevância para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, mas não de importância exclusiva. O mundo das relações, dos pequenos gestos não pode de modo algum ser esquecido e é ele que, muitas das vezes, faz a diferença no tipo de cuidados prestado.

O acordar do coma, foi também uma realidade assistida várias vezes ao longo do Estágio, que a meu ver é extremamente aflitivo para o doente. Como me dizia a Professora Susana Duarte do Curso de Licenciatura “Acordar do coma é como aterrar na Terra vindo de outro planeta”. Penso que estas palavras não poderiam caracterizar melhor a realidade a que assisti.

Independentemente do estado de consciência do doente, e atendendo às evidências científicas, sempre que possível incentivei a família a comunicar, incitando-a a fazer esforços para comunicar e estimular o doente durante o seu internamento na UCIP, tudo isto no sentido de prevenir a síndrome da UCI, da qual a falta de comunicação constitui uma das suas possíveis causas.

Penso que **a sensibilidade que o Enf.º Especialista possui relativamente aos problemas, receios e necessidades da família, o coloca numa posição de destaque para colmatar as suas necessidades psicológicas.**

A experiência de perda e de luto por um familiar constitui um momento de crise de desenvolvimento para os que lhe são mais próximos pelo que COSTA (2009) considera que nessas situações o centro dos cuidados de saúde deverá ser a família e que os profissionais de saúde devem adquirir formação académica específica no sentido de adquirir bases para prestar apoio adequado e ajudar na gestão de sentimentos de ansiedade, revolta e medo. DIAS (2010) alerta que para além do abalo familiar, a morte de um doente causa um grande impacto na identidade pessoal e profissional da equipa de saúde.

Neste âmbito, **este Estágio representou para o meu percurso profissional a solidificação das competências comunicacionais**, já adquiridas através da experiência profissional em SU, **com o recurso a outras técnicas de comunicação não verbal e com doentes com outro tipo de necessidades comunicacionais.**

**Objectivo Geral 4: Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.**

**Objectivo Específico 8:** Desenvolver actividades de formação, abordando um tema que se considere oportuno e pertinente no âmbito da EEMC.

**Actividades:**

- (i) Identificação das necessidades do serviço em termos de formação;
- (ii) Escolha de um tema pertinente e oportuno, solicitando a opinião da Enf.<sup>a</sup> Coordenadora, do Enf.º Tutor e da Professora Orientadora;
- (iii) Pesquisa bibliográfica e multimédia acerca do tema seleccionado;
- (iv) Elaboração do respectivo trabalho;
- (v) Apresentação do trabalho de forma clara, sucinta e sistematizada.

Depois de contactar com a equipa multidisciplinar e após a consulta das normas e protocolos existentes no serviço, rapidamente me apercebi que a formação não constituía uma necessidade daquela unidade. Trata-se de uma equipa muito jovem, com um nível de curiosidade intelectual bastante elevado e em constante processo de actualização de conhecimentos.

Porém, identifiquei necessidades de formação no que diz respeito à família, mais concretamente ao acolhimento da família na UCIP. Perante esse problema detectado, na área de EEMC, tomei iniciativa na sua solução e fui o mais criativa possível na sua interpretação e resolução.

Nos primeiros dias de Estágio deparei-me com uma situação que me despertou a atenção e me motivou no sentido de encontrar medidas de resolução para aquela situação/problema identificada. Tratava-se da mãe de um jovem, com idade na faixa etária dos 30 anos, com um AVC hemorrágico com mau prognóstico. A senhora visitava diariamente o filho sem pronunciar uma palavra, sem se aproximar dele, sem um contacto com a equipa e com um fâcies marcado pela angústia, sofrimento e desespero. Na passagem de turno, foi transmitida a informação de que aquele doente segundo a avaliação da neurologia estaria num estado de morte cerebral, prestes a serem suspensas todas as medidas terapêuticas.

Depois desta situação, senti a necessidade imediata de esclarecer algumas dúvidas. As entrevistas informais à equipa permitiram-me constatar que a família, quando realiza a primeira visita ao doente internado, apenas conversa com o médico de serviço a fim de adquirir informações pertinentes sobre a situação clínica do doente e o prognóstico previsível. Depois desse diálogo com o médico, a família entra na unidade, pela primeira vez, sem qualquer acompanhamento ou suporte informativo, deixada à mercê do impacto emocional que a própria unidade lhe pode acarretar.

Enquanto profissionais de saúde, MORRISON (2001:75) alerta-nos para não nos esquecermos de que “a chegada ao hospital e a adaptação às rotinas, enquanto se aguarda um futuro incerto, constitui uma experiência complicada e ansiogénica”. FONTES e FERREIRA (2009:36) acrescentam que este processo “acarreta uma sobrecarga emocional, tanto para o paciente como família”.

Ainda segundo MORRISON (2001), cabe ao Enf.º numa UCI prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao doente, mas também dar apoio, confortar e informar a família do doente. CÔRTE-REAL (2007:117) entende que o “internamento numa UCI é um acontecimento muito difícil e significativo na dinâmica familiar”. Daí a necessidade de um atendimento específico em que a família deve ser apoiada e implicada no processo de cuidar que na óptica de FONTES e FERREIRA (2009:34) tem como finalidade principal “contribuir para a excelência de cuidados nestas unidades”.

Para CÔRTE-REAL (2007) o contacto com o ambiente da UCI, sem a preparação e o acolhimento devidos, pode traduzir-se numa experiência muito difícil para a família, surgindo o medo de aproximação do doente, do receio em tocar ou mesmo em falar-lhe.

De facto, era o que acontecia com aquela mãe. Ao abordá-la questionei-a acerca dos seus medos perante aquela situação de internamento do filho, ao que a mesma me respondeu estar assustada e que o filho não sentia a sua presença. Perante isto, expliquei-lhe que aquela panóplia de equipamentos, cabos, monitores e fios tinham uma finalidade no tratamento do seu filho e perguntei-lhe se ela tinha tentado falar com ele, tocar-lhe e dizer-lhe que estava ali. Expliquei-lhe a importância da estimulação pela voz, pelo tacto e da existência de evidências científicas que nos dizem tal como FERNANDES [et al.] (2009:51) citando Saraiva (1999) “que a audição é talvez dos últimos sentidos a ser perdido”.

A partir daquela explicação, nas visitas seguintes, aquela mãe começou a aproximar-se do filho, tocava-lhe no braço e dizia-lhe que estava ali e que sabia que ele ia recuperar o seu estado de saúde. Dias mais tarde, o filho começou a pestanejar, abria os olhos. Observei o monitor e confirmei o que já tinha lido em bibliografia acerca dos efeitos do toque na diminuição da frequência cardíaca, tal como os estudos referidos por FERNANDES [et al.] (2009).

Senti-me útil ao estimular a comunicação com o doente e, tendo ou não alguma relação com a nova atitude daquela mãe perante o filho, passados dois dias quando voltei ao serviço o doente revelava melhoria do seu estado, mais reactividade, ausência de sinais de morte cerebral e uma nova tentativa de investimento por parte da equipa de neurologia.

CÔRTE-REAL (2007:118) considera que “não é suficiente permitir a entrada da família na unidade. É necessário prepará-la e acompanhá-la durante a visita, identificando e esclarecendo as suas dúvidas, observando as reacções e comportamentos e, especialmente, compreendendo os seus sentimentos”.

Ao conversar com o Tutor acerca daquela situação, ambos concordámos com o insuficiente apoio que a equipa de enfermagem proporciona à família, não pelo facto de ser insensível às suas necessidades, mas sim pela exigência do doente em estado crítico em termos de controlo e assistência ininterruptas, dificultando a disponibilidade de tempo por parte da equipa para apoiar a família. Convém salientar que a dimensão relacional e humana do cuidar não é considerada menos importante do que a prática tecnicista, mas é sim, muitas vezes, deixada para segundo plano, visto não colocar o doente em risco imediato de vida.

Nesta linha de pensamento, elaborei e implementei o “Guia de Acolhimento à Família na UCIP” (ANEXO II), com a autorização da Enf.<sup>a</sup> Coordenadora e da Directora Clínica, com uma linguagem acessível, de forma a transmitir que esta unidade não se trata de um lugar assustador, mas sim de um lugar onde se cuida do doente crítico. Penso que o facto da família compreender o contexto da UCIP, a sua dinâmica, funcionalidade e principalmente o seu propósito para a recuperação do doente, permite que o medo se desvaneça e que os cuidados aí prestados se centrem numa filosofia mais humanizante da Enfermagem.

Na actuação da equipa em contexto de Paragem Cardio-Respiratória (PCR) verifiquei alguma dificuldade em colocar em prática a sequência de acções instituídas pelo algoritmo de actuação da FV e da TVsp. Deste modo, sugeri a realização do poster “Algoritmo de actuação perante a FV e a TVsp” para colocar na unidade, de modo a permitir a sua rápida visualização

em caso de dúvida, o que resultou numa mais-valia na actuação da equipa perante situações de risco de vida imediato (ANEXO III).

No ambiente de uma UCI, o doente enfrenta sérias dificuldades em gerir o ambiente interno e externo, experimentando muitas vezes o desequilíbrio sensorial, tanto por privação como por sobrecarga.

Em CI, o Enf.º ocupa uma posição única e desempenha um papel crucial na gestão de um ambiente hospitalar cuidadosamente equilibrado e promotor duma boa saúde mental do doente.

Nesta unidade, a desorientação espaço-temporal dos doentes internados devido à privação sensorial a que estão sujeitos, foi outra das situações/problema que detectei. Com base na evidência científica existente e após a minha avaliação diagnóstica, desenvolvi e implementei um projecto de intervenção intitulado de “Prevenção da privação sensorial no doente internado na UCIP: orientação espaço-temporal” (ANEXO IV).

Para atingir este objectivo efectuei a colheita de dados acerca das necessidades sensoriais dos doentes internados, a pesquisa bibliográfica e multimédia acerca do tema, a construção de um relógio e calendário incorporados num só objecto que designei de “orientador espaço-temporal”, bem como a elaboração de uma planta da UCIP com a proposta de localização de cinco “orientadores espaço-temporais” de modo a que os onze doentes, que constituem a capacidade total da unidade, encontrassem um desses objectos no seu campo visual.

O projecto de intervenção desenvolvido veio dar visibilidade à importância do papel do Enf.º com EEMC ao nível da prevenção de complicações, da promoção do bem-estar do doente e da sua readaptação funcional, o mais precocemente possível, após a alta da UCI. Assim, o Enf.º deve intervir com o objectivo de controlar a estimulação ambiental e evitar situações extremas, como sejam a privação e a sobrecarga sensoriais. É ainda da sua área de competências o controlo da quantidade e do tipo de estímulos que afectam o doente dentro da unidade, bem como a manutenção de um nível de estimulação dentro dos limites toleráveis.

**Ao longo do Estágio, e tal como comprovo com os trabalhos acima enumerados, detectei os problemas de maior complexidade relacionados com a EEMC, desenvolvendo soluções de forma criativa, autónoma, sistemática e crítica, e deste modo promovi não só o desenvolvimento pessoal como também o dos colegas.**

## 2 – ESTÁGIO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

A emergência médica caracteriza-se por um conjunto de acções que, perante uma situação de emergência e na fase pré-hospitalar, devem decorrer na sequência Detecção, Alerta, Pré-socorro, Socorro, Transporte e por fim o Tratamento contemplado pela assistência hospitalar.

A APH enquadra-se nas fases do Socorro e Transporte da vítima, consistindo em todas as acções realizadas no local do incidente e adaptadas ao tipo, gravidade e número de vítimas. Depois da vítima estabilizada inicia-se o transporte da mesma, durante o qual são prestados os cuidados de saúde necessários, mantendo a comunicação com o CODU que encaminhará a vítima para a unidade mais adequada (MATEUS, 2007).

A presença do Enf.º na EPH é fundamental, uma vez que exerce funções com base em competências humanas, técnicas e científicas adequadas à prestação de cuidados ao doente crítico e família inseridos na comunidade.

A OE (2007:1,2) especifica as orientações para as intervenções do Enf.º no pré-hospitalar, tais como:

- “- Actuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;
- Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;
- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento”.

Pelo facto da EPH ser uma área particular e com características muito específicas onde reina a imprevisibilidade das situações, o Enf.º necessita de dar respostas imediatas às situações de emergência em condições de trabalho muitas vezes adversas, construindo julgamentos e estabelecendo prioridades baseadas na informação disponível.

Deste modo, o Enf.º na EPH deve ser um profissional motivado, seguro, emocionalmente equilibrado, qualificado e com iniciativa, espírito de equipa, responsabilidade, atitude, assim como criatividade perante situações inesperadas.

Este Módulo de Estágio concretizou-se, em horário de manhãs e tardes, com a realização de 180 horas distribuídas do seguinte modo: um turno de 12 horas na ambulância

de SBV de Ovar, oito turnos de 12 horas na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em Gondomar (5 turnos), Santo Tirso (2 turnos) e Vila do Conde (1 turno), dez turnos de 6 horas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da Feira, um turno de 6 horas no CODU Porto e 70 horas de orientação tutorial, perfazendo um total de 250 horas.

## 2.2 – DOS OBJECTIVOS DELINEADOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES E À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com as oportunidades e experiências vividas durante o Estágio e mediante a necessidade em ampliar e adequar os objectivos inicialmente propostos no Projecto de Estágio, consumei pequenas alterações aos mesmos, bem como em relação às actividades realizadas para a sua concretização.

Este Estágio permitiu-me desenvolver as actividades necessárias para a consecução dos objectivos gerais e específicos delineados, bem como adquirir competências na área de EEMC e identificar as situações/problema relevantes, implementando medidas de resolução, numa perspectiva profissional avançada de reflexão crítica na e sobre a prática.

**Objectivo Geral 1: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em Enfermagem.**

**Objectivo Específico 1:** Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço, bem como os recursos materiais, humanos e a metodologia de trabalho instituída.

### **Actividades:**

- (i) Realização de visita às instalações do INEM – CODU Porto, VMER e respectivas bases de ambulâncias SIV e SBV;
- (ii) Entrevistas de carácter formal/informal aos vários elementos da equipa para recolha de informação e esclarecimento de dúvidas sobre metodologia de trabalho, estrutura física, orgânica e funcional do Instituto, tipo de população, recursos físicos, humanos e materiais disponíveis, situações mais frequentes, especificidades dos vários meios de socorro (cuidados, equipamentos, instrumentos, materiais, procedimentos e técnicas);
- (iii) Identificação dos meios de socorro, medicalizados e não medicalizados, ao serviço do INEM – VMER, Helicópteros de Emergência Médica, ambulâncias de SBV, ambulâncias de SIV e Motas de Emergência Médica;
- (iv) Compreensão da articulação da equipa multidisciplinar e meios de comunicação controlados pelo CODU;

O INEM é definido pelo Artigo 1º da Lei Orgânica aprovada pelo Decreto-Lei nº 220/2007 de 29 de Maio como sendo “um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio”.

Este Instituto é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. As principais funções do INEM são a prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas até ao hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema (INEM, 2010).

Através do Número Europeu de Emergência 112, o INEM dispõe de vários meios de socorro, medicalizados e não medicalizados, para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica. Os primeiros são as VMER's e os Helicópteros de Emergência Médica. Os segundos são as ambulâncias de SBV, as ambulâncias de SIV e as Motas de Emergência Médica.

O Módulo III de Estágio foi realizado nas ambulâncias de SBV, nas ambulâncias de SIV, na VMER e no CODU Porto. Desta forma, pude conhecer a estrutura física, orgânica e funcional bem como os recursos materiais e humanos e a metodologia de trabalho instituída em cada um desses três meios de socorro e na Central de Emergência Médica, ao serviço do INEM.

Com o intuito de melhor caracterizar o campo de Estágio, elaborei uma caracterização mais aprofundada acerca dos vários locais onde decorreu o Estágio (ANEXO V).

Uma vez familiarizada e integrada na dinâmica das equipas dos diferentes meios de socorro, onde tive oportunidade de realizar este Estágio, consegui aprofundar os meus conhecimentos na área de EEMC, mais concretamente na área da EPH e adquirir uma visão muito mais pormenorizada e abrangente relativamente à estrutura física, orgânica e funcional do INEM.

**Objectivo Específico 2:** Integrar a equipa multidisciplinar de saúde e participar activamente nas actividades com dinamismo, responsabilidade e profissionalismo, desenvolvendo ao mesmo tempo o espírito de equipa e uma relação comunicacional e profissional adequadas.

**Actividades:**

- (i) Apresentação à Equipa Multidisciplinar;
- (ii) Diálogo informal para adaptação aos diferentes meios de socorro e à equipa multidisciplinar e para a obtenção de esclarecimentos e apoio nas dificuldades sentidas;
- (iii) Consulta e aplicação das normas e protocolos do INEM;
- (iv) Organização/planificação de actividades e estabelecimento de prioridades na acção;
- (v) Transmissão clara, concisa e objectiva de informação acerca dos doentes nas unidades hospitalares receptoras, na ficha de observação médica e na base de dados do INEM.

A integração consiste num processo sistemático orientado para a introdução estruturada e bem definida do elemento recém-chegado à instituição, a fim de facilitar, no mais curto

espaço de tempo, a sua adaptação para melhor atingir os objectivos pessoais e organizacionais (LOUREIRO, 2002).

O facto deste Módulo de Estágio ter sido realizado em mais do que um local permitiu-me, por um lado, adquirir uma panóplia de conhecimentos mais abrangente acerca do INEM, mas por outro, exigiu-me um maior empenho ao nível da integração e adaptação aos diferentes locais de estágio e às várias equipas, com as quais fui contactando diariamente.

Ao iniciar o Estágio, a emergência hospitalar não constituía uma realidade nova no meu percurso de aprendizagem, pela experiência que fui adquirindo ao longo de seis anos de profissão no SU, pelo corpo de conhecimentos adquirido durante o período teórico e teórico-prático do Curso e pela mais-valia que o Módulo II do Estágio me proporcionou.

Porém, a emergência no contexto pré-hospitalar constituía uma área por mim desconhecida e uma realidade acerca da qual sentia necessidade de explorar, no sentido de aperfeiçoar a prestação de cuidados especializados ao doente crítico nesse ambiente de trabalho, diferente do ambiente hospitalar, e dar continuidade à construção do meu perfil de competências como futura Enf.<sup>a</sup> com EEMC.

Segundo MATEUS (2007:33) citando Silva [et al.] (1979) a EPH consiste numa “nova concepção de determinados cuidados de saúde caracterizada por um conjunto de acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares e como tal pluridisciplinar, com a intervenção activa e dinâmica dos vários componentes duma comunidade, intervenção esta perfeitamente coordenada, de modo a possibilitar uma actuação rápida, eficaz e com economia de meios”.

A minha integração no seio da equipa multidisciplinar, incluindo TAE's, Enfermeiros, médicos e bombeiros, ocorreu sem dificuldades, assim como a interacção com as equipas pré-hospitalares e hospitalares. Senti o apoio por parte de todos os seus elementos, que me receberam de modo acolhedor, prestando sempre a colaboração solicitada e o esclarecimento das dúvidas surgidas, o que facilitou bastante a minha integração.

O facto de me permitirem actuar perante a vítima e colaborar em todos os procedimentos realizados, fez-me sentir como um elemento da equipa e não como mais um elemento. Com auto-confiança e vontade em aumentar o meu corpo de conhecimentos, empenhei-me e participei activamente nas actividades com dinamismo, responsabilidade e profissionalismo. **De modo autónomo e contínuo, mantive o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional e demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC.**

Segundo o REPE, as intervenções podem ser autónomas ou interdependentes. No contexto pré-hospitalar, o Conselho de Enfermagem enuncia no Parecer nº 84/2008 que “as intervenções interdependentes requerem acções previamente definidas por protocolos de actuação, algoritmos e/ou planos de acção, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções” (OE, 2008:1).

Nos primeiros dias de Estágio, ao observar atentamente a actuação das equipas perante as vítimas, senti necessidade de colocar questões e reflectir criticamente sobre os modos de

actuação e os procedimentos realizados, no sentido de interiorizar e compreender os protocolos enunciados pelo INEM.

Importa referir que as activações dos meios INEM, a que assisti, obedeceram a uma abordagem inicial sistemática e metódica, constituída pela Avaliação Primária (ABCDE) e Avaliação Secundária por segmentos da cabeça aos pés. Fiquei surpreendida com a sequência sistematizada de acções colocadas em prática perante as vítimas, exactamente como enunciam os manuais e os protocolos de actuação do INEM, respeitando as precauções universais e as normas de segurança no local da ocorrência e sem descurar que todo o indivíduo pode constituir um risco de infecção. **Desta forma, a reflexão autónoma sobre a teoria e a prática, incluindo as suas implicações éticas e sociais, promoveu o desenvolvimento pessoal e profissional.**

O INEM aprovou o conteúdo dos protocolos e recomenda a sua utilização como base de trabalho durante a actuação das equipas na fase pré-hospitalar. Esses protocolos regem o exercício da EPH, mais concretamente o exercício profissional do Enf.º no contexto pré-hospitalar, e definem um padrão mínimo e uniforme de abordagem das situações de emergência médica mais frequentes e graves. Servem, ainda, como um dos instrumentos a ser utilizado na avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, auditoria e auto-avaliação, numa perspectiva construtiva.

Apesar dos protocolos promoverem a uniformização de normas de actuação, é importante referir que os mesmos não podem ser interpretados como uma base estanque, mas sim como um guia, uma vez que não substituem o bom senso clínico e, ainda, porque nem todos os casos estão previstos nos mesmos. É crucial a monitorização contínua, a reavaliação do estado clínico do doente ao longo do acompanhamento e o enquadramento de cada situação no contexto da EPH. Em termos gerais, ao longo do Estágio verifiquei que a actuação da equipa, perante as situações ocorridas durante o turno, estava em conformidade com o que está protocolado pelo INEM, com os devidos ajustes a cada caso concreto.

Deste modo, indubitavelmente concluí a imprescindibilidade da intervenção do Enf.º na EPH, com o objectivo de “garantir, à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correcta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada” (OE, 2007:1).

No Parecer nº 84/2008, a OE (2008:2) salienta que a “identificação de alterações nas funções vitais, a decisão sobre as técnicas que visam a recuperação de funções vitais bem como a sua implementação revestem-se de uma elevada complexidade que requerem a melhor capacitação profissional” para a qual, atrevo-me a acrescentar, o Enf.º se encontra habilitado.

A meu entender, relativamente aos protocolos de actuação das ambulâncias de SIV seria pertinente a existência de um protocolo de actuação relativo à hipotermia e à hipertensão arterial. Segundo alguns elementos das equipas, os protocolos de actuação em vigor deverão

sofrer estas, entre mais algumas, reformulações quando se realizar a avaliação de desempenho do projecto SIV, ao fim de 3 anos da sua existência.

Durante a minha actuação perante a vítima, em contexto pré-hospitalar, utilizei a informação cedida pelos protocolos e considerei, sempre, as acções que necessitam de validação médica, sem deixar de a complementar **através do aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC e incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes encontrados em bibliografia recente e pertinente.**

Este Módulo de Estágio constituiu um momento de aprendizagem, caracterizado pela **partilha de saberes efectiva, com vista ao enriquecimento mútuo**, na medida em que, tanto eu como os elementos das várias equipas, procurámos transmitir os saberes adquiridos ao longo da prática profissional que faz parte da vivência pessoal de cada um. Assim, **desenvolvi as actividades de forma responsável, empenhada e dinâmica, assumindo os meus erros e reflectindo sobre as mesmas.**

A especificidade da EPH torna difícil a elaboração de planos de cuidados. No entanto, é evidente que a prestação de qualquer tipo de cuidados passa pela aplicação das quatro etapas do processo de cuidados que, no contexto pré-hospitalar, é realizado mentalmente e obedecendo a uma outra lógica de acordo com a linguagem dos denominadores A (Via Aérea), B (Ventilação), C (Circulação), D (Disfunção Neurológica) e E (Exposição), que regem os critérios de prioridade na emergência médica, seja qual for a situação em causa.

O processo de cuidados de enfermagem é colocado em prática através da colheita de dados e identificação dos problemas, planeamento, execução e avaliação dos cuidados em relação a cada um dos denominadores A, B, C, D e E, de acordo com uma abordagem inicial sistemática e metódica que consta da Avaliação Primária e uma Avaliação Secundária por segmentos, realizada posteriormente. A Avaliação Primária tem como objectivo principal identificar e corrigir situações que colocam a vida da vítima em risco e a Avaliação Secundária destina-se a identificar e corrigir o maior número possível de alterações, identificando as lesões não detectadas durante a avaliação primária (BLACKWELL, 2010).

A avaliação é um processo contínuo que deve ser sujeito a reavaliações frequentes durante a Avaliação Secundária, dada a possibilidade de se verificar uma deterioração do estado da vítima, implicando uma nova colheita de dados, a redefinição dos problemas detectados e o planeamento de novas intervenções.

Esta metodologia permite, durante a Avaliação Primária, garantir a identificação e resolução das situações potencialmente fatais e, durante a Avaliação Secundária, focar a atenção nas queixas da vítima e nas alterações entretanto encontradas, sem perder a noção do indivíduo como um todo.

Aquando da chegada das vítimas à unidade adequada, transmiti à equipa hospitalar as informações relevantes para garantir a continuidade dos cuidados prestados pela equipa pré-hospitalar.

A minha participação no preenchimento da ficha de observação médica e no registo de ocorrência, realizado *on-line* na base de dados do INEM, permitiu-me um maior envolvimento

nas discussões acerca da situação clínica e da pertinência dos cuidados prestados ao doente e família.

Através da minha prática diária pretendo contribuir para o reconhecimento social da profissão de Enfermagem que a meu entender, e citando a alínea c, Artigo 78º, Secção II do Código Deontológico do Enf.º, só será alcançado quando cada um de nós, Enfermeiros, apostar na “excelência do exercício na profissão”, que passa pela definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com esse propósito, a OE defende Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com o intuito de melhorar a qualidade do exercício profissional e, por conseguinte, a satisfação dos seus clientes, motivo pelo qual lança o alerta para a necessidade prioritária de serem implementados sistemas de qualidade em saúde. Nesta linha de pensamento, a pessoa deve ser considerada um projecto de saúde e não um mero doente e os cuidados de enfermagem devem contemplar os seus valores, crenças e diferenças individuais (DIVULGAR, 2002).

Para cada um dos meios de socorro, tracei como meta principal do meu papel, enquanto Enf.ª com EEMC, **obter ganhos em saúde e desenvolver a minha actividade profissional nesta área de especialização, numa perspectiva académica avançada que visa a prestação de cuidados com elevados padrões de qualidade e o desenvolvimento do pensamento em Enfermagem.**

**Objectivo Geral 2: Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC.**

**Objectivo Específico 3:** Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na assistência ao doente crítico em contexto pré-hospitalar.

**Actividades:**

- (i) Revisão dos conteúdos programáticos leccionados durante o Curso e pesquisar bibliografia considerada pertinente;
- (ii) Aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos específicos da APH no domínio das diferentes situações clínicas encontradas no Módulo de Estágio;
- (iii) Implementação de medidas de avaliação e controlo da dor;
- (iv) Prevenção e controlo de infecção perante o doente crítico, cumprindo os procedimentos de acordo com o que se preconiza pelo INEM e com as medidas padrão de prevenção e controlo de infecção;
- (v) Identificação de equipamentos, instrumentos e materiais específicos do INEM;
- (vi) Identificação dos fármacos mais utilizados;
- (vii) Observação e participação activa na prestação de cuidados gerais e específicos de enfermagem ao doente crítico em contexto pré-hospitalar.

Na realização deste Módulo foi meu propósito aprofundar os conhecimentos na área da EPH, tanto a nível teórico como a nível prático, de modo a assistir adequadamente o doente crítico. Assim, para a concretização deste objectivo considero relevante a minha experiência prévia para além do rol de conhecimentos que fui adquirindo durante o período teórico e teórico-prático do Curso. A realização dos cursos de SBV, SAV e Suporte Avançado de Trauma qualificaram-me para uma série de procedimentos tais como a entubação endotraqueal, a desfibrilhação, a administração de fármacos em emergência, a prática de algoritmos e protocolos de actuação, que me viriam a ser úteis nesta nova etapa profissional.

Com o espírito de aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos, específicos da área da EPH, senti necessidade em consultar os protocolos existentes, trocar informação com a equipa multidisciplinar, pesquisar bibliografia sobre questões pertinentes e dúvidas surgidas, observar atentamente as actuações da equipa e partilhar informação durante as reuniões com a Tutora e as orientações tutoriais com a Professora Lúcia Rocha e restantes colegas do Curso.

Sempre que surgiram dúvidas, questionei os profissionais de saúde relativamente aos protocolos de actuação, principalmente em relação aos procedimentos e medicação com necessidade de validação, que se mostraram disponíveis e empenhados no esclarecimento das dúvidas surgidas, criando um clima propício ao desenvolvimento contínuo de conhecimentos e da curiosidade intelectual.

O INEM encontra-se munido de tecnologia avançada e diferenciada, nomeadamente em termos de equipamentos, instrumentos e materiais. As ambulâncias de SIV e as VMER disponibilizam de agulhas intra-ósseas, seringa perfusora, monitor/desfibrilhador, ventilador, aspirador, equipamento de protecção individual, capnógrafo, laringoscópio, insuflador manual, colete de extracção, talas de madeira, máscara laríngea, tubos endotraqueais com e sem *cuff*, pinça de *Maguille*, cânulas orofaríngeas, maca pluma, maca de *coquille*, plano duro adulto e pediátrico, CPAP *boussignac*, kit de catástrofe, fármacos, entre outros.

Durante o meu percurso de Estágio, tive oportunidade de vivenciar inúmeras experiências ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, casos de doença súbita e trauma. Ao nível da doença súbita deparei-me com casos de PCR, obstrução da via aérea, dor lombar, doença psiquiátrica descompensada, dispneia, grávida em trabalho de parto, acidentes vasculares cerebrais, dor torácica, crise convulsiva, fibrilhação auricular, reacção alérgica medicamentosa e hipoglicemia. Ao nível das situações de trauma actuei em politraumatizados, vítimas de acidente de viação e queda em altura.

A diversidade de vítimas abordadas proporcionou-me experiências enriquecedoras, tanto pela sua gravidade clínica, como pela diversidade de acções realizadas ao nível da abordagem pré-hospitalar. Este Estágio permitiu-me **desenvolver competências ao nível do autocontrolo e equilíbrio emocional, da disposição para cumprir acções orientadas, do espírito de equipa e comunicação interpessoal, da destreza técnica e detecção de sinais de gravidade no doente crítico, em contexto pré-hospitalar.**

Outro aspecto relevante, que não posso deixar de mencionar, refere-se à **capacidade de improviso que desenvolvi para adequar da melhor forma possível as necessidades de actuação às condições existentes**. Senti a dificuldade em actuar num quarto minúsculo, gerindo o espaço de modo a avaliar a vítima e realizar manobras de SAV em situações de PCR. Para além disso, a ausência de uma mesa de apoio, a colocação de material no chão, a actuação em domicílios com péssimas condições, de limpeza e segurança, constituíram alguns dos aspectos dificultadores da manutenção de uma assepsia adequada.

A condução tipo defensiva constitui uma das competências do Enf.<sup>o</sup> na VMER que, a meu entender, exige destreza manual, concentração e capacidade de reacção extremas para colmatar as dificuldades surgidas até à chegada ao local onde a vítima se encontra - piso molhado, locais de difícil acesso, condutores com pouco civismo, informações erradas dos populares. Os locais para onde os meios são activados são, muitas vezes, locais de difícil identificação, locais em que a pessoa que activa o SIEM não sabe fornecer os pontos de referência chave ou locais que não constam dos mapas do *Global Positioning System*.

A administração de terapêutica prescrita é também uma das funções do Enf.<sup>o</sup> na EPH, “detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (REPE, Capítulo IV, Artigo 9, nº 4). FREITAS (2007) alerta-nos para a necessidade do Enf.<sup>o</sup>, em contexto de emergência, estar atento às prescrições verbais, bem como às escritas, para evitar expor o doente a riscos e danos decorrentes de distração e má interpretação, dado que a rapidez de actuação exigida conduz à imperfeição.

Na actuação da equipa pré-hospitalar, quando a vítima se encontra em risco eminente de morte torna-se de todo impossível o consentimento prévio do doente para determinados procedimentos. É nesta perspectiva, e sendo a EPH uma área de prestação de cuidados com uma lógica diferente das outras áreas, que FREITAS (2007) defende que todo o profissional de saúde deve pautar a sua conduta por uma ética profissional defensora da responsabilidade e reflexão acerca das suas acções. Na impossibilidade do consentimento informado do doente, juntamente com a equipa, **actuei seguindo uma conduta com vista a proteger a vida, evitar danos, aliviar o sofrimento e efectuar o meu dever com respeito pelos códigos ético e deontológico inerentes ao exercício da profissão**.

A sedação e a analgesia são aspectos extremamente importantes que não devem ser negligenciados na prestação de cuidados de EPH de qualidade. A dor é um dos problemas mais frequente, sendo a avaliação da dor uma componente vital dos cuidados pré-hospitalares a serem prestados ao doente crítico. Para assegurar o alívio da dor é necessária uma abordagem sistemática da mesma e a avaliação da sua intensidade é um processo complexo porque consiste numa experiência pessoal influenciada por aspectos emocionais, psicológicos, cognitivos, sociais e comportamentais.

No ambiente pré-hospitalar a escala mais utilizada, pela sua facilidade de utilização e aceitável fiabilidade, é a Escala Numérica (NRS - *Numeric Rating Scale*), que é aplicada

pedindo à vítima para quantificar a sua dor entre zero e dez, correspondendo o zero a não ter dores e o 10 à maior dor possível. Esta escala aplica-se a adultos, adolescentes e crianças, com mais de 6 anos de idade e no caso dos doentes inconscientes, não colaboradores ou com dificuldades cognitivas recorre-se à interpretação subjectiva das alterações fisiológicas e da sua resposta comportamental.

No que se refere ao desenvolvimento de procedimentos e técnicas, pude realizar a monitorização e interpretação electrocardiográfica e avaliação de sinais vitais, avaliação da glicemia capilar, avaliação da saturação de oxigénio, cateterização venosa periférica, preparação e administração de terapêutica e fluidoterapia, oxigenioterapia, permeabilização da via aérea, avaliação do nível de consciência usando a Escala de coma de *Glasgow*, realização de pensos simples oclusivos, mobilização/imobilização do politraumatizado com aplicação de plano duro, colar cervical, estabilizadores laterais da cabeça com fitas de fixação, colocação dos cintos de imobilização e cinto “aranha”, técnicas de imobilização (rolamento, levantamento, maca pluma), manutenção do alinhamento corporal correcto, colocação de tubo de *Guedel*, manuseamento do monitor/desfibrilhador e manobras de SAV de acordo com o algoritmo.

Todos estes procedimentos e técnicas não constituíram uma novidade no meu processo de aprendizagem, porém a sua prática num ambiente marcado pela imprevisibilidade de actuação, pela instabilidade constante do estado clínico das vítimas e pelo tempo mínimo disponível **permitiu-me o aumento da destreza e da rapidez de actuação perante as situações, bem como a aquisição de competências, conhecimentos e consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente crítico na área da EPH.**

Na realização de todos estes procedimentos, gostaria de referir que utilizei os conhecimentos teóricos e práticos correspondentes aos cuidados a prestar, tendo o cuidado de respeitar as regras de higiene e assepsia, de forma a responder de modo eficaz na prevenção e controlo de infecção perante o doente crítico.

MORAES (2007) relembra-nos que a infecção continua a ser a causa mais frequente das doenças humanas, mesmo nos países desenvolvidos. Os profissionais de saúde são um dos elementos fulcrais na minimização dos riscos de infecção, mesmo nas circunstâncias mais adversas. A respeito dos riscos ocupacionais, o mesmo autor refere que à medida que a urgência das intervenções aumenta, a adesão dos profissionais à assepsia e às precauções padrão tende a diminuir.

Relativamente ao risco de infecção associada às múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica colocadas em prática no doente crítico, tive oportunidade de verificar que, no contexto pré-hospitalar, existe por parte das equipas especial atenção no que respeita ao controlo de infecção, nomeadamente na manutenção da técnica asséptica no manuseamento de cateteres, na administração de terapêutica endovenosa, na limpeza e desinfecção do equipamento utilizado e da área de cuidados ao doente dentro da ambulância. Verifiquei um especial cuidado em adoptar as precauções básicas como a lavagem e a desinfecção das mãos, a prevenção de acidentes com corto-perfurantes e o calçar as luvas de

protecção, já no início do percurso a caminho da vítima para economizar tempo e evitar o seu esquecimento.

Na EPH, o factor tempo constitui uma necessidade permanente e é muitas vezes determinante para o sucesso da actuação perante o doente crítico. Na VMER assim como na ambulância de SIV, a preparação prévia de um soro purgado com sistema de administração com torneira, constitui uma prática diária implementada com o intuito de economizar tempo aquando da cateterização venosa periférica nas emergências pré-hospitalares.

O facto das ambulâncias e das viaturas médicas serem móveis e estarem em manipulação constante, sujeitas às diferenças climatéricas, com condições higiénicas inferiores às do meio hospitalar, pode suscitar dúvidas acerca da esterilidade desses soros antecipadamente purgados.

Num estudo realizado por CARRASCO [et al.] (2008), com o objectivo de determinar quanto tempo se poderiam manter as condições óptimas para o uso de soros purgados, não foram encontradas evidências de que o soro recém purgado fosse diferente, do ponto de vista estéril, dos soros expostos durante 24, 48 ou 72 horas, apenas triplicando o risco de colonização. Assim, este estudo veio concluir que se poderiam utilizar soros previamente purgados, garantindo uma esterilidade idêntica aos recém purgados. O mesmo autor aponta a redução de tempo na administração de terapia intravenosa e a melhoria das condições de higiene em que se preparam os soros como os motivos justificativos para esta prática diária.

De acordo com as Recomendações de Categoria IA para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares, os sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, devem ser substituídos com uma frequência não superior às 72 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Dada a frequência de activações dos meios INEM, este prazo raramente corre o risco de ser ultrapassado.

Tomando como linha orientadora as directrizes dos protocolos de actuação do INEM, reguladores da prática pré-hospitalar, procurei basear sempre o atendimento ao doente na avaliação concreta do mesmo, procurando **desenvolver uma prática baseada na evidência científica, em conformidade com os conhecimentos apreendidos e aprofundados na minha área de especialização e incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes.**

**Objectivo Específico 4:** Aprofundar conhecimentos acerca da abordagem ao doente crítico em contexto pré-hospitalar, desde a activação do SIEM até ao encaminhamento do doente crítico.

**Actividades:**

- (i) Identificação do processo de activação do SIEM;
- (ii) Reconhecimento de cada uma das 6 fases do SIEM;
- (iii) Identificação de cada um dos 4 elos da cadeia de sobrevivência;
- (iv) Observação do funcionamento e dinâmica do CODU;

- (v) Colaboração com a equipa de EPH na abordagem ao doente vítima de doença crítica e/ou trauma;
- (vi) Colaboração na estabilização e transporte das vítimas ao Hospital.

Em Portugal, o sistema de emergência médica foi criado em 1965 com a implementação em Lisboa do primeiro número único de socorro, o 115. Este sistema funcionava com ambulâncias tripuladas por elementos da Polícia de Segurança Pública, fazendo o transporte de sinistrados resultantes de situações ocorridas na via pública (MATEUS, 2007).

A mesma autora refere que o INEM, criado na década de 80, substituiu o Serviço Nacional de Ambulâncias, com a função de apoiar e coordenar as actividades na área da emergência médica, dando origem à medicalização do sistema através do atendimento das chamadas de socorro, bem como do envio de um médico ao local da ocorrência. O INEM coordena, desenvolve e assegura o bom funcionamento do SIEM.

Na sua organização, o INEM possui um conjunto de estruturas internas que permitem fornecer apoio médico e enviar meios de socorro - VMER, ambulância de SIV, ambulância de SBV, mota de emergência, helicóptero, veículos de intervenção em catástrofe - com o objectivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou de doença súbita (INEM, 2010).

Portugal possui, desde 1981, um SIEM, graças à fundação do INEM, que constitui o seu organismo regulador e o responsável por coordenar o seu funcionamento, no território de Portugal Continental (MATEUS, 2007).

A Lei Orgânica do INEM, decretada pelo Decreto-Lei nº 220/2007 de 29 de Maio, entende por SIEM “o conjunto de acções coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção activa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma actuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica”.

Pode concluir-se que o SIEM é um conjunto de meios e acções que visa uma resposta atempada a qualquer ocorrência em que exista risco de vida e é composto pelas seis fases, representadas pela Estrela da Vida (símbolo da Emergência Médica): Detecção de uma situação em que é necessário socorro; Alerta através do contacto de meios de socorro; Pré-socorro, um conjunto de gestos simples que podem ser concretizados até à chegada do socorro; Socorro no local da ocorrência com o objectivo de melhorar o estado da vítima ou evitar que este se agrave; cuidados durante o Transporte, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo à vítima a continuação de cuidados; transferência e Tratamento definitivo para a unidade de saúde adequada permitindo a continuação do tratamento iniciado no local da ocorrência.

A doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo. Na Europa, a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes em idades inferiores a 75 anos. De acordo com o *European Resuscitation Council* (ERC) (2010) a morte súbita é responsável por mais de 60% das mortes do adulto por doença coronária.

Na PCR pré-hospitalar por FV, “o início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivência” (ERC, 2010:17). Por este motivo, a identificação da PCR e o início dos procedimentos de emergência, adequados para a situação, tornam-se fundamentais para minimizar a perda de vidas humanas.

À luz dos conhecimentos actuais, consideram-se quatro as atitudes ou elos que determinam o resultado no socorro à vítima de PCR: reconhecimento precoce e pedido de ajuda, SBV precoce, desfibrilhação precoce e cuidados pós-reanimação (INEM, 2010).

O INEM (2010) define que estes procedimentos se sucedem de modo encadeado e constituem uma cadeia de atitudes denominada de cadeia de sobrevivência, em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. Assim, o funcionamento adequado de cada elo e a articulação eficaz entre os vários elos é fulcral para salvar a vítima de PCR.

De acordo com o Conselho Português de Ressuscitação (CPR) (2006) o conceito de cadeia de sobrevivência relembra que, como qualquer corrente, a sua resistência é a do elo mais fraco. Todos os elos têm igual importância, sendo que o resultado final está dependente da eficácia de cada um deles.

De acordo com o INEM (2010), no primeiro elo da cadeia de sobrevivência, o reconhecimento da situação de PCR é fundamental e o pedido de ajuda deve ser feito através do número europeu de socorro 112, o qual dá acesso a uma central de emergência. A chamada é transferida para o CODU, onde operadores treinados colhem informação para definir o meio de socorro mais adequado, garantindo a prestação de cuidados adequados à situação clínica.

O pedido de socorro deve seguir algumas recomendações: manter a calma, informar correctamente o local onde se encontra, indicar o número de telefone a partir do qual se está a ligar, descrever correctamente qual a situação e responder às perguntas que a central de emergência coloca, respeitar as indicações dadas, desligar o telefone somente quando a central de emergência indicar.

O SBV precoce constitui o segundo elo da cadeia e consiste no conjunto de manobras que visam a manutenção da vida sem recurso a equipamento específico, manobras essas que terão maior eficácia quanto mais precocemente forem iniciadas. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivência (INEM, 2010).

A desfibrilhação precoce, terceiro elo da cadeia, nos 3-5 minutos que se seguem ao colapso por PCR por FV permite sobrevivências da ordem dos 49-75%. Por cada minuto de atraso na desfibrilhação a probabilidade de sobrevivência, à data da alta hospitalar, reduz-se em 10-12% (ERC, 2010).

O último elo da cadeia de sobrevivência refere-se aos cuidados pós-reanimação eficazes, ou seja, à preservação das funções em particular a cerebral e a cardíaca. A importância dos tratamentos na fase pós-reanimação tem sido progressivamente reconhecida (INEM, 2010).

Em 1987, o INEM criou o CODU, possibilitando a medicalização do atendimento, a triagem telefónica, o aconselhamento médico e o accionamento dos meios adequados para o local da ocorrência (MATEUS, 2007).

O CODU é descrito pelo INEM (2010) como sendo uma Central de Emergência Médica para onde são encaminhados os pedidos da área da saúde, recebidos através do número europeu de socorro – 112.

O INEM possui quatro CODU's em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. O seu funcionamento é assegurado em permanência por médicos e operadores de central com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento de pré-socorro e selecção, accionamento e acompanhamento dos meios de socorro, preparando a recepção hospitalar dos doentes para a unidade de saúde mais adequada (INEM, 2010).

O CODU tem como objectivos atender e efectuar a triagem dos pedidos de socorro recebidos, aconselhar e proceder ao envio do meio mais adequado e acompanhar as equipas de socorro no terreno, coordenando diversos meios de comunicação e de actuação, tais como as ambulâncias SBV, as ambulâncias SIV, as VMER, os Motociclos de Emergência, as Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC) e os Helicópteros de Emergência Médica (INEM, 2010).

Através da adequada utilização dos meios de telecomunicações e informática, o CODU tem capacidade para accionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los aquando da sua prestação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, seleccionar e preparar a recepção hospitalar do doente. Nas situações de excepção, em que existe um desequilíbrio entre as necessidades de socorro e os recursos disponíveis, o CODU efectua a ligação entre o pré-hospitalar e os cuidados hospitalares, assumindo o papel de coordenação na área da saúde (INEM, 2000).

O Estágio de Observação no CODU Porto permitiu-me compreender a importância que o processo que conduz à activação e triagem assume no processo de prestação de socorro às vítimas. Este Centro de Orientação é constituído por 10 operadores de central durante o turno da noite e 15 durante o turno da manhã e tarde, 2 médicos e 1 psicólogo que poderá estar em presença física neste centro de orientação ou acessível, via telefónica, num dos outros três CODU's do país.

A PSP ou a GNR faz o atendimento das chamadas 112 nas centrais de emergência e reencaminha para o CODU as chamadas de emergência relacionadas com a área da saúde. No CODU o operador de central, mediante protocolos de actuação, realiza a triagem dessas chamadas, avalia e classifica as situações quanto à sua gravidade, e verifica a justificação ou não do accionamento de meios e conseqüente tratamento, de acordo com a prioridade atribuída à ocorrência. Da triagem também faz parte o aconselhamento de medidas adequadas para a ocorrência e de propostas terapêuticas julgadas pertinentes.

Uma vez realizada a triagem, o médico regulador aprova ou não os eventos e concorda ou não com a priorização efectuada pelo operador, podendo modificá-la em caso de discórdia.

O accionamento de meios é da responsabilidade de 2 dos operadores de central que são responsáveis pela georeferenciação de acordo com um sistema de apoio à escolha do meio em função da distância e/ou tempo em relação à vítima.

A recepção de dados e o acompanhamento dos meios no local das ambulâncias SIV, das VMER's e do helicóptero é da responsabilidade do médico regulador, assim como a activação da via verde coronária e a preparação da recepção da vítima no hospital. A recepção de dados das corporações de bombeiros e das ambulâncias SBV é realizada por outros 2 operadores de central, que também fazem a recuperação das chamadas perdidas e a activação da via verde AVC, com a respectiva preparação da unidade hospitalar que irá receber o doente.

Ao passar por todos os postos da central compreendi o trabalho desenvolvido por cada um deles em prol do funcionamento coordenado e eficaz da cadeia de socorro. Da observação realizada, apercebi-me que nem sempre o trabalho desenvolvido pelos operadores é facilitado pelo contactante, que perante uma situação de risco eminente de vida ou de emergência dificulta as respostas às questões colocadas e as julga desnecessárias.

A fim de realizar uma correcta e rápida triagem cabe ao operador de central, no mais curto espaço de tempo, recolher informações relativas à identificação e fornecimento do número de telefone de onde se está a ligar, ao número de telefone para possível contacto posterior, ao local exacto da ocorrência, ao tipo de ocorrência, ao número de vítimas, sexo e idade aproximada, ao estado da vítima, aos sinais e sintomas identificados, ao que está e/ou vai ser feito no local e pedir ao contactante para desligar só depois da sua autorização.

Penso que a este nível, o cidadão comum ainda carece de reforço ao nível da educação cívica, no sentido de esclarecer o modo como o SIEM funciona e a dificuldade sentida pelos operadores de central em localizar as vítimas quando as informações não são fornecidas de modo calmo e sistemático. MATEUS (2007:72) refere, ainda, que o CODU “tem detectado inúmeras falhas ao nível da percepção, por parte do contactante, da necessidade de fornecer a informação solicitada, perda de tempo na informação recolhida, por estabelecimento, muitas vezes, de diálogos paralelos”. As chamadas falsas são outra das realidades que dificulta o sucesso da actuação da emergência médica.

Sintetizando, a compreensão da abordagem ao doente crítico em contexto pré-hospitalar, desde a activação do SIEM até ao encaminhamento do doente crítico, permitiu-me **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à vítima e, desse modo, demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC.**

**Objectivo Geral 3: Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.**

**Objectivo Específico 5:** Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico perante situações imprevistas e complexas e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica/multiorgânica, no âmbito da área de EEMC.

**Actividades:**

- (i) Identificação precoce de focos de instabilidade do doente;
- (ii) Estabelecimento de prioridades de intervenção no atendimento do doente com instabilidade hemodinâmica;
- (iii) Actuação perante focos de instabilidade e situações clínicas inesperadas;
- (iv) Prestação de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao doente crítico;
- (v) Colaboração na abordagem inicial e estabilização do doente crítico;
- (vi) Aplicação dos algoritmos de SBV e SAV;
- (vii) Diagnóstico precoce de complicações sugestivas de instabilidade hemodinâmica;
- (viii) Adopção de medidas de segurança da vítima e da equipa de EPH, seguindo as recomendações de segurança pré-hospitalar e precauções universais.
- (ix) Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos;
- (x) Aquisição de conhecimentos acerca da actuação da equipa de EPH em situação de catástrofe ou emergência multivítimas.

Durante o Estágio, tive a possibilidade de participar activamente em todas as abordagens à vítima de doença súbita e de trauma, com a supervisão e colaboração da equipa.

Segundo as orientações relativas às atribuições do Enf.º no pré-hospitalar, definidas pela OE (2007:1) só “o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar.”

Os Enfermeiros que integram os meios INEM, só recentemente iniciaram a sua Especialização, pelo que durante o Estágio contactei com um reduzido número de Enfermeiros com Especialização. Apesar disso, a sua grande maioria detém um nível de competências condizentes com o título de perito.

No ambiente pré-hospitalar, cabe à equipa de saúde lidar sistemática e frequentemente com situações imprevistas que poderão ser potencialmente ameaçadoras para a vida da vítima. Como forma de contornar estas situações, **é essencial que o Enf.º detecte precocemente os sinais de gravidade e, deste modo, antecipe a instabilidade e o risco de falência orgânica/multiorgânica da vítima, definindo prioridades de intervenção na acção.** O estabelecimento dessas prioridades perante o doente crítico não constituiu uma dificuldade, fruto do **desenvolvimento da minha autonomia com base no raciocínio clínico para a tomada de decisão** que ocorreu durante a minha prática diária no SU, baseada nos algoritmos de SBV e SAV.

Neste contexto, a Avaliação Primária de cada vítima, segundo a nomenclatura ABCDE, foi efectuada despistando em cada um dos denominadores os principais sinais e sintomas indicativos do seu compromisso. Na avaliação da Via Aérea (A) foram sempre procurados sinais de obstrução total da via aérea, através da ausência de ruídos respiratórios, da respiração paradoxal e do uso dos músculos acessórios e sinais de obstrução parcial através da respiração ruidosa com evidência de gorgolejo ou estridor.

A avaliação da Ventilação (B) foi efectuada através da inspecção do tórax, procurando identificar possíveis alterações da expansão, da palpação, da identificação de zonas dolorosas, da auscultação, avaliando a presença e características dos ruídos respiratórios e da percussão, identificando eventuais áreas de timpanismo e macicez. A avaliação da saturação de oxigénio, com valores abaixo dos 95%, também foi um dos parâmetros vitais identificado como indicador do compromisso da ventilação do doente.

A identificação de hemorragias externas importantes, a avaliação da possibilidade de hemorragias internas ocultas, a avaliação das características da pele, em particular a temperatura, a coloração, a sudorese e o tempo de preenchimento capilar foram realizados no sentido de identificar o compromisso da Circulação (C) do doente. A palpação do pulso, com frequência e amplitude anormais, e a pressão arterial, abaixo ou acima da normalidade, também poderão ser indicativos de presença de sinais de instabilidade do doente. Os sinais de choque, mais concretamente a hipotensão, a palidez, o aumento do tempo de preenchimento capilar e a hipotermia devem ser imediatamente identificados para tentar reverter a situação com a administração de fluidos.

Na avaliação da Disfunção Neurológica (D) foram valorizados sinais de compromisso da mesma, nomeadamente níveis de consciência com *Glasgow* inferior ou igual a oito que poderão ser indicativos da incapacidade da vítima em proteger a via aérea, em caso de vómito. As alterações da resposta motora e da linguagem também foram aspectos tidos em consideração.

A Exposição (E) com controlo da temperatura, de uma maneira geral, foi realizada já no interior da ambulância, dando especial atenção às lesões minor.

A vítima deve ser reavaliada periodicamente para detecção de eventual degradação do seu estado.

A Avaliação Secundária prevê uma exposição detalhada da cabeça aos pés.

A prática de regras de bom desempenho das equipas é considerada um princípio essencial para que os riscos inerentes à instabilidade que caracteriza uma acção de abordagem e transporte da vítima, até à unidade adequada, sejam diminuídos ou anulados.

O Enf.º é um elemento que participa activamente na equipa pré-hospitalar, actuando em ambientes restritos e diversos, e em situações limite. Daí advém a importância em tomar decisões imediatas, baseadas no conhecimento prévio e na rápida avaliação, definindo prioridades de actuação (FONSECA, 2007).

Inevitavelmente, a emergência obriga ao estabelecimento de prioridades e ao conhecimento de protocolos de actuação bem como, na ausência de dados, frequentemente

ter que assumir atitudes baseadas em fortes índices de suspeição. Perante cenários de trauma, como um volante deformado, um vidro partido, uma vítima projectada, uma queda em altura, um atropelamento, deve ser considerada a hipótese de lesão oculta.

A segurança dos doentes constitui um dos princípios fundamentais que orientam a prestação de cuidados de saúde. Na APH, a segurança da equipa de socorro é sempre prioritária, em todas as situações, devendo primar pela eficácia mas nunca colocar-se em situação de perigo. Nenhum elemento da equipa deve colocar-se em situação de perigo desnecessário, sendo mandatário o respeito por normas de segurança na estrada e pelas precauções universais na abordagem do doente, isto pressupondo que todo o indivíduo pode constituir um risco de infecção. As condições de segurança incluem os riscos ambientais, as intoxicações e as infecções.

Por outro lado, o transporte do doente crítico, do local da ocorrência para o hospital, envolve riscos tais como a instabilidade da situação clínica do doente, os efeitos das vibrações da ambulância, o risco de hipotermia pelas mudanças de temperatura, o risco de acidente pela velocidade da viatura.

No sentido de reduzir os riscos inerentes ao transporte é importante que o doente seja estabilizado no local da ocorrência. As técnicas de extracção, imobilização e mudança da vítima para a maca de transporte devem ter em conta o tipo de lesões que a mesma apresenta para que os movimentos realizados na execução das técnicas não causem deterioração ou agravamento do seu estado de saúde. A colocação do doente na maca, a sua fixação, bem como a do equipamento são muito importantes para a prevenção de acidentes. O posicionamento e funcionalidade das linhas, fios, cateteres devem ser verificados.

A passagem de dados ao CODU também constitui um passo importante durante o transporte, pois este é o responsável por contactar o hospital receptor, adequado ao doente em questão. Ao chegar ao hospital, a equipa pré-hospitalar deve efectuar a passagem dos dados do doente, proceder à entrega da documentação e registos do mesmo e aguardar pela sua transferência para o equipamento do hospital.

A avaliação dos cuidados prestados foi sempre baseada na avaliação directa das respostas humanas às intervenções executadas. A título exemplificativo gostaria de referir os casos de hipoglicemia a que assisti durante o Estágio em que a administração de oxigénio e a administração de glicose hipertónica via endovenosa se repercutiu positivamente no estado de consciência do doente ao recuperar o seu *Glasgow* habitual e restabelecendo os parâmetros vitais.

Nos meios INEM, toda a informação recolhida durante a abordagem à vítima é convenientemente registada na ficha de socorro/transporte (ambulância de SBV) ou na ficha de observação médica (ambulância de SIV e VMER), garantindo a continuidade da informação a nível intra-hospitalar de forma clara, concisa e cronológica. Ao longo do transporte dos doentes são efectuados os registos relativos à sua identificação, à avaliação da sua situação clínica e à actuação da equipa, mais concretamente os fármacos e fluidos administrados, bem como as técnicas e os procedimentos realizados. Terminado o transporte é feito o registo da ocorrência

*on-line* na base de dados do INEM. Ao nível dos registos tive oportunidade de colaborar e intervir na sua realização sem dificuldades.

Uma das actividades delineadas para atingir este objectivo de Estágio teve que ver com a aquisição de conhecimentos acerca da actuação da equipa de EPH em situação de catástrofe ou emergência, ou seja um acidente, natural ou provocado pelo homem, do qual resulta um elevado número de vítimas, originando um desequilíbrio entre o número de feridos e a capacidade de resposta dos serviços de socorro.

Perante uma situação deste tipo, o INEM é o organismo responsável por assegurar a coordenação das acções através dos CODU's. De imediato, estes devem enviar um médico para o local que, no âmbito da saúde, assuma a coordenação de todas as acções a desenvolver na área do acidente, um operador de central e todas as equipas médicas, ambulâncias e outras viaturas de emergência médica que entender necessárias para dar resposta à situação.

O primeiro médico a chegar ao local assume as funções de médico coordenador e faz uma avaliação rápida da situação acerca daquilo que aconteceu, dos perigos possíveis, dos meios existentes no local, do número de vítimas e sua gravidade, das acções desenvolvidas e das necessidades existentes.

O CODU deverá assim garantir o reforço de meios humanos e materiais necessários e a preparação da evacuação das vítimas para o hospital. Os restantes técnicos de saúde presentes deverão colocar-se sob a orientação do médico coordenador, que definirá o respectivo posicionamento e actuação no terreno.

Em Medicina de Catástrofe as prioridades de tratamento das vítimas não são normalmente impostas pela gravidade das lesões apresentadas, mas sim pelas suas probabilidades de sobrevivência. Deve dar-se prioridade à actuação nos doentes com maior probabilidade de sobrevivência.

Deste modo, perante um cenário com múltiplas vítimas é fundamental proceder-se à respectiva triagem que consiste na avaliação e classificação das vítimas quanto ao tipo e gravidade das lesões apresentadas, com o objectivo de definir prioridades no respectivo tratamento. A cada vítima deve ser atribuída uma etiqueta de triagem com a prioridade correspondente, a identificação da vítima, o número de vítima, antecedentes clínicos, o meio que realizará o transporte, os técnicos que fazem o acompanhamento, a hora e o seu destino. As quatro classificações possíveis são o vermelho (prioridade 1 – exigem estabilização imediata), o amarelo (prioridade 2 – urgente com necessidade de tratamento até às 6 horas seguintes), o verde (prioridade 3 – não necessitam de tratamento urgente) e o branco ou preto (irrecuperáveis e mortos).

A orientação da drenagem hospitalar deve ser efectuada de forma planeada entre o médico regulador do CODU e o médico coordenador no local, tendo em conta o tipo e a gravidade das patologias envolvidas, bem como as vagas e as valências das unidades de saúde receptoras.

Em termos práticos, ao longo da realização do meu Estágio de APH, não tive oportunidade de presenciar nenhuma situação de catástrofe ou multivítimas. Porém, tal como era meu objectivo, adquirir conhecimentos acerca da actuação da equipa de EPH perante essas situações específicas, aprofundando os conhecimentos já adquiridos na parte teórica do curso através da observação e manuseamento dos kits de catástrofe.

Perante as situações concretas ocorridas no decorrer do Estágio, senti necessidade de **mobilizar os meus recursos cognitivos e de decidir sobre a melhor estratégia de acção, o que me permitiu gradualmente desenvolver competências na área da EPH.**

**Objectivo Específico 6:** Desenvolver competências comunicacionais, na sua vertente essencialmente terapêutica e relacional, com o doente crítico e família.

**Actividades:**

- (i) Domínio de técnicas de comunicação verbal e não verbal perante o doente/família em situação crítica;
- (ii) Adaptação das formas de comunicação à complexidade do estado de saúde do doente em situação crítica;
- (iii) Verificação do óbito e comunicação à família em contexto pré-hospitalar;
- (iv) Presença junto dos familiares em situações de eminência ou ocorrência de morte, ajudando na gestão de sentimentos de ansiedade, de medo e processos de morte e luto.

Os Enfermeiros devem ter consciência de que possuem um papel preponderante no estado de saúde da pessoa se mobilizarem as suas competências comunicacionais (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2010).

Neste contexto, também GONÇALVES (2010:22) refere que a comunicação “figura como uma capacidade de extrema importância, já que o fundamento da profissão é o outro e a capacidade de lidar com ele”.

A EPH caracteriza-se por um ambiente complicado e muito acelerado, em que a ansiedade do doente aumenta, muitas das vezes, a percepção da dor e torna o seu tratamento mais difícil. A vítima enfrenta o medo do desconhecido e da gravidade da sua própria situação clínica e a família experimenta o stresse da chegada de auxílio dos meios INEM, o mais rapidamente possível.

Após a activação dos meios INEM, as equipas invadem o domicílio das vítimas e abordam-nas com a maior brevidade possível, tendo em vista não agravar o seu prognóstico, dado que cada minuto que passa pode reduzir a sua probabilidade de sobrevivência.

No entanto, o stresse que a própria equipa enfrenta não deve ser pretexto para descuidar os aspectos relacionais do cuidar.

Durante o Estágio, tive oportunidade de colaborar com equipas, na sua generalidade, preocupadas com a prática tecnicista, mas garantindo sempre adequada informação e

acompanhamento à família e vítima de acidente e/ou de doença súbita, de modo a minimizar o seu sofrimento e ansiedade.

O desenvolvimento das competências comunicacionais constituiu para mim um desafio ao longo do Estágio realizado. O contacto que estabeleci com doentes com alterações do estado de consciência, embora pouco frequentes, proporcionaram-me experiências marcantes e enriquecedoras.

Ao iniciar este Módulo verifiquei que teria a oportunidade de vivenciar novas experiências neste sentido, e propus-me a explorá-las.

Neste contexto, a dimensão paralinguística da comunicação assume um grande relevo, nomeadamente a entoação da voz. Verifiquei que um tom de voz baixo e suave produzia um efeito benéfico e relaxante em muitos destes doentes, contribuindo para reduzir a sua agitação. Por outro lado, o toque parecia assumir um efeito similar, motivando por vezes movimentos oculares ou tentativas de vocalização em doentes com diminuição acentuada do seu estado de consciência, possivelmente pela manutenção de alguma capacidade de percepção ou sensação.

Após a pesquisa bibliográfica acerca do tema, já iniciada no curso de Licenciatura e complementada no Módulo II de Estágio realizado, com a referência de casos nos quais os doentes em estado de coma profundo referiam ouvir a conversa daqueles que os rodeavam, adoptei para a minha prática diária a comunicação como uma ferramenta essencial do cuidar e do estabelecimento da relação de ajuda.

Às vítimas a quem prestei cuidados, mesmos àquelas com alteração do estado de consciência, proferi sempre algumas palavras enquanto o fazia. No meu entender, é preferível perderem-se palavras do que um doente viver numa solidão assustadora e sentir-se morto mas “preso” à vida.

Além disso, reconheci que para alguns doentes a estimulação verbal tornava-se essencial para minimizar o estado confusional em que se encontravam. Neste sentido, procurei sempre situá-los no tempo e espaço e transmitir-lhes informações acerca de todos os procedimentos a que ia ser submetido.

Aproveito para fazer referência a uma das activações da SIV de Santo Tirso para um masculino de 56 anos com toracalgia à esquerda e parestesias nos membros superiores e membro inferior esquerdo.

No domicílio do doente, verificámos o estado ansioso de toda a família que chorava compulsivamente perante o sucedido. Depois de acalmar a família e pedir que se afastassem, iniciámos a avaliação da vítima que se revelou pouco colaborante, com taquipneia. Antes de colocar qualquer tipo de questão, procurei tranquilizar o doente e realizar ensinamentos acerca do controlo da respiração, no sentido de obter informações fidedignas acerca da sintomatologia do doente.

Depois dos ensinamentos, o doente referiu alívio da dor, o que permitiu dar resposta às questões inerentes à avaliação inicial acerca da caracterização da dor, com avaliação da sua localização, intensidade, hora de início, sintomas acompanhantes, dispneia, factores

desencadeantes de agravamento e alívio, bem como acerca dos antecedentes clínicos relevantes para a patologia cardíaca.

Este caso, a título ilustrativo, demonstra que a EPH constitui uma área sensível aos cuidados de enfermagem especializados em médico-cirúrgica e a importância da comunicação no contexto da EPH, no sentido de conseguir a máxima colaboração da vítima no mínimo tempo possível.

Penso que a sensibilidade que o Enf.<sup>o</sup> possui relativamente aos problemas, receios e necessidades do doente em situação crítica, o coloca numa posição de destaque para colmatar as suas necessidades psicológicas nas situações de emergência.

A realidade da EPH revelou-me um mundo de diferentes concepções, baseado num trabalho dinâmico, em que não há um dia de trabalho igual ao outro e o dia de amanhã será imprevisível. Vivem-se minutos repletos de emoção, ansiedade e stresse, em que se luta pela vida, em que se “pisa” muitas vezes o limite entre a vida e a morte, em que a equipa vive momentos de satisfação perante o sucesso dos cuidados prestados, mas também momentos de desalento e frustração quando a situação clínica da vítima resulta na sua morte.

A morte constitui uma experiência humana singular e única, mas geralmente a perda de um ente querido representa um momento doloroso para os seus familiares (COSTA, 2009).

Dependendo das famílias, do modo como encaram a morte ou do tipo de ligação existente com a vítima que falece, a comunicação do óbito constituiu uma notícia mais ou menos complicada de transmitir pela equipa.

Deparei-me com sentimentos que oscilam entre a aceitação, a negação, a revolta e o desespero que me alertaram para a minha importância como Enf.<sup>a</sup> com EEMC em **integrar as crenças e a cultura nos cuidados prestados e assim garantir uma prestação de cuidados holística, considerando os aspectos socioculturais à semelhança dos aspectos biofísicos e psicossociais.**

Todos os procedimentos necessários em caso de falecimento da vítima, como o registo de verificação do óbito e a certificação do óbito foram-me explicados pela equipa pré-hospitalar, bem como as diferentes directrizes a seguir no caso da VMER estar presente no local ou no caso do óbito ocorrer no domicílio, com ou sem suspeita de crime ou de suicídio.

Em situações de eminência ou ocorrência de morte, juntamente com a equipa que me acompanhava, procurei sempre apoiar a família, responder às suas questões, mostrar disponibilidade para a ajudar e essencialmente ajudá-la na gestão de sentimentos de ansiedade, de medo e processos de morte e luto, **demonstrando conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família.**

**Objectivo Geral 4: Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.**

**Objectivo Específico 7:** Desenvolver actividades de formação, abordando um tema que se considere oportuno e pertinente no âmbito da EEMC.

**Actividades:**

- (i) Identificação das necessidades do INEM, Delegação Norte, em termos de formação;
- (ii) Pesquisa bibliográfica e multimédia acerca do tema seleccionado;
- (iii) Elaboração do respectivo trabalho;
- (iv) Apresentação do trabalho de forma clara, sucinta e sistematizada.

O ponto 2 do Artigo 3º da Lei Orgânica aprovada pelo Decreto-Lei nº 220/2007 de 29 de Maio declara como atribuições do INEM “definir, organizar, coordenar e avaliar as actividades do SIEM, nomeadamente no que respeita à formação em emergência médica” bem como a promoção da “formação e qualificação do pessoal indispensável às acções de emergência médica”, referida no ponto 3 do mesmo Decreto supracitado.

Mensalmente, na VMER da Feira, é realizada uma reunião de serviço onde são discutidos os assuntos de interesse geral à base e onde é realizada uma formação sobre um tema considerado pertinente. Para além destas formações em serviço, sempre que é detectada uma necessidade formativa, a mesma é proposta e realizada logo que possível. Pelo facto da equipa se encontrar em permanente processo de formação, as necessidades formativas não foram facilmente identificadas.

Deste modo, reuni com o Enf.º e a médica Coordenadores da VMER da Feira para dialogar acerca das formações pertinentes a desenvolver. Assim, foi considerado pertinente realizar, junto dos bombeiros, mais um curso de actualização em SBV adulto, que já estaria equacionado mas necessitava de apoio técnico e logístico, pelo que propuseram a minha colaboração.

Quando a VMER da Feira é activada para determinada vítima em PCR são muitas vezes os bombeiros, da sua área de actuação, o primeiro meio de socorro a chegar ao local da ocorrência, iniciando manobras de SBV e desobstrução da via aérea até à chegada de meios mais diferenciados. As equipas da VMER, ao trabalharem diariamente com os bombeiros, têm vindo a detectar que alguns deles apresentam modos de actuação díspares dos que são preconizados pelo CPR, sendo imperiosa a uniformização de critérios de actuação relativamente às precauções universais, abordagem da via aérea e SBV adulto.

Com o objectivo de contribuir para a melhoria da APH à vítima de PCR, e assim aumentar a probabilidade de sobrevivência das vítimas, a VMER da Feira realizou três Cursos de SBV até 2009, empreendendo esforços no sentido de melhor formar os bombeiros da sua área de actuação, principalmente os novos membros admitidos nas Corporações, e de eliminar as falhas existentes.

O quarto Curso de SBV para bombeiros da área de actuação da VMER, no qual participei, decorreu no dia 20 de Novembro de 2010 no auditório da Unidade HSS do CHEDV em Santa Maria da Feira e cada corporação de bombeiros convidada fez-se representar no Curso por dois formandos.

Depois da exposição do plano de sessão do Curso que realizei (ANEXO VI) e da apresentação teórica realizada pela médica Coordenadora, distribuí a cada um dos bombeiros o Guia de Bolso “Algoritmo de SBV Adulto” (ANEXO VII), segundo as recomendações do CPR de 2010, que elaborei para servir de apoio aos formandos, durante a realização das bancas práticas.

Os bombeiros foram distribuídos aleatoriamente por grupos, tendo eu integrado um deles como responsável pela sua formação prática durante o curso. Em cada grupo de trabalho, utilizámos um manequim para praticar SBV, adjuvantes da via aérea e sondas de aspiração de secreções e demonstrámos, exemplificando, como devem ser asseguradas as condições de segurança antes de abordar a vítima, como é aplicado o algoritmo de SBV adulto, reforçando a importância da permeabilização da via aérea, e como é aplicado o algoritmo de obstrução da via aérea por corpo estranho.

Depois da demonstração prática, os formandos praticaram individualmente o algoritmo de SBV, dando resposta às situações/problema colocadas pelos formadores. Num ambiente de críticas construtivas, os bombeiros puderam integrar os conhecimentos teóricos na prática, esclarecer dúvidas, aperfeiçoar técnicas como as compressões torácicas, a utilização de adjuvantes da via aérea (tubo de *Guedel*), a permeabilização da via aérea, entre outras, e trocar informação com os formadores.

A formação prática culminou numa avaliação prática de cada um dos formandos, aos quais foi colocada uma situação prática, predefinida, e perante a qual teriam de aplicar o SBV, ao mesmo tempo que o formador examinava e classificava a sequência de acções em correcta ou incorrecta. Cada formando teve a possibilidade de repetir a prova prática mais uma vez.

A avaliação teórica foi realizada no final do curso com a aplicação de um teste com 25 questões, com a possibilidade de resposta de verdadeiro ou falso.

Os resultados do curso foram muito bons, em que apenas um dos 20 bombeiros não conseguiu terminar o curso com sucesso.

A análise de situações/problema possibilitou-me a aquisição de competências no âmbito da formação na área da EPH, detectando necessidades, juntamente com os coordenadores da equipa da VMER da Feira, e assumindo uma atitude crítico-reflexiva perante as práticas executadas pelos bombeiros no ambiente pré-hospitalar. Durante a realização do Curso, **comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional aos bombeiros traduziu-se no reforço do papel do Enf.º Especialista para os ganhos em saúde, no âmbito da promoção da saúde.**

Assim, as competências do Enf.º são exercidas num âmbito mais abrangente e multidisciplinar ao nível da **promoção da formação em serviço na área de EEMC, tendo em conta as necessidades formativas que surgem no seio da comunidade.**

### 3 – CONCLUSÃO

Este Relatório, baseado nas experiências e oportunidades vivenciadas em Estágio, em CI e APH, proporcionou-me um valioso contributo para o meu processo de formação, como futura Enf.<sup>a</sup> com EEMC, ao permitir a consolidação da teoria com a prática e conferiu-me a capacidade de olhar a profissão de uma forma mais consistente, apercebendo-me dos aspectos que compõem crucialmente o campo de actuação do Enf.<sup>o</sup> com Especialização.

De acordo com a Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem, resultante da reunião da Ordem dos Enfermeiros em Assembleia Geral de Março de 2007, acerca da individualização das especialidades em Enfermagem, o Enf.<sup>o</sup> Especialista é “o Enf.<sup>o</sup> com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

Como se depreende da definição supracitada, hoje exige-se ao Enf.<sup>o</sup> com Especialização não só o saber ser e o saber fazer, como também o saber transformar-se, no sentido de acompanhar a permanente evolução que se observa, bem como o saber pensar Enfermagem, no que se refere à procura de respostas para os problemas de saúde identificados. O saber especializado implica, assim, um conhecimento aprofundado sobre a Pessoa.

Ao Enf.<sup>o</sup> com EEMC compete essencialmente a assistência de enfermagem ao doente adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigido, para a assistência ao doente em estado crítico.

A realidade dos CI revelou-me um mundo de diferentes concepções, baseado num trabalho dinâmico, onde desenvolvi o espírito crítico e o conhecimento necessário para avaliar, em cada situação, um modo específico de actuação, no sentido de desenvolver intervenções de enfermagem na minha área de especialização com a rapidez, a eficácia e a qualidade necessárias para a actuação perante o doente e família em situação crítica.

Na UCIP foi meu propósito reforçar a importância do papel do Enf.<sup>o</sup> no apoio proporcionado à família do doente crítico, dando mais um contributo ao elaborar o “Guia de Acolhimento à Família na UCIP” na tentativa de otimizar esta área de actuação do Enf.<sup>o</sup>.

Pelo facto da equipa multidisciplinar na UCI reanimar ocasionalmente, comparativamente com o SU, identifiquei algumas dificuldades por parte da mesma em interiorizar a sequência de acções preconizadas pelo algoritmo de actuação perante a FV e a TVsp, pelo que sugeri elaborar um poster, que resultou numa mais-valia na actuação da equipa perante esses ritmos de PCR.

Com vista a melhorar a privação sensorial de que padecem os doentes internados na Unidade desenvolvi o projecto de intervenção “Prevenção da privação sensorial no doente internado na UCIP: orientação espaço-temporal”, estando ciente da sua relevância para alterar comportamentos fundamentais na promoção do bem-estar do doente internado.

Por sua vez, o Estágio de APH proporcionou-me um vasto número de experiências com o doente crítico, nos vários meios de socorro do INEM – ambulância de SBV, ambulância de SIV, VMER – e CODU, onde tive possibilidade de participar activamente em todas as abordagens à vítima de doença súbita e de trauma e de aplicar efectivamente o conhecimento proveniente da minha formação inicial e pós-graduada e experiência profissional e de vida.

No ambiente pré-hospitalar lidei frequentemente com situações imprevistas e potencialmente ameaçadoras para a vida da vítima, em que procurei, juntamente com a equipa, detectar precocemente os sinais de gravidade e desse modo antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica, definindo prioridades de intervenção na Avaliação Primária e Secundária da vítima, dando resposta aos problemas identificados e sem descurar a componente humanística do cuidar.

Neste Módulo de Estágio contribuí, também, ao nível da promoção da formação na área de EEMC, mais concretamente como formadora na realização do Curso de SBV para os bombeiros da área de actuação da VMER da Feira, após terem sido detectadas, neste grupo alvo, necessidades formativas ao nível da uniformização de critérios de actuação pré-hospitalar relativamente às precauções universais, abordagem da via aérea e SBV adulto. Para melhorar a memorização da sequência de acções do algoritmo, por parte dos formandos, elaborei o Guia de Bolso intitulado de “Algoritmo de SBV Adulto”. Esta proposta de solução à situação/problema detectada revelou-se de grande utilidade para o aperfeiçoamento da prática diária dos bombeiros, uma vez que durante o Curso esclareceram dúvidas e melhoraram a sua actuação de acordo com o algoritmo de SBV.

O contacto com estes campos de Estágio permitiu a criação de um espaço de interactividade e formação contínua, facilitando a aquisição, o aperfeiçoamento e a exploração de competências profissionais na área de EEMC. Este percurso permitiu-me alcançar uma prática de cuidados de enfermagem adequada, dirigida e especializada, rumo à EEMC, que deu título a este Relatório.

As experiências vividas vieram dar continuidade à construção do meu perfil de competências específicas como futura Enf.<sup>a</sup> com EEMC, mais concretamente no que respeita à planificação e execução de cuidados ao doente crítico, à gestão do stresse e rapidez de execução dos cuidados, estabelecendo prioridades de actuação, à identificação de sinais de gravidade e à antecipação da instabilidade do doente e família em situação crítica.

Assim, a importância dos meus contributos específicos no seio da equipa multidisciplinar para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, baseou-se em propostas de solução para as situações/problema identificadas, identificando a vários níveis os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada em EMC. Ao nível da promoção da saúde promovi formação na área de EEMC como o SBV e o algoritmo de actuação perante os ritmos desfibrilháveis e preveni complicações como a privação sensorial. Em termos de promoção do bem-estar proporcionei apoio ao doente e família para superar o internamento ao elaborar o Guia de Acolhimento. Ao nível da promoção do auto-cuidado realizei educação para a saúde, incentivando o doente a colaborar no desmame ventilatório, expectoração de secreções,

readaptação funcional, bem como ao nível da promoção do seu projecto de saúde ao implicar o doente em todas as intervenções terapêuticas.

A realização deste Relatório contribuiu para a auto-responsabilização do meu processo de avaliação e crescimento, bem como para a consciencialização das dificuldades sentidas na aquisição de competências, ao longo do meu percurso de aprendizagem.

A profissão de Enfermagem possui recursos que não podem ser ignorados pelos Enfermeiros, mas sim incentivados para o colectivo e estimulados para o futuro, sem o receio de se perderem. Os Enfermeiros têm, no entanto, a responsabilidade de se tornarem insubstituíveis pela especificidade dos seus cuidados e de aceitarem esse desafio, lutando pela construção de uma autonomia futura.

Assim, espero ampliar e aplicar os conhecimentos adquiridos na minha prática diária no SU, actuando para a melhoria dos cuidados prestados, tal como já aconteceu recentemente ao propor à Enf.<sup>a</sup> Chefe a elaboração de protocolos de actuação para as situações de emergência médica mais frequentes, onde o Enf.<sup>o</sup> se vê muitas vezes pressionado a actuar sem a presença da equipa médica e sem salvaguarda no caso de executar determinadas práticas sem prescrição, mesmo quando o doente corre sério risco de vida. É ainda minha pretensão concluir a implementação do meu projecto de intervenção na UCIP, continuar a investir na minha formação profissional e colaborar em projectos que possam vir a desenvolver-se no SU onde exerço funções.

## BIBLIOGRAFIA

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMANN, Andrea – **Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade**. Genebra: ICN, 2007. 95 p. ISBN 92-95040-80-5.

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito**. 1.ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.

CARRASCO, Juan Antonio Péculo [et al.] – Esterilidad de sueros purgados antes de su uso en urgencias y emergencias extrahospitalarias. **Revista Rol de Enfermería**. ISSN 0210-5020. Vol. 31, n.º 7-8 (Jul.-Agost. 2008), p. 43-50.

CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (CPR) – **Manual de Suporte Imediato de Vida**. 2ªed. Reino Unido: Resuscitation Council UK, 2006. 67 p. ISBN 1-903812-12-7. Novas guidelines 2010.

CÔRTE-REAL, Isabel – Enfermagem em cuidados intensivos. **Revista Portuguesa de Bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. n.º 1 (2007), p. 115-123.

COSTA, M. A. – Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. n.º 249 (2009), p. 36-42.

CRUZ, Sandra – A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da Enfermagem Avançada. **Servir**. Coimbra: ACEPS. ISBN 0871-2370. Vol. 56, n.º 5 (2008), p. 112-118.

DIAS, António – O Enfermeiro e a morte: algumas considerações. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871- 6196 (Janeiro, 2010), p. 30-32.

DIVULGAR. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos**. Conselho de Enfermagem 2001. Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2002.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL – **Guidelines for Resuscitation 2010**. 2010.

FERNANDES, Ana Sofia [et al.] – Comunicar com o doente em coma: vivências de quem cuida. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra: Formasau. ISSN 0874-7695. n.º 20 (2009), p. 48-58.

FONSECA, Silene Celerino da – Atendimento Pré-hospitalar. In CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda – **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. ISBN 978-85-7379-894-4. p. 315-318.

FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Oliveira Santos – Do outro lado da porta... Falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. n.º 85 (2009), p. 33-38.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – Princípios de Administração para Enfermeiros. 1.ª ed. Coimbra: Formasau, 1999. 193 p. ISBN 972-8485-09-3.

FREITAS, Genival Fernandes de – Aspectos éticos e legais envolvendo a actuação dos profissionais de enfermagem na emergência. In CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda – **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. ISBN 978-85-7379-894-4. p. 83-96.

GONÇALVES, C. A. Zigue – Comunicação em Enfermagem: a empatia para cuidar e liderar. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871- 6196. n.º 254 (2010), p. 18-22.

GUANAES, André; FILGUEIRAS, Nivaldo 2004 – Ergonomia na UCI. In **Humanização em Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. ISBN 85-7309-786-8. p. 15-29.

LOUREIRO, Cândida [et al.] – Integração e Orientação dos Enfermeiros. **Informar**. Porto. Ano VII. n.º 27 (Janeiro/Abril 2002), p. 16-22.

MACHADO, Liliana F. M.; SÁ, Tiago G. – Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. n.º 67 (2006), p. 29-34.

MATEUS, Bárbara Aires Mateus – **Emergência Médica Pré-hospitalar Que realidade**. Loures: Lusociência, 2007. 214 p. ISBN 978-972-8930-33-2.

MORAES, Marcia de Souza – Prevenção de Infecção em Procedimentos de Risco. In CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda – **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. ISBN 978-85-7379-894-4. p. 205-213.

MORRISON, Paul – **Para compreender os doentes**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2001. 180 p. ISBN 972-8449-97-6.

OLIVEIRA, A. S. SALGUEIRO; OLIVEIRA, S. C. – Proxémica, cinésica e paralinguagem: importância na interacção Enfermeiro/Pessoa. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. (Fev. 2010), p. 8-22.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

SHEVLIN, Patsy Barrie – Manutenção do equilíbrio sensorial no doente em estado crítico. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. n.º 2. (1988), p. 8-14.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS; ORDEM DOS MÉDICOS – **Transporte de doentes críticos: Recomendações 2008**. CELOM, 2008.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Thelan's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**. 5.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

## LEGISLAÇÃO

DECRETO-LEI nº 220/2007 de 29 de Maio – **Lei orgânica do INEM**.

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico (alterado e republicado pela Lei nº 111/209 de 16 de Setembro)**.

DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro – **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**.

## REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

BLACKWELL, Tom – **Prehospital care of the adult trauma patient** [em linha]. UpToDate, [2010]. actual. Maio 2010. [Consult. 15 Set. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do>>.

CLEMESHA, Maria Regina – **Arte e Ambiente Terapêutico** [em linha]. Revista Exacta. Vol. 5, nº 1 (Jan./Jun. 2007), p. 57-67. [Consult. 24 de Abril de 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://redalyc.vaemex.mx/redalyc/pdf/810/81050106.pdf>>. ISSN 1678-5428.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA [em linha]. [2010]. [Consult.20 Set. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.inem.pt>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares** [em linha]. [2006]. [Consult. 30 Abril 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scribd.com/doc/14494440/Plano-Nacional-de-Saude>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados** [em linha]. Lisboa, [2009], actual. 12 Maio 2009. [Consult. 26 Abril 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/membros/Paginas/AreaReservada.aspx>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem** [em linha]. Lisboa, [2009], actual. 27 Fev. 2010. [Consult. 3 Maio 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/membros/Paginas/AreaReservada.aspx>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer nº 84/2008** [em linha]. [2008]. [Consult.25 Out. 2010]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CE-84-2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Desenvolvimento Profissional, Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamentos e Proposta de Sistema, Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem** [em linha]. [2007]. [Consult.15 Abr. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documentsMDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar** [em linha]. [2007]. [Consult.30 Out. 2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>>.

ROBLES, Carrión José; PACHÓN, MaríaEstefanía; VEGA, Vázquez Francisco Javier – **Hemodinamica en UCI: manejo del PiCCO®** [em linha]. Espanha, [2010], actual. Fev. 2010.

[Consult. 21 Abr. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina9.html>>.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BARKER, Tobias – **Basic airway management in adults** [em linha]. UpToDate, [2010], actual. Maio 2010. [Consult. 26 Set. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do>>.

BREEN, P.; HANNON, V. – **Locked-in syndrome: a catastrophic complication after surgery** [em linha]. Dublin: St. Vincent's University Hospital, [1997], actual. 3 Set. 2003. [Consult. 31 Maio 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://bj.oxfordjournals.org>>.

BREMER, Anders; KARIN, Dahlberg; SANDMAN, Lars – Experiencing out of hospital cardiac arrest: significant others' lifeworld perspective. **Qualitative Health Research**. ISSN 1049-7323. Vol. 19, n.º10 (2009), p. 1407-1420.

CATARINO, Lúgia – Aprender a Pensar. **Referência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. ISSN 0874-0283. n.º 12 (2004), p. 45-48.

CESTARI, Maria Elisabeth – Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre. Vol. 24, n.º 1 (2003), p. 34-42.

CHIAVENATO, Idalberto – **Administração de Recursos Humanos**. 1º Vol. 2ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1981.

DUARTE, Maria de F. F. – A Formação de Adultos: Perspectivas de Aprendizagem. **Referência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. ISSN 0874-0283. 5 (2000) 66-69.

FERREIRA, Paula A. P.; PINHEIRO, Paulo G. – Gestão do conhecimento em organizações de saúde. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. n.º 87 (2009), p. 18-24.

FINKE, Erinn H.; Light, Janice; KITKO, Lisa – A systematic review of the effectiveness of nurse communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. **Journal of Clinic Nursing**. USA. n.º 17 (2008), p. 2102-2115.

GOMES, Carla Marisa Ferreira, FERNANDES, Natália da Conceição Martins Rodrigues – Resposta da pessoa à doença em medicina intensiva. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. n.º 82 (2009), p. 20-25.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Manual de VMER**. 2ªed. 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Código de Ética dos Profissionais do INEM** [em linha]. [2008]. [Consult.9 Out. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.inem.pt>>.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; FREDMANN, Alacoque Lorenzini – Cuidado transpessoal de Enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. ISSN 0104-3552. Vo1. 4, n.º 3 (2006), p. 333-341.

OLIVEIRA, Luís M. N. de – As competências e os novos paradigmas. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. n.º 87 (2009), p. 50-57.

OLIVEIRA, Anbela de S. S. – Estudo da influência de alguns factores de stress em profissionais das viaturas médicas de emergência e reanimação. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra: Formasau. ISSN 0874-7695. n.º 8 (Agosto, 2003), p. 8-16.

POZNER, Charles N.; DUTTA, Sayon – **Advanced cardiac life support (ACLS) in adults** [em linha]. Massachusetts: UpToDate, [2010], actual. Maio 2010. [Consult. 8 Set. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do>>.

POZNER, Charles N.; PODRID, Philip J. – **Supportive data for advanced cardiac life support in adults with sudden cardiac arrest** [em linha]. Massachusetts: UpToDate, [2010], actual. Maio 2010. [Consult. 8 Set. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do>>.

SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. **Referência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. ISSN 0874-0283. n.º 11 (2004), p. 59-62.

SILVA, R. C. C. da; RODRIGUES, M. S. P. – O significado de cuidar nas Unidades Críticas. **Revista Nursing** (ed. Brasileira). São Paulo. ISSN 1415-8264. Ano 12, ed. 132 (Maio 2009), p. 233-237.

SIRBAUGH, Paul E.; LESWING, Valeri – **Prehospital pediatrics** [em linha]. UpToDate, [2010], actual. Maio 2010. [Consult. 8 Set. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do>>.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. – Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2005. 2419 p. ISBN 85-277-1057-9.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Porto. 2010.

VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro: **Da Compaixão à Proficiência**. 2ª edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. 155 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

ZAPPAROLI, Amanda dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci – Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergência [em linha]. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 59, n.º 1 (Jan-Fev 2006), p. 41-46. [Consult. 10 Agosto 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a08v59n1.pdf>>.

ANEXOS

Anexo I

Caracterização da Unidade de Cuidados  
Intensivos Polivalente da Unidade Hospital  
São Sebastião do Centro Hospitalar Entre  
Douro e Vouga

# **1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DA UNIDADE HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO DO CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA**

A caracterização do campo de Estágio é fundamental para contextualizar o ambiente em que o mesmo ocorreu e, desse modo, proporcionar uma visão esclarecida sobre a realidade que propiciou o processo de aprendizagem desenvolvido e a demanda de soluções para os problemas detectados.

Com essa intenção, evidenciei os aspectos mais relevantes acerca da estrutura física e dinâmica funcional, dos recursos materiais e humanos e da comunicação interna da UCIP.

## **1.1 – ESTRUTURA FÍSICA E DINÂMICA FUNCIONAL**

A UCIP abriu no dia 21 de Junho de 1999 como UCIP e Coronária e actualmente designa-se apenas como UCIP, uma vez que a Unidade Coronária foi integrada na Unidade de Cuidados Intermédios com apenas duas camas. A unidade está inserida numa unidade funcional - Departamento de Anestesiologia/Unidade de Cuidados Intensivos/Emergência que engloba os serviços de Urgência, UCIP e Bloco Operatório – e integrada no mesmo Centro de Responsabilidade, sendo a Dr.<sup>a</sup> Piedade Amaro a Directora Clínica do Hospital e da unidade, o Enf.<sup>o</sup> David Ferreira o Enf.<sup>o</sup> Chefe e Director do Hospital e a Enf.<sup>a</sup> Emília Ramos a Enf.<sup>a</sup> Coordenadora.

A UCIP localiza-se no terceiro piso e serve, preferencialmente, os doentes da Unidade HSS, bem como os doentes provenientes das suas respectivas áreas de abrangência. Possui uma capacidade total de dez camas, e um quarto de isolamento.

Este serviço é constituído pelas seguintes áreas de apoio anexas: gabinete de enfermagem, gabinetes médicos, gabinete da Directora de Serviço e Directora Clínica, quarto do médico de residência, armazém de alimentação e soros, sala de desinfeção do fibroscópio, vestiários feminino e masculino, biblioteca, gabinete da secretária, sala de espera, copa de alimentação dos doentes, sala de gasimetrias, sala de roupa limpa, sala de limpos, sala de sujos, sala de lixos, armazém, sala de geradores de energia, sala aberta e quarto de isolamento.

A UCIP funciona 24 horas por dia e reúne meios humanos, físicos e tecnológicos, especialmente organizados para dar assistência ao doente do foro médico e/ou cirúrgico em estado crítico, disponibilizando de pessoal diferenciado e tecnologia avançada.

## 1.2 – RECURSOS MATERIAIS

A UCIP apresenta os materiais necessários para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos doentes internados, não se detectando carências a este nível.

A Enf.<sup>a</sup> Coordenadora da UCIP é responsável pela gestão, conservação e organização do stock de farmácia e armazém (material e equipamento), constituindo suas funções a verificação periódica da correcta organização do material e fármacos, as revisões periódicas para verificação do estado/prazo de validade dos fármacos e materiais existentes, o alerta para faltas de fármacos e materiais, a promoção da arrumação e limpeza da sala onde se armazenam os materiais e os fármacos e a proposta de introdução/retirada de novos fármacos e materiais.

## 1.3 – RECURSOS HUMANOS

A UCIP é constituída por uma equipa multidisciplinar e interdependente, constituída por diferentes sectores profissionais: médicos, Enfermeiros e assistentes operacionais.

Na unidade existem, permanentemente, um médico Especialista de Medicina Interna que assume o cargo de chefe de equipa, sendo também o responsável por todos os doentes internados na unidade. Na sua totalidade a equipa médica é constituída por 3 médicos residentes e médicos internos em número variável. Sempre que necessário, os médicos da unidade solicitam apoio por parte das outras especialidades.

A equipa de enfermagem é constituída pela Enf.<sup>a</sup> Coordenadora e 26 Enfermeiros, 2 dos quais especialistas em Reabilitação, 1 em Saúde Comunitária e 2 em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De todos os Enfermeiros Especialistas, apenas um deles exerce funções de Especialista em Reabilitação, cumprindo horário fixo. Os restantes Enfermeiros integram-se em 5 sub-equipas de enfermagem, cada uma delas com um Enf.<sup>o</sup> Responsável de turno, com responsabilidade em tomar decisões relativas à coordenação e supervisão dos cuidados de enfermagem prestados. A Enf.<sup>a</sup> Coordenadora da UCIP é responsável pela gestão do pessoal de enfermagem e de assistentes operacionais.

Em todos os turnos um Enf.<sup>o</sup>, podendo ser do SU, UCI ou UCIP, está destacado para assegurar a Linha Vida Intrahospitalar. Esta consiste numa linha telefónica assegurada por dois telefones com os números 1112 e 1152. O número 1152 deve acompanhar o Enf.<sup>o</sup> e o número 1112 o médico, durante todo o turno. Estes telefones servem para atender as chamadas, de qualquer um dos serviços ou locais hospitalares, a pedir intervenção imediata em situações de paragem cardíaca ou de peri-paragem de qualquer pessoa que circule no Hospital. Tanto o Enf.<sup>o</sup> como o médico têm Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), devidamente actualizado. Caso o local da ocorrência não faça parte de uma área coberta com carros de emergência, o Enf.<sup>o</sup> e o médico deverão levar duas malas, uma equipada com material para abordagem da via aérea e outra com medicação de emergência, e o desfibrilhador automático externo.

A equipa de enfermagem utiliza o método individual de trabalho com um rácio Enf.º doente de 1:2. Apesar de cada Enf.º estar responsável pela prestação de cuidados de enfermagem a dois doentes, e portanto ter aí uma responsabilidade directa, existe inter-ajuda por parte dos colegas mais disponíveis e um trabalho de equipa em que todos trabalham num ambiente saudável e de cumplicidade, que é de valorizar. Assim, estão distribuídos 5 Enfermeiros nos turnos da manhã, tarde e noite. Tanto os Enfermeiros como os assistentes operacionais podem pontualmente ser dispensados ou destacados para colaborarem no SU, caso o número de doentes internados não justifique a presença de todos os elementos.

A meu entender, este método de organização dos cuidados é eficiente e eficaz, satisfazendo tanto as necessidades e problemas dos doentes, como os dos próprios profissionais. A dinâmica de grupo é muito positiva, existindo um incentivo comum para melhorar a qualidade dos cuidados. Penso que este método tem uma grande rentabilidade sobretudo no que se coaduna com a melhor utilização de todas as capacidades dos Enfermeiros e com a possibilidade dos seus elementos menos experientes se sentirem mais apoiados.

O processo clínico encontra-se na unidade de cada doente, do qual fazem parte as folhas de prescrição médica, os exames radiológicos efectuados e a folha de registos de enfermagem, onde são registadas as notas de enfermagem relativas a cada turno. Neste serviço, o processo de cuidados compreende os quatro passos fundamentais da identificação, planeamento, execução e avaliação, tendo sempre em vista uma prestação de cuidados personalizada, holística e com a maior qualidade possível. Apesar desse processo não ser objecto de registo escrito, está implícito a todas as intervenções de enfermagem realizadas.

As passagens de turno são efectuadas, individualmente, pelos Enfermeiros aos colegas que iniciam novo turno e, posteriormente, estes últimos comunicam aos restantes elementos da equipa a informação que lhes foi cedida relativamente aos seus doentes.

A UCIP dispõe de 13 assistentes operacionais, contando com o apoio do maqueiro do SU para o transporte dos óbitos do serviço até à morgue.

A unidade dispõe ainda de uma Administrativa Clínica, também com funções indispensáveis para assegurar o bom funcionamento da UCIP, em termos administrativos e burocráticos, tais como a efectivação e organização dos Processos Clínicos, a impressão de etiquetas de identificação, entre outras.

#### 1.4 – COMUNICAÇÃO INTERNA

A comunicação interna é uma necessidade que deve ser correctamente assegurada para permitir que a informação clínica seja transmitida o mais correcta e rapidamente possível.

Na UCIP, a via telefónica é constituída por telefones fixos e um móvel, na posse do médico Especialista de serviço.

Em termos de sistema informático, existem dois sistemas operativos - Intranet e Medtrix - utilizados para elaboração do Diário Clínico e de prescrições médicas, visualização de exames radiológicos e laboratoriais, sendo as colheitas de sangue, urina e líquido cefalorraquídeo transportadas pelos assistentes operacionais até ao laboratório, em mala térmica destinada para o efeito.

No Hospital existem elevadores de uso exclusivo sanitário para facilitar o circuito entre os diferentes serviços.

Entre a equipa multidisciplinar verifica-se a existência de uma comunicação eficaz e de respeito mútuo pelas áreas de actuação inerentes a cada uma das profissões, o que se traduz na obtenção de melhores resultados na assistência ao doente e na qualidade da assistência aos doentes internados neste serviço.

Anexo II

Guia de Acolhimento à Família na Unidade de  
Cuidados Intensivos Polivalente

### **Qual o objectivo deste Guia de Acolhimento?**

O Guia de Acolhimento da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., Sede Hospital de São Sebastião pretende dar a conhecer às visitas, do doente internado neste serviço, a sua dinâmica funcional e normas organizacionais com o objectivo de tornar o meio hospitalar um ambiente familiar e proporcionar-lhes um atendimento tão eficaz, agradável e breve quanto possível.

### **O que é a UCIP?**

A UCIP é uma unidade concebida para prestar cuidados intensivos(diferenciados) a pessoas que se encontram seriamente doentes ou feridas. Quando uma pessoa se encontra em risco de vida, necessita de acompanhamento e vigilância constante. A UCIP tem profissionais e equipamento que permitem tratar e acompanhar doentes graves e assegurar as funções essenciais à vida.

### **Admissão de doentes na UCIP**

A UCIP admite doentes graves (vítimas de acidentes ou de doenças graves) provenientes do exterior, transferidos de outros hospitais e mesmo do próprio hospital, mas que agravaram a sua situação clínica.

### **Como é o ambiente da enfermaria da UCIP?**

A UCIP tem 10 camas (mais uma cama de isolamento). Embora não haja secções separadas por sexo, nem quartos particulares,

são feitos todos os esforços para assegurar a privacidade e a dignidade dos doentes, por meio de cortinas.

Os níveis de ruídos na UCIP variam ao longo das horas, mas pode encontrar um ambiente ruidoso, especialmente durante o dia. Pode sentir-se desconfortável pela diversidade de equipamento e de ruídos de alarmes que possa ouvir. Há equipamentos, que ajudam a providenciar um melhor cuidado aos doentes, que emitem sinais sonoros. Há ruídos próprios dos aparelhos em uso e por vezes pode mesmo soar um alarme. Isto é habitual e apesar de poder assustar familiares e amigos não significa necessariamente que algo de errado esteja a acontecer.

### **Para que serve todo o equipamento?**



O equipamento que rodeia o doente tem duas finalidades: assegurar o funcionamento dos vários órgãos e avaliar o estado do doente.

Para a equipa de Médicos e Enfermeiros controlarem permanentemente o que se passa com todos os doentes ligam-se vários monitores que vigiam continuamente as funções essenciais à vida (batimentos do coração, pressão arterial, oxigénio no sangue).

### **Que profissionais trabalham na UCIP?**

Os profissionais da UCIP trabalham em equipa e cuidam de todos os doentes internados. A equipa é constituída por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais todos com formação técnica especializada para cuidar de doentes graves e responder em situações de emergência. A equipa da UCIP funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, para responder prontamente a qualquer alteração que possa ocorrer, não só aos doentes internados na UCIP, mas também para socorrer qualquer doente que recorra a este Hospital e esteja em risco de vida.

### **Informação aos Acompanhantes**

O Médico de serviço dará as informações consideradas pertinentes relativas ao estado clínico do doente a uma pessoa escolhida pela família, que de seguida transmita essas informações aos restantes familiares.

Não é permitido fornecer qualquer informação relativa ao estado clínico dos doentes pelo telefone.

Nesta unidade o doente deverá usar a roupa facultada pelos profissionais e não os seus pertences. No entanto, poderá ficar com pertences como óculos e aparelhos auditivos.

### **Normas para as Visitas e Horários**

O doente internado na UCIP pode receber visitas **das 11 até às 21h**, mas apenas 2 pessoas de cada vez. No entanto, pede-se que as visitas sejam feitas, de preferência, depois das 13h para proporcionar mais privacidade aos doentes, pois é durante o turno da manhã que são prestados os cuidados de higiene e conforto.

As crianças não devem mas podem visitar o doente, sendo aconselhável que não tenham menos de 13 anos.

A entrada no Serviço deve ser feita pela entrada principal.

Ao chegar ao serviço deve tocar à campainha e aguardar que um profissional o atenda e lhe abra a porta. Na UCIP os acompanhantes têm à sua disposição uma sala, onde poderão confortavelmente aguardar até que lhes seja dada autorização para entrar na Unidade até junto do doente.

O telemóvel tem de ser desligado antes de entrar na unidade, pois interfere com o funcionamento dos aparelhos existentes, podendo colocar o doente em risco.

Antes e depois da visita deverá lavar cuidadosamente as mãos no lavatório, logo à entrada da unidade, e não deverá sentar-se ou colocar objectos pessoais em cima da cama do doente, para evitar infecções.

Durante o tempo da visita siga as instruções dadas pelo Enfermeiro que acompanha o seu doente e que numa primeira visita lhe fará uma pequena integração ao serviço e ajudá-lo-á sempre que necessitar de ajuda ou de esclarecimento de dúvidas.

Pode e deve tocar e falar com o seu doente, mesmo que ele não lhe responda e que lhe pareça que ele não o ouve ou sente. Se não conseguir compreendê-lo peça ajuda ao Enfermeiro.

### **Objectos Pessoais e Valores**

Não deve trazer objectos pessoais ou comida, pois podem ser prejudiciais para o seu doente.



Centro Hospitalar  
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

# Guia de Acolhimento à Família na UCIP

*Trabalho elaborado por:*

Cristiana Maia Brandão Silva

Aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem

de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

da Universidade Católica do Porto

Santa Maria da Feira, 2010

Anexo III

Poster “Algoritmo de actuação perante a Fibrilhação Ventricular e a Taquicardia Ventricular sem pulso”

## **1. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO PERANTE A FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR E A TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO**

A maioria das pessoas que sofre uma PCR morre e a maioria dos que sobrevivem têm geralmente paragens cardíacas em FV testemunhadas e monitorizadas. Os ritmos cardíacos associados a paragem cardíaca dividem-se em dois grupos tais como os desfibrilháveis, que são a FV e a TVsp, e os não desfibrilháveis tais como a assistolia e a Actividade Eléctrica sem pulso (AEsp). A diferença fundamental no tratamento destes dois grupos é a indicação para desfibrilhar no primeiro e a de não desfibrilhar no segundo, respectivamente. No adulto o ritmo de paragem cardíaca mais frequente é a FV (CPR, 2006).

Em contexto de PCR intra-hospitalar, é de esperar que uma instituição qualificada tenha condições para colocar em prática a sequência precisa de acções preconizada pelo CPR.

Pelo facto da equipa multidisciplinar da UCIP só reanimar ocasionalmente, comparativamente com o SU, e de em 2010 a actuação perante os ritmos desfibrilháveis ter sido alterada pelo CPR com novas recomendações, identifiquei algumas dificuldades por parte da equipa em interiorizar a sequência de acções preconizadas pelo algoritmo de actuação perante a FV e a TVsp. Neste contexto, decidi elaborar este poster que resultou numa mais-valia na actuação da equipa perante esses ritmos de PCR.



# FV/TV SD



Anexo IV

Projecto de Intervenção “Prevenção da Privação Sensorial no Doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente: Orientação Espaço-Temporal”



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

### **PROJECTO DE INTERVENÇÃO**

**Aluno:** Cristiana Maia Brandão Silva

Porto, Junho de 2010



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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**PROJECTO DE INTERVENÇÃO**  
**PREVENÇÃO DA PRIVAÇÃO SENSORIAL NO DOENTE**  
**INTERNADO NA UCIP: ORIENTAÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL**

**Aluno:** Cristiana Maia Brandão Silva

**Sob orientação de:** Professora Lúcia Rocha

Trabalho elaborado no âmbito do Estágio de Cuidados Intensivos (Módulo III) na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica

Porto, Junho de 2010

## SIGLAS E ABREVIATURAS

CHEDV – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga  
edição – ed.

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HSS – Hospital São Sebastião

ISBN – International Standard Book Number

ISSN – International Standard Serial Number

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## ÍNDICE

	Página
0 – INTRODUÇÃO .....	4
1 – PREVENÇÃO DA PRIVAÇÃO SENSORIAL NO DOENTE INTERNADO NA UCIP: ORIENTAÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL .....	5
1.1 – PLANEAMENTO .....	6
1.2 – IMPLEMENTAÇÃO .....	8
1.3 – AVALIAÇÃO .....	8
2 – CONCLUSÃO .....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11
ANEXOS .....	12
Anexo A – Fotografia do “orientador espaço-temporal”	
Anexo B – Planta da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente com a localização do “orientador espaço-temporal”	

## 0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Cuidados Intensivos, referente ao Módulo II da Unidade Curricular de Estágio, inserido no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), que decorreu no 2º semestre do ano lectivo 2010/2011, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) da Unidade Hospital São Sebastião (HSS) do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV), propus-me desenvolver um projecto de intervenção na tentativa de solucionar uma situação/problema identificada neste campo de estágio.

No ambiente de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), o doente enfrenta sérias dificuldades em gerir o ambiente interno e externo, podendo mesmo conduzi-lo ao desequilíbrio sensorial, tanto por privação como por sobrecarga.

Após a minha avaliação diagnóstica da privação sensorial, de que padecem os doentes internados naquela unidade, e com base na evidência científica existente desenvolvi e implementei este projecto intitulado de “Prevenção da privação sensorial no doente internado na UCIP: orientação espaço-temporal”, que culminou na construção de um relógio e calendário incorporados num só objecto que designei de “orientador espaço-temporal”.

Fundamentalmente, este Projecto tem como objectivos (i) Dar visibilidade ao papel do Enfermeiro (Enf.º) com EEMC ao nível da prevenção de complicações e da promoção do bem-estar do doente crítico; (ii) Prevenir os efeitos da privação sensorial no doente internado nesta unidade, mais concretamente no que respeita à sua orientação espaço-temporal.

Metodologicamente, para elaborar este projecto e para alcançar os objectivos traçados, foi necessário recorrer à troca de informação com a equipa multidisciplinar, à entrevista informal aos doentes, à pesquisa bibliográfica e multimédia, à aplicação dos conhecimentos teóricos, à observação, à comunicação e, ainda, à análise crítico-reflexiva.

Estruturalmente, o projecto de intervenção começa pela contextualização teórica do tema que inclui o planeamento, implementação e avaliação do mesmo. As considerações finais sobre os contributos com a realização deste projecto e a análise crítica dos principais aspectos constam da conclusão. De seguida, são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos com a fotografia do “orientador espaço-temporal” e a planta da UCIP com a localização do mesmo.

## 1 – PREVENÇÃO DA PRIVAÇÃO SENSORIAL NO DOENTE INTERNADO NA UCIP: ORIENTAÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL

O ser humano recebe múltiplos estímulos vindos do exterior que actuam ao nível dos cinco sentidos: audição, visão, tacto, olfacto e paladar. Evans e McCoy (1998) citados por CLEMESHA (2007:61) "definem `estimulação` como a dimensão que descreve a quantidade de informação imposta ao usuário". Assim, o termo sensorial diz respeito ao nível e à variedade de estimulação que permite ao indivíduo interagir idealmente com o ambiente (PHIPPS, 2003).

O doente internado numa UCI, depara-se com uma realidade totalmente diferente daquela com que está familiarizado, encontrando-se particularmente vulnerável dado que dificilmente consegue gerir o ambiente interno e externo, experimentando muitas vezes o desequilíbrio sensorial - privação ou sobrecarga.

PHIPPS (2003) reforça esta linha de pensamento referindo que os doentes internados numa UCI têm pouco ou nenhum controlo sobre a quantidade e/ou frequência dos estímulos que recebem e que o ambiente da UCI é quase sempre desprovido de estímulos sensoriais familiares para o doente.

Apesar do doente ter, muitas vezes, a noção da dinâmica de uma UCI, o mesmo autor refere que perante uma situação de internamento a sua atenção passa a estar centrada no que vê nesse ambiente confuso e hiperactivo tal como as luzes, o barulho das máquinas, a poluição sonora, a iluminação excessiva, a presença de muitas pessoas, entre outros aspectos, gerando-lhe stresse.

É importante referir que as UCI's são caracterizadas pela ampla utilização de equipamentos de tecnologia avançada e de sistemas sofisticados de monitorização que segundo CÔRTE-REAL (2007:115) permitem a "prestação de cuidados minuciosos e qualificados, administrados de forma contínua, nas 24 horas, vigiando e permitindo manter as funções básicas da vida".

Deste modo, o facto da UCI constituir um espaço físico quase sempre sobreutilizado, faz com que este seja um ambiente barulhento, inóspito e stressante (GUANAES e FILGUEIRAS, 2004).

Apesar de muitos Enfermeiros desta unidade não estarem suficientemente elucidados acerca da temática da privação sensorial do doente, SHEVLIN (1988) revela-nos que o interesse dos Enfermeiros relativamente à privação e sobrecarga sensoriais assume especial destaque já na década de 80, altura em que a manutenção do equilíbrio sensorial no doente crítico e a perda relativa do equilíbrio sensorial dos doentes hospitalizados despertou interesse na comunidade.

A mesma autora faz, ainda, referência a Hebb que em 1949 foi responsável por algumas experiências neste âmbito e que consistiram em colocar pessoas saudáveis num ambiente isolado, onde eram submetidas a privação de estímulos sensoriais, nomeadamente visão e audição. Os resultados incluíam efeitos como estados alucinatórios, actividade intelectual

debilitada, deterioração relativa da capacidade de actuação psicomotora e desequilíbrio hidroelectrolítico.

Destas experiências, Hebb concluiu que os doentes devem ser protegidos do desequilíbrio sensorial e que é importante que tenham e mantenham uma absorção diversa para responder de modo positivo às exigências do dia-a-dia.

Segundo SHEVLIN (1988:9) os doentes internados na UCI são aqueles que apresentam maior risco de privação sensorial, “uma vez que a capacidade de absorção de estímulos está diminuída e, paradoxalmente, também estão sujeitos a ‘bombardeamento’ sensorial”, resultante do barulho típico de uma UCI.

Kaplan e Kaplan (1982) citados por CLEMESHA (2007) explicam que uma longa exposição ao ambiente hospitalar resulta em cansaço mental e caos cognitivo.

GUANAES e FILGUEIRAS (2004) fazem alusão à existência de relatos de casos de doentes internados em UCI's que desenvolveram alterações do seu estado de consciência e estados de psicose, sem etiologia orgânica, mas sim directamente relacionados com o ambiente físico da unidade.

PHIPPS (2003) faz também referência a estudos de investigação, realizados durante anos, que demonstraram que a sobrecarga e a privação sensoriais podem conduzir a distorção perceptual, alucinações e paranóia.

A falta de estimulação origina o tédio, pode privar o organismo humano de assimilar os desafios ambientais com sucesso e, em casos extremos, pode provocar alucinações. A este respeito Mahnke (1996) citado por CLEMESHA (2007) afirma que as alucinações são mais frequentes na monotonia e no excesso de estimulação.

“Tal como o corpo, o cérebro também precisa de ser exercitado para se manter em bom funcionamento” (CLEMESH, 2007:61). Contudo, a autora refere que a estimulação excessiva provoca dificuldade em fixar a atenção e acções continuadas interrompidas.

## 1.1 – PLANEAMENTO

Em Cuidados Intensivos o Enf.º ocupa uma posição única e desempenha um papel crucial na gestão de um ambiente hospitalar cuidadosamente equilibrado e promotor duma boa saúde mental do doente.

Assim, o Enf.º deve intervir com o objectivo de controlar a estimulação ambiental e evitar situações extremas, como sejam a privação e a sobrecarga sensoriais. É, ainda, da sua área de competências o controlo da quantidade e do tipo de estímulos que afectam o doente dentro da unidade, bem como a manutenção de um nível de estimulação dentro dos limites toleráveis.

Para a criação de um ambiente favorecedor da absorção sensorial variada, não posso deixar de concordar com a opinião de SHEVLIN (1988:10) quando nos diz que essa não constitui uma “tarefa fácil e requer esforço e imaginação”.

Segundo a opinião do economista Theodore Levitt citado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009), a “criatividade consiste em pensar em coisas novas” ao passo que a “inovação consiste em fazer coisas novas” e em transformar uma boa ideia em algo que possa ser útil, “algo que seja implementável e exequível e que se espera que traga melhor promoção para a saúde, prevenção da doença e melhores cuidados para os doentes”.

Neste novo contexto de trabalho identifiquei alguns factores de risco e situações/problema passíveis de serem resolvidas ou pelo menos atenuadas no contexto da melhoria dos cuidados prestados aos doentes internados na UCIP.

Os autores GUANAES e FILGUEIRAS (2004), a propósito dos aspectos físicos que devem fazer parte de uma UCI, fazem referência à importância do acesso à luz natural, à visualização de vegetação, ao uso de tons claros nas paredes e no mobiliário, à presença de calendários e relógios de parede, à iluminação individualizada e regulável, ao uso de fontes de ouvido e áudio, ao uso de televisores e videocassete, à central de monitorização, ao painel personalizado, à cadeira para visitantes à beira do leito, à poltrona e ao painel informativo.

Através da observação atenta e cuidada e de entrevistas informais aos doentes, família e equipa multidisciplinar, constatei que em termos físicos a unidade é dotada das características que eu e a literatura consideramos mais relevantes em termos de satisfação das necessidades dos doentes a nível sensorial.

Ao questionar os doentes acerca do dia e mês, para avaliação da escala de coma de *Glasgow*, detectei que em termos temporais a unidade carecia de calendários e relógios, pois apenas existem dois relógios, restritos ao campo visual de um ou dois doentes.

Em relação à orientação espacial considero que existe, por parte da equipa multidisciplinar, uma tentativa de reorientação permanente dos doentes, sendo prática comum a informação acerca da sua localização e do motivo do seu internamento, porém sem grandes resultados.

No âmbito das inovações dos cuidados em saúde, o *International Council of Nurses* citado pela OE (2009:6) expressa o seu ponto de vista, atestando que as inovações surgem frequentemente da necessidade de resposta a uma situação/problema ou a uma lacuna dos serviços.

PHIPPS (2003) faz alusão aos calendários e relógios como objectos úteis para orientar o doente no tempo. Na opinião de GUANES e FILGUEIRAS (2004:26) a presença de calendários e relógios de parede oferecem ao doente a “condição de se manter situado no tempo e no espaço, evitando distúrbios comuns, como a insónia e suas consequências no ciclo circadiano”.

CLEMESHA (2007) chama-nos a atenção para a necessidade de se estudarem os custos e benefícios provocados pela vivência de espaços criados para restaurar o equilíbrio emocional dos doentes.

Ainda na opinião da mesma autora, também a escolha de cada objecto decorativo deve ser fundamentada no conhecimento e na ciência, com o intuito de permitir que os doentes, após o internamento, usufruam de um ambiente terapêutico favorável ao seu regresso à vida normal e de uma rápida restauração do equilíbrio sensorial.

## 1.2 – IMPLEMENTAÇÃO

Ao abordar o Enf.º tutor e a Enfermeira (Enf.ª) Coordenadora acerca do interesse em desenvolver este projecto de intervenção, verifiquei desde logo a receptividade de ambos para o desenvolvimento e implementação do mesmo, considerado uma mais-valia para a unidade e para os doentes.

Nesta unidade, a desorientação espaço-temporal dos doentes internados foi uma das situações/problema que detectei. Com base na evidência científica existente e após a minha avaliação diagnóstica, desenvolvi e implementei um projecto de intervenção intitulado de “Prevenção da privação sensorial no doente internado na UCIP: orientação espaço-temporal”, com o objectivo principal de prevenir os efeitos da privação sensorial no doente internado nesta unidade, mais especificamente no que respeita à sua orientação espaço-temporal.

Para atingir este objectivo efectuei a colheita de dados acerca das necessidades sensoriais dos doentes internados, a pesquisa bibliográfica e multimédia acerca do tema, a construção de um relógio e calendário incorporados num só objecto que designei de “orientador espaço-temporal” (Anexo A), bem como a elaboração de uma planta da UCIP (Anexo B) com a proposta de localização de cinco “orientadores espaço-temporais” de modo a que os onze doentes, que constituem a capacidade total da unidade, encontrassem um desses objectos no seu campo visual.

A estrutura física da UCIP não permite a fixação de objectos na parede voltada de frente para o campo visual dos doentes, daí a minha sugestão em fixar o “orientador espaço-temporal” no tecto conforme planta apresentada.

## 1.3 – AVALIAÇÃO

A avaliação dos resultados da implementação deste projecto, no que respeita aos efeitos do “orientador espaço-temporal” só será possível caso o CHEDV venha a autorizar a realização de mais quatro “orientadores espaço-temporais”, que por motivos económicos só me foi possível elaborar um exemplar. Neste momento encontro-me a aguardar uma resposta da Directora Clínica do Hospital e Directora da unidade, que considerou tratar-se de um projecto muito interessante, mas que pela situação actual do país, onde se impõe a contenção de custos, exigirá algumas avaliações.

Caso seja aprovada a sua consecução, com a colaboração da Psiquiatra da Unidade HSS, e da Directora Clínica, serão elaboradas duas a três questões acerca da importância da orientação espaço-temporal durante o processo de doença do doente internado na UCIP.

Essas questões serão colocadas, num primeiro momento, durante o internamento e, numa segunda fase, durante a consulta de *follow-up* que será implementada brevemente na

unidade. Posteriormente, serão comparadas as respostas nos dois momentos e retiradas as conclusões relativamente aos efeitos inerentes à implementação deste projecto na prevenção da privação sensorial no doente.

## 2 – CONCLUSÃO

O internamento numa UCI, é muitas vezes responsável pelo desequilíbrio sensorial - privação ou sobrecarga - tendo em conta que esse ambiente é quase sempre desprovido de estímulos sensoriais para o doente.

O projecto de intervenção desenvolvido veio dar visibilidade à importância do papel do Enf.º com EEMC ao nível da prevenção de complicações, da promoção do bem-estar do doente e da sua readaptação funcional, o mais precocemente possível após a alta da UCI.

Como limitações saliento a falta de verba do CHEDV para financiar a implementação por completo deste projecto de intervenção.

Este trabalho, com todas as experiências e oportunidades que me proporcionou, constituiu um contributo muito valioso para o meu processo de formação e conferiu-me a capacidade de olhar a profissão de uma forma mais consistente, apercebendo-me da relevância da actuação do Enf.º com EEMC no âmbito dos Cuidados Intensivos.

Os objectivos delineados e propostos para este projecto foram atingidos, realçando o papel do Enf.º como uma mais-valia para as organizações de saúde, sendo reconhecido e procurado pelo doente crítico em busca de respostas para os seus problemas de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CÔRTE-REAL, Isabel – Enfermagem em cuidados intensivos. **Revista Portuguesa de Bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. n.º 1 (2007), p. 115-123.

GUANAES, André; FILGUEIRAS, Nivaldo 2004 – Ergonomia na UCI. In **Humanização em Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. ISBN 85-7309-786-8. p. 15-29.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

SHEVLIN, Patsy Barrie – Manutenção do equilíbrio sensorial no doente em estado crítico. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. n.º 2. (1988), p. 8-14.

## REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

CLEMESHA, Maria Regina – **Arte e Ambiente Terapêutico** [em linha]. Revista Exacta. Vol. 5, nº 1 (Jan./Jun. 2007), p. 57-67. [Consult. 24 de Abril de 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://redalyc.vaemex.mx/redalyc/pdf/810/81050106.pdf>>. ISSN 1678-5428.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados** [em linha]. Lisboa, [2009], actual. 12 Maio 2009. [Consult. 26 Abril 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/membros/Paginas/AreaReservada.aspx>>.

## ANEXOS

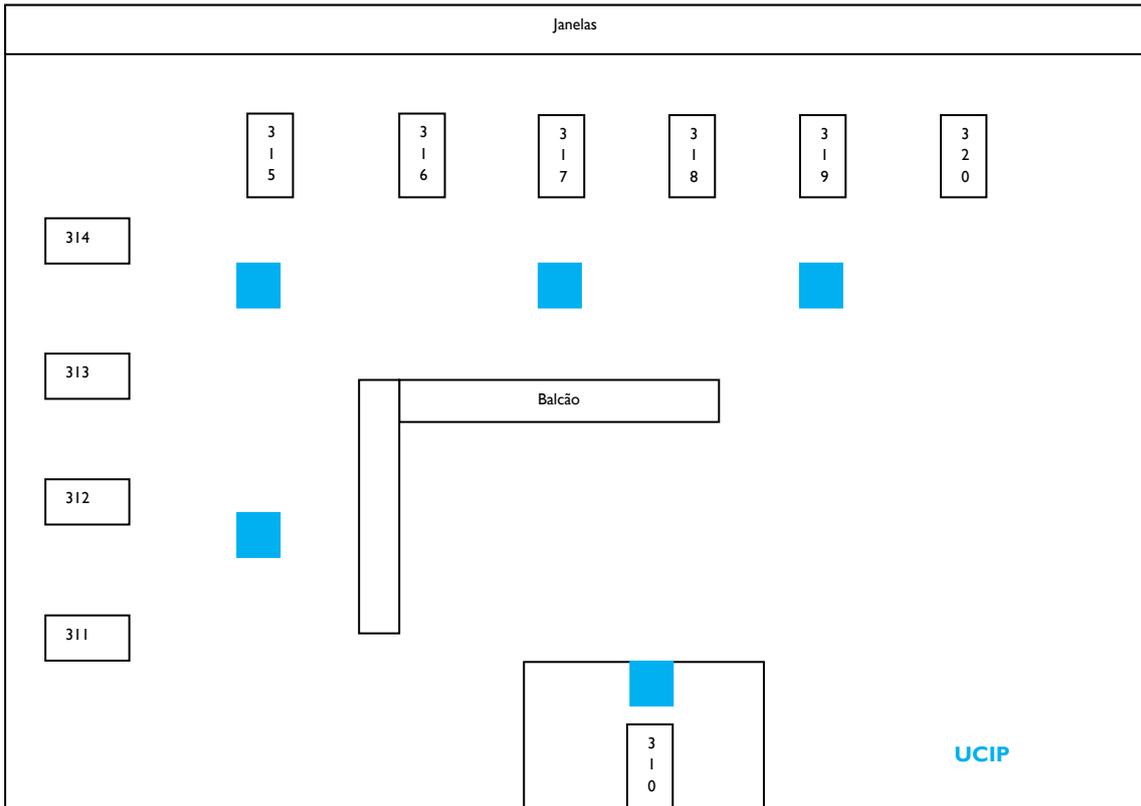
Anexo A

Fotografia do “orientador espaço-temporal”



Anexo B

Planta da Unidade de Cuidados Intensivos  
Polivalente com a localização do “orientador  
espaço-temporal”



**LEGENDA:**

 "orientador espaço-temporal"

 cama

Anexo V

Caracterização dos Locais de Estágio de  
Assistência Pré-hospitalar

## 1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DO ESTÁGIO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

As **ambulâncias de SBV** são tripuladas por dois Técnicos de Ambulâncias de Emergência (TAE's) e visam a avaliação, estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência na vertente de trauma e/ou doença súbita até à unidade de saúde mais adequada, desde que não exista risco de vida eminente (INEM, 2010).

Neste tipo de ambulância, os TAE's têm ao seu dispor material de SBV, na área de trauma e de doença súbita, e Desfibrilhador Automático Externo (DAE).

As ambulâncias de SBV localizam-se em bases do próprio Instituto e em corpos de bombeiros em vários locais do país, designados de Postos de Emergência Médica aos quais é cedida uma ambulância de SBV e respectivo equipamento pelo INEM e a sua tripulação é garantida pelo corpo de bombeiros (*ibidem*).

O turno destinado a este meio de socorro foi realizado na ambulância de SBV de Ovar. Através da observação, da troca de informação com a equipa de TAE's e da consulta de documentos existentes, tomei conhecimento das instruções para utilização do DAE, dos protocolos de actuação relativos à desobstrução da via aérea, da paragem cardíaca presenciada e não presenciada, dos critérios de activação da via verde AVC e da medicação existente (glicose a 30%, ácido acetilsalicílico e nitroglicerina), administrada após validação prévia pelo médico do CODU, assim como de todo o material utilizado pela equipa.

Relativamente à gestão dos recursos materiais disponíveis, observei e colaborei na realização da *check-list* do material e equipamentos da ambulância, que obedece a uma série de verificações respeitantes à célula sanitária, ao saco de primeira abordagem, ao saco de trauma, maca pluma (*scoop*) e maca de vácuo (*coquille*) e na *check-list* de manutenção da ambulância, verificando-se itens tais como o nível do óleo, luzes, entre outros.

Considero relevante a existência destas listas que se aplicam a todas as ambulâncias de SBV, permitindo a sua uniformização e normalização, o que facilita a mobilidade dos profissionais entre as diferentes bases do país.

O Projecto SIV, colocado em prática em 2007, surgiu da necessidade em desenvolver o SIEM e melhorar os cuidados de emergência médica pré-hospitalar prestados à população. A operacionalização deste projecto foi feita através da criação de um novo meio de socorro do INEM - as ambulâncias de SIV.

As **ambulâncias de SIV** garantem à população os cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com conhecimentos em SAV, se necessário, e são tripuladas por um Enf.º e um TAE (INEM, 2010).

A função do Enfermeiro de SIV consiste na chefia da equipa de TAE's e na prestação de cuidados de emergência médica, de acordo com protocolos bem definidos criados pelo INEM e com controlo médico rigoroso.

Por sua vez, os TAE's das ambulâncias de SIV têm como funções conduzir o veículo e colaborar na prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar, de acordo com as suas competências e com as orientações do Enf.º.

O controlo médico pode ocorrer directa ou indirectamente. De forma directa é feito através da comunicação de dados (telemedicina) e comunicação de voz (telemóvel) com o médico do CODU para validação prévia de alguns procedimentos específicos, assinalados nos protocolos de actuação SIV. O controlo médico indirecto é realizado através dos protocolos de actuação SIV onde estão definidas as acções que podem ser realizadas imediatamente pela equipa SIV, sem validação médica, e aquelas em que lhe é exigido contacto directo com o médico responsável para prévia validação *on-line*. A nível operacional, a actividade das ambulâncias SIV é regulada pelo respectivo CODU.

Relativamente aos recursos materiais, a ambulância de SIV dispõe da mesma carga de uma ambulância de SBV, que inclui vertente de trauma e vertente de doença súbita, acrescida de um monitor-desfibrilhador e vários fármacos. Este meio de socorro usufrui, ainda, de equipamento (*tablet's PC*) que permite a transmissão *on-line* de electrocardiogramas e sinais vitais.

Os oito turnos do Estágio destinados a este meio de socorro foram realizados nas ambulâncias de SIV de Gondomar (5 turnos), Santo Tirso (2 turnos) e Vila do Conde (1 turno).

O primeiro contacto com o INEM ocorreu em Santo Tirso e as primeiras horas do turno destinaram-se à familiarização com as rotinas da base, tais como a lavagem interior e exterior da ambulância, os pedidos de material, medicação e oxigénio, a verificação de folhas de ponto (no último dia do mês), a manutenção de baterias do monitor/desfibrilhador (mensalmente), a contagem e verificação da validade do material do armazém (mensalmente). Uma vez por mês são verificados os prazos de validade da medicação.

Relativamente aos registos, são efectuados o mapa de controlo de consumos de combustível da ambulância (registo manual e *on-line* na base de dados do INEM), o controlo de estupefacientes e psicotrópicos, o registo de serviços efectuados (registo manual e *on-line* na base de dados do INEM), o registo de verificação da manutenção da ambulância, o registo de verificação da *check-list* da ambulância, mochila 1 (mochila médica) e 2 (mochila de trauma) e o controlo de estupefacientes/psicotrópicos.

A **VMER**, de acordo com a definição do INEM (2010), consiste num veículo de intervenção em emergência a nível pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica, constituída por um médico e um Enf.º com formação em emergência médica, ao local onde se encontra o doente.

A VMER está equipada com o equipamento necessário para a reanimação e estabilização inicial de vítimas de trauma ou doença súbita e para o acompanhamento médico durante o transporte até à unidade de saúde adequada. O seu funcionamento é assegurado 24 horas por dia, actua na dependência exclusiva dos CODU's e têm uma base hospitalar.

O primeiro dia de Estágio na VMER começou com a verificação da *check-list* de todo o material, fármacos e equipamentos necessários à aplicação de manobras de SBV e SAV que a

mochila médica, a mala pediátrica, a mochila de trauma e a viatura englobam. Observei o conteúdo dos kits de entubação, CPAP *boussignac* (equipamento que permite obter uma respiração espontânea com nível de pressão positiva contínua em todo o ciclo respiratório), punção venosa periférica, hipoglicemia, intraósseo e de catástrofe.

No sentido de assegurar as comunicações e transmissões necessárias ao bom funcionamento do SIEM, o INEM disponibiliza do Departamento de Telecomunicações e Informática que coordena e promove a instalação e operacionalidade das redes de telecomunicações e a informatização dos serviços e dados (INEM, 2010).

O rádio de telecomunicações da viatura em rede fechada com a central CODU – INEM, o telemóvel, os verbetes de socorro e os intercomunicadores (para comunicar da cabina onde se encontra o doente para o motorista) constituem os meios de transmissão de informação que o INEM utiliza.

Para que a articulação entre os tripulantes, os diferentes meios de socorro e os meios de comunicação controlados pelo CODU seja realizada da melhor forma possível, todos os tripulantes devem estar familiarizados com as regras básicas de telecomunicações.

Para tal, os status operacionais do rádio devem ser enviados regular e atempadamente e devem ser comunicadas ao CODU as situações de reconhecimento de área e/ou abastecimento da viatura, solicitando autorização. Os dados relativos à situação clínica da vítima devem ser sempre transmitidos ao CODU antes de se proceder ao seu transporte. O CODU deve ter dados actualizados sobre todos os acontecimentos e localização do meio de socorro em questão, de modo a preparar a recepção hospitalar dos doentes e a agilizar os meios disponíveis para dar resposta a novas activações 112.

A observação durante a prática diária; as informações conseguidas junto de alguns elementos das equipas, a consulta dos Decretos-Lei e protocolos do INEM, o modo como aproveitei as oportunidades surgidas ao longo da realização do Estágio constituíram factores adjuvantes na concretização desta caracterização dos diferentes locais do Estágio de APH.

Anexo VI

Plano de Sessão do 4º Curso de Suporte  
Básico de Vida

## 4º CURSO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### LOCAL

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. (CHEDV)

Rua Dr. Cândido de Pinho

4520-211 Santa Maria da Feira

### DATA

20 de Novembro de 2010

### HORÁRIO

Das 9 às 14 horas

### CERTIFICAÇÃO

Departamento de Formação do CHEDV

### FORMADORES

**Coordenadores:** Carlos Silva, Julieta Vieira

**Responsáveis de formação:** Carlos Silva, Joaquim Fial, Julieta Vieira, Cristiana Silva

**Supervisão das bancas práticas:** Cristiana Silva, Raquel Santos, Coimbra, Fernando Pereira, Joaquim Fial, Carlos Silva, Pedro Hugo, Sónia Viegas

Equipa VMER Feira

### DESTINATÁRIOS

Bombeiros e Cruz Vermelha da área de actuação da VMER Feira

### OBJECTIVOS (No final do Curso, o formando deve ser capaz de:)

- Conhecer os meios Instituto Nacional de Emergência Médica e sua integração no Sistema Integrado de Emergência Médica;

- Conhecer o funcionamento do número europeu de socorro “112”;
- Reconhecer as situações de perda de conhecimento;
- Reconhecer as situações de paragem respiratória, cardíaca e cardio-respiratória;
- Aplicar as medidas iniciais de manuseamento da vítima em paragem cardio-respiratória;
- Avaliar a vítima utilizando o procedimento ABC;
- Utilizar as técnicas de reanimação cardio-respiratória;
- Actuar de acordo com os algoritmos de actuação em Suporte Básico de Vida (SBV) em vigor (Conselho Europeu de Ressuscitação);
- Agir de acordo com as precauções universais.

## **CONTEÚDO PROGRAMÁTICO**

- Precauções universais;
- Abordagem da via aérea;
- SBV adulto

## **METODOLOGIA**

- Expositiva;
- Interrogativa;
- Demonstrativa.

## **ESTRUTURA DO CURSO**

09h00-09h15': Sessão de Abertura do Curso

09h15'-10h15': Apresentação Teórica

10h15'-10h45': Demonstração prática

10h45'-11h00': Intervalo para café

11h00'-12h30': Bancas práticas (1h20')

12h30'-13h15': Avaliação prática

13h15'-13h45': Avaliação teórica

13h45'-14h00': Sessão de encerramento

## **RECURSOS DIDÁTICOS**

- Auditório do CHEDV;
- *Datashow*;
- Computador;
- Manequins para SBV (2);
- Esferográficas e papel.

## **AVALIAÇÃO**

Método de avaliação contínua

Avaliação final dos conhecimentos teórico-práticos relativos ao conteúdo programático do curso

## **REGIME DE FALTAS**

Presença obrigatória

Anexo VII

Guia de Bolso “Algoritmo de Suporte Básico de  
Vida Adulto”

