



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Cuidar a pessoa que vivencia uma situação de
exceção: Uma intervenção especializada de
enfermagem**

Margarida Maria Ribeiro Domingos

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Cuidar a pessoa que vivencia uma situação de
exceção: Uma intervenção especializada de
enfermagem**

Margarida Maria Ribeiro Domingos

**Relatório de Estágio orientado por:
Professora Florinda Galinha de Sá
Professor Miguel Soares de Oliveira**

2015



AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria de Lurdes e Ventura, por aceitarem e compreenderem as ausências e ainda pelo apoio e amor incondicional apesar da distância.

A ti Edgar, que estiveste sempre presente e me acompanhaste em cada momento deste percurso, despertando dia após dia, o sorriso no meu rosto e coração.

A si Professora Florinda, pelos constantes incentivos ao alcance desta meta tão importante da minha vida e sobretudo por ter acreditado em mim, mesmo quando eu deixei de o fazer.

Ao Professor Miguel pela partilha de conhecimentos, nomeadamente no âmbito da situação de exceção.

Às orientadoras de estágio, Alexandra Pinto, Célia Cardoso e Guadalupe Fagulha por todos os momentos de empatia, sabedoria e partilha.

A todos os enfermeiros e profissionais de saúde que partilharam comigo os momentos de aprendizagem no decorrer desta etapa.

Aos meus amigos de sempre e aos que surgiram no decorrer da caminhada, por estarem presentes a cada momento, por todo o carinho e compreensão nas ausências.

RESUMO

Situação de exceção é um tema de difícil definição, o qual pressupõe um desequilíbrio provocado pelo número de vítimas ou pela inadequação dos meios disponíveis face aos que seriam necessários a uma resposta adequada em contexto de emergência multi-vítimas. Pela possibilidade da sua ocorrência se aliar em simultâneo à inevitabilidade e à imprevisibilidade, torna-se necessária uma adequação na resposta a tais ocorrências, uma vez que a pessoa vítima de exceção será tendencialmente vítima de trauma possuindo em inerência a necessidade de cuidados especializados para estabilização hemodinâmica.

Este relatório teve como objectivo geral o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica que vivencia um processo de transição decorrente de uma situação de exceção com vista à antecipação de situações de instabilidade e risco de falência orgânica pela realização de estágio em viatura médica de emergência e reanimação, serviço de urgência e de unidade de cuidados intensivos.

Foram materializadas as actividades planeadas por forma a adquirir saberes e competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e família durante o processo de transição saúde-doença e à dinamização de resposta a situações de exceção ou emergência multi-vítimas desde o nível da conceção à acção. A aprendizagem foi sustentada pela teoria de Meleis, uma vez que a transição decorrida pela pessoa em situação crítica e família numa situação de exceção irá requerer uma aquisição de conhecimentos e alteração comportamental, remetendo para a pertinência da intervenção de enfermagem para uma transição saudável com ganhos em saúde.

O percurso desenvolvido possibilitou assim a oportunidade em ser agente de mudança para uma melhor preparação em resposta a situações de exceção e consequentemente na promoção da melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Palavras-chave: Enfermagem, Situação de exceção, Pessoa em situação crítica, Urgência.

ABSTRACT

Exceptional situation is a topic of difficult definition, which assumes an imbalance caused either by the number of victims or the inadequacy of the means available to face that would be necessary for adequate response in multi-victims emergency context.

Due to the possibility of their occurrence allied simultaneously to inevitability and unpredictability, an adaptation in response to such events becomes necessary, since the exception victim person will tend to be victim of trauma inhering the need for specialized care for hemodynamic stabilization.

This report had as main objective the development of specialized nursing skills in the care of the person in critical condition who experiences a transition process due to an exception situation in order to anticipate situations of instability and risk of organ failure by the completion of internships in a medical emergency and resuscitation vehicle, emergency room service and intensive care unit.

Planned activities were materialized in order to acquire knowledge and technical, scientific and relational skills in the provision of specialized nursing care to the Person in Critical Situation and family during the process of transition from health to disease and the promotion of the multi-victims exception or emergency response from the level of design to action.

Learning was supported by Meleis theory, since the transition elapsed by the person in critical condition and family in an exception situation will require acquisition of knowledge and behavioral change, referring to the relevance of nursing intervention for a healthy transition with health gains.

The course developed allowed so the opportunity to be an agent of change for better preparation in response to exception situations and consequently in promoting improved health care.

Keywords: Nursing, Exceptional situation, Critical Situation Person, Emergency.

INDÍCE

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	ix
INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	13
1.1 - Cuidado de enfermagem à pessoa que vivencia uma situação de exceção	13
1.2 - Situação de exceção	15
1.2.1 Intervenção especializada de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de Trauma.....	20
1.3 - Triagem de catástrofe	24
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	28
2.1 - Aquisição de competências em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos	29
2.2 - Aquisição de competências em serviço de Urgência Central com Plano de Emergência Externo	48
2.3 - Promoção da melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de situação de exceção no Serviço de Urgência do nosso contexto laboral	56
2.4 - Aquisição de competências em Viatura Médica de Emergência e Reanimação	62
2.5 - Curso Medical Response to Major Incidents (MRMI)	67
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS	82

ANEXO I - Programa do curso de Prevenção e Controlo de Infeção

ANEXO II - Programa do curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI)

ANEXO III - Certificado de Realização do curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI)

ANEXO IV - Programa das I Jornadas de Enfermagem de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes

ANEXO V - Apreciação do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências

APÊNDICES 105

APÊNDICE I - Cronograma dos estágios

APÊNDICE II - Identificação dos Riscos Potenciais na área de abrangência do SUMC

APÊNDICE III - Questionário aplicado aos enfermeiros do SUMC

APÊNDICE IV - Plano de Sessão da acção de formação no SUMC

APÊNDICE V - Ação de formação no SUMC no SUMC

APÊNDICE VI - Jornal de Aprendizagem

APÊNDICE VII - Estudo de caso

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - Perceção dos enfermeiros do SUMC face à atuação em caso de situação de exceção no Hospital em que se integra67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATLS - Advanced Trauma Life Support

BPS - Behavioral pain scale

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

DGS - Direção Geral de Saúde

ENA - *Emergency Nurses Association*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCS - Escala de coma de Glasgow

PEE - Plano de Emergência Externo

PEI - Plano de Emergência Interno

PSC - Pessoa em situação crítica

PVC - Pressão venosa central

SU - Serviço de Urgência

SUC - Serviço de Urgência Central

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

TAC - Tomografia axial computadorizada

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio é o trabalho final onde se descreve o que foi observado, analisado e realizado devendo expor no seu conteúdo um enquadramento teórico e metodológico, com vista à elaboração de um trabalho de índole científica (Sousa & Baptista, 2011). O presente relatório representa o culminar de um percurso iniciado no decorrer da realização do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), pretendendo reproduzir a aprendizagem alcançada no decorrer do estágio realizado entre o dia 07 de outubro de 2013 e o dia 14 de fevereiro de 2014 do 3.º semestre do CMEPSC da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O estágio realizado permitiu palmilhar o percurso de aquisição de competências tendo em consideração as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação enquadrados no Processo de Bolonha (Direção Geral do Ensino Superior, 2012). Considerou ainda os objetivos e competências do CMEPSC, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011) nos seus quatro domínios e também as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PSC) (OE, 2011b).

Sendo a área científica da enfermagem do cuidar do doente crítico aquela em que mais tenho investido no decorrer da minha prática profissional como enfermeira num Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) desde fevereiro de 2008 e com a realização prévia de Pós Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar com término em 2010. Surge o interesse pessoal e profissional em desenvolver competências na prestação de cuidados especializados na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima intervindo ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica, gerindo equipas de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Decorrente de uma situação de exceção ou emergência multi-vítimas “com elevado número de vítimas, onde exista desequilíbrio entre as necessidades de socorro e os recursos disponíveis” (Oliveira, 2013), serão provavelmente vivenciadas

limitações na prestação de cuidados de saúde, uma vez que ao longo dos anos se tem vindo a considerar condição habitual as instituições hospitalares apresentarem um número insuficiente de recursos humanos e técnicos face às suas realidades de actuação. Este é um tema não integrante das definições da lei de bases de Protecção Civil, não sendo fácil a sua definição. No entanto e face ao fato de a exceção se caracterizar como um desvio à regra, este termo assume pertinência, uma vez que se pode caracterizar quer pelo número de vítimas, quer pelo desequilíbrio entre os meios disponíveis e necessários para responder a dada situação em contexto de apenas uma ou de múltiplas vítimas. Tal situação pode ocorrer de forma corrente no quotidiano de prestação de cuidados, face à existência de um rácio cada vez mais díspar entre profissionais de saúde e pessoas que recorrem aos SU.

A metodologia do projecto pressupôs a articulação entre a teoria e a prática, tendo sido o conhecimento teórico o suporte à aplicação na prática (Rui Ferrito & Nunes, 2010). Neste seguimento, surgiu o projecto que suportou o estágio realizado e cujo objectivo geral passou por desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica que vivencia um processo de transição decorrente de uma situação de exceção nos contextos pré-hospitalar, de serviço de urgência e de unidade de cuidados intensivos (UCI), com vista à antecipação de situações de instabilidade e risco de falência orgânica. A realização de estágio com relatório assume especial pertinência se tivermos em consideração que uma teoria pode ser explicada e operacionalizada de uma maneira formal mas que no entanto a prática pode oferecer-nos outras opções, por vezes mais complexas e capazes de levar a uma aprendizagem fora do alcance da teoria (Benner, 2005).

A par do objectivo geral, foram organizados os seguintes objectivos específicos a serem realizados durante o estágio:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica durante o processo de transição saúde-doença, decorrente de uma situação de exceção;

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem, na dinamização de resposta a situações de exceção ou emergência multi-vítimas desde o nível de conceção à ação;

- Colaboração na dinamização da resposta a situações de exceção ou emergência multi-vítimas no Serviço de Urgência do Hospital Médico Cirúrgico onde exerço a minha atividade profissional.

O quadro de referência de enfermagem que norteou o rumo de estágio foi a Teoria das Transições de Meleis, centrada na transição como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Referindo-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação. (Meleis & Trangenstein, 1994). A escolha deste quadro de referência recaiu no facto da PSC vivenciar situações de transição que abrangem tanto o seu estado de saúde, como papéis sociais, expectativas e capacidades, exigindo a aquisição de novos conhecimentos e alteração de comportamentos, implicando uma mudança significativa quer no seu eu, quer no contexto social em que se insere. O contexto ambiental em que a pessoa alvo de cuidados se insere, influencia as transições e é influenciado pelas mesmas, uma vez que a natureza pode impedir ou ser facilitadora da transição, o que se encontrará presumivelmente associado a eventos como situações de exceção (Chick & Meleis, 1986). Benner (2005) adaptou o Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências à prática de enfermagem clínica, descrevendo cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências. Sendo eles o nível de principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Considerando competência como um saber-mobilizar, ou seja, a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos, como conhecimentos, ferramentas e atitudes de modo a enfrentar situações complexas de modo eficaz (Perrenoud, 1998).

Benner (2005) destaca também que a aquisição de competências tem em consideração o contexto onde é exercida a actividade clínica, ao responder a diferentes necessidades de acção, sendo que o conhecimento clínico se torna uma mistura de conhecimento teórico e prático à medida que o enfermeiro ganha

experiência, evidenciando que o enfermeiro perito para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado não necessita de se apoiar em princípios analíticos, adequando experiências concretas do seu vasto e experiente passado profissional em situações idênticas atuais.

Deste modo o estágio desenvolvido teve como principal intuito o desenvolvimento de competências especializadas em SU desde o nível de proficiente onde me enquadro pela prestação de cuidados à PSC em contexto de urgência há 7 anos, com a capacidade assente na experiência, em reconhecer as acções no seu todo, sendo as mesmas guiadas por máximas. Com o desenvolvimento do percurso em estágio pretendo atingir o nível de competências em SU ao nível de perito, compreendendo intuitivamente cada situação e decidindo qual a melhor solução para a problemática em questão, sem se perder num leque de soluções e diagnósticos desnecessários (Benner, 2005) no âmbito da prestação de cuidados à PSC, nomeadamente à pessoa que vivencia uma situação de exceção. No âmbito de UCI, considero situar-me ao nível de competente, depreendendo o bom conhecimento das coisas, sendo capaz de fazer frente a muitos imprevistos comuns da prática de enfermagem, mas pretendendo desenvolver em estágio o nível de competências de proficiente, conforme descrito anteriormente.

Tendo em consideração os objectivos enunciados para o percurso de aprendizagem, o estágio decorreu entre 07 de outubro e 29 de novembro de 2013 numa UCI do Sul do país; num Serviço de Urgência Central (SUC) da Grande Lisboa no período compreendido entre 02 de dezembro de 2013 e 20 de janeiro de 2014; num SUMC onde presto cuidados de enfermagem entre os dias 21 de janeiro e 14 de fevereiro de 2014 e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do sul do país com turnos realizados entre o dia 07 e 13 de fevereiro de 2014. No período em que decorreu o estágio de UCI, nomeadamente nos dias 14, 15 e 16 de novembro, foi realizado um curso de aquisição de competências na área da emergência multi-vítimas (MRMI) (Apêndice I). Este relatório apresenta-se então estruturado em três momentos, designadamente o enquadramento concetual da área temática, a descrição da análise do percurso de desenvolvimento de competências em estágio e as considerações finais face aos resultados obtidos e considerações para a prática profissional futura.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo representa o local onde são aprofundados conhecimentos sobre a temática escolhida, pelo recurso a todos os documentos considerados relevantes, nomeadamente os artigos obtidos pela pesquisa bibliográfica e ainda aos aportes teóricos leccionados ao longo deste percurso. Aqui apresentamos o enquadramento teórico e conceptual que norteou a nossa prática ao longo deste percurso. Nele apresentamos de forma sumária, a teoria das Transições de Meleis à qual nos filiámos. Apresentamos, em seguida, o enquadramento de suporte que resultou da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática do projecto desenvolvido no decorrer deste mestrado de especialização de forma a fundamentar as intervenções desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC.

1.1 - Cuidado de enfermagem à pessoa que vivencia uma situação de exceção

O desenvolvimento das teorias de enfermagem nasceu da inquietação e necessidade dos enfermeiros em fundamentar a prática dos seus cuidados em bases teóricas. Assim, George (1993) refere que as teorias de enfermagem, constituídas por conceitos, modelos e significados fornecem uma base de conhecimentos à prática profissional. Tendo como alvo de intervenção os cuidados especializados à PSC e pressupondo a complexidade deste alvo de cuidados torna-se necessário ao enfermeiro conhecer variadas teorias e escolher a que melhor se adapte à sua prática de cuidados.

A teoria das Transições de Meleis foi desenvolvida com o intuito de fornecer o suporte à compreensão do fenómeno das transições e ainda munir a prática de enfermagem com linhas orientadoras específicas (Meleis et al., 2000). Elegeu-se o quadro de referência da Teoria de Transições de Meleis, uma vez que a PSC e sua família/ entes significativos podem a qualquer momento vivenciar situações de transição relacionadas com a sua condição de saúde, papéis sociais, expectativas e capacidades, as quais irão exigir uma importante

mudança de vida no seu eu e contexto social em que se inserem, tornando-se necessário a aquisição de novos conhecimentos e alteração de comportamentos. Podendo as transições referir-se tanto ao processo de passagem de uma fase de vida para outra, como ao resultado das interações resultantes entre pessoa e ambiente. A Enfermagem é a arte e a ciência que visa facilitar os processos de transição do Ser Humano, sendo sua missão, promover uma transição saudável com aumento de ganhos em saúde, focando as suas intervenções na prevenção, promoção e intervenção em todo o processo de transição. (Meleis et al, 2000). Esta teoria torna-se pertinente uma vez que as transições devem ser observadas tendo em conta a pessoa alvo de cuidados e a sua relação com o ambiente em que a mesma ocorre, uma vez que a sua natureza pode impedir ou facilitar a transição, tal como pode ser pressuposto em eventos como sejam situações de exceção (Chick & Meleis, 1986).

Relativamente aos tipos de transição, Meleis (2010) menciona o nível individual como foco principal da transição de desenvolvimento. Relaciona as transições situacionais com situações profissionais ou educacionais que sofram mudança por situações familiares. As transições de saúde e de doença enquadram as situações críticas com instalação de doença súbita. Existindo ainda as transições organizacionais, que referem a mudanças ao nível do meio institucional. Os tipos de transição mencionados podem ocorrer em simultâneo durante determinado período temporal. Perante uma situação de exceção a PSC e a sua família podem portanto vivenciar os diferentes tipos transição, sendo necessário que o enfermeiro especialista esteja desperto para estas alterações de forma a poder atuar como facilitador aos processos de transição, focando intervenções na promoção de transições saudáveis e portanto em de ganhos de saúde.

A transição é movimento e adaptação para a mudança, e não o retorno à condição pré-existente podendo a extensão e a intensidade da influência transicional variarem ao longo do tempo, afetando de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento. Assim, os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa, influenciando ainda o resultado das mesmas (Fullbrock, 1999).

Watson (2002) realça no desenvolvimento da teoria do cuidar, a importância da subjetividade da experiência quer para a pessoa doente quer para a pessoa enfermeiro e na implicação que traz ao crescimento pessoal de ambos (Schumacher & Meleis,1994). Durante o processo de transição o enfermeiro leva a cabo intervenções terapêuticas, as quais possuem intrincadas as medidas de avaliação da situação, de preparação para a intervenção e ainda de papel de suplementação (Schumacher & Meleis, 1994). É necessária a identificação das necessidades da pessoa que vivencia uma fase de transição com o conhecimento de quando e como intervir nas mesmas, aumentando as possibilidades de auxílio focando-se não só na cura mas dando ênfase à pessoa enquanto ser holístico (Zanogel, 1999). Deste modo o enfermeiro, perante uma situação de exceção, pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção e ou de promoção em intervenções terapêuticas com o intuito do restabelecimento da estabilidade alterada pelo processo de transição.

1.2 - Situação de exceção

Face a uma situação de exceção, como seja uma situação de emergência que envolva multi-vítimas, torna-se necessário o adequado planeamento, de modo a que resposta nos cuidados de enfermagem seja eficaz, proporcionando cuidados de excelência. Incidentes com múltiplas vítimas são descritos como aqueles nos quais os recursos para o cuidado do doente estão muito aumentados mas não são sobrepajantes. Como ocorre em choques automobilísticos que envolvam cinco ou mais doentes, podendo pressionar recursos locais a ponto de a triagem focalizar a identificação daqueles doentes com lesões com maior ameaça à vida (Colégio Americano de Cirurgiões, 2008).

Por sua vez, eventos com vítimas em massa são definidos como aqueles nos quais os recursos para o cuidado do doente são sobrepajantes mas não podem ser suplementados. Como desastres naturais ou produzidos pelo homem, que envolvem vinte ou mais doentes, podendo exaurir recursos locais a ponto de a triagem focalizar a identificação daqueles doentes com a maior probabilidade de sobrevivida (Colégio Americano de Cirurgiões, 2008).

Há no entanto a referir que os valores numéricos enunciados são arbitrários, uma vez que dependendo da capacidade de cada Unidade Hospitalar esta pode ser uma condição habitual ou não da realidade quotidiana, sendo que cada Unidade Hospitalar deve determinar previamente os seus reais limiares de atuação.

O enfermeiro possui um papel fundamental no seio da equipa multidisciplinar de saúde, na abordagem ao doente vítima de uma situação de exceção, o qual é na maioria dos casos um doente politraumatizado grave, ou seja, todo o doente vítima de acidente, que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves (crânio-encefálico, facial, vertebral, torácico, abdominal, pélvico e extremidade), que necessite de internamento (Coimbra, 1998, p.20). Sendo o enfermeiro, o elemento da equipa multidisciplinar a passar mais tempo com estes doentes desde o Pré-Hospitalar até à Reabilitação, passando inevitavelmente pela abordagem e estabilização no Serviço de Urgência, compete-lhe a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas para uma prestação de cuidados com qualidade e excelência. Tal facto sofre particular relevância se considerarmos que conforme as condições do trauma sofrido em situação de exceção e sua abordagem, a vida poderá ter sofrido ameaça por falência de uma ou mais funções vitais e ou a sobrevivência poderá estar dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, surgindo deste modo a necessidade de intervenção especializada.

O Hospital em que são prestados cuidados no meu quotidiano profissional possui inerente à sua localização geográfica, uma grande variedade de recursos naturais, históricos e culturais, os quais proporcionam aumentos sazonais de população, conforme dados obtidos com o Gabinete de Informação para a Gestão dessa Unidade de Saúde. Assim, a instituição de saúde atrás mencionada, encontra-se sujeita a grandes variâncias na afluência de doentes, principalmente no verão, podendo-se originar desta forma situações de exceção no meu contexto laboral, serviço de urgência. Há ainda a referir como pertinente o facto de durante o período compreendido entre 2006 e 2011 e por recurso aos Indicadores dessa Unidade de Saúde relativos à Triagem de Manchester, as

prioridades emergente, muito urgente e urgente representarem 54.96% das admissões efetuadas no serviço de urgência correspondente.

Considerando emergências como todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais e as urgências como todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência das funções vitais (Direcção Geral da Saúde, 2001). Face a este contexto tornou-se relevante o planeamento de modo sistematizado e integrado, de uma resposta de emergência adequada ao contexto descrito na área de abrangência deste SU onde exerço funções, com a devida adequação à especificidade que possui para a possibilidade de situações de risco (Apêndice II). Considerando Risco, uma situação que se encontra diretamente relacionada com a probabilidade de ocorrência de um processo perigoso e respetiva estimativa das suas consequências sobre pessoas, bens ou ambiente (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2009).

As situações de risco potenciais na área geográfica circundante à Unidade de Saúde onde se prestam cuidados de enfermagem, decorrem entre outras, da permanente possibilidade de ocorrência de situação de catástrofe natural pela evidência de risco sísmico da proximidade relativa da região de Sines, a qual se insere na zona A, proposta pelo Regulamento de Seguranças e Ações para Estruturas, Edifícios e Pontes (RSAEEP), como tendo risco sísmico máximo dentro do território nacional. Segundo a carta de Isossistas de Intensidades Máximas de Portugal Continental (Escala de Mercalli Modificada), elaborada de acordo com a sismicidade histórica e atual, esta é identificada como uma zona de intensidade IX numa escala de 12 pontos, sendo a pontuação XII a representativa de maior intensidade (Serviço Municipal de Proteção Civil de Sines, 2010). Decorre a possibilidade de risco de acidente industrial de importantes proporções face ao facto de o Porto de Sines em conjunto com a Zona Industrial e Logística da mesma cidade com mais de 2000 hectares de extensão formarem o maior eixo portuário e industrial do país. Pelos riscos que lhes são inerentes, o município de Sines possui um Plano de Emergência de

Proteção Civil para Riscos Químicos Graves em Sines/ Plano de Emergência Externo (PEE) dos Estabelecimentos “SEVESO”.

Na área de abrangência da Unidade Hospitalar em questão sucede ainda a possibilidade de risco inerente à existência de momentos anuais de *mass gathering* ou “evento com multidões” (Oliveira, 2007), como são o caso os festivais de verão Sudoeste, no concelho de Odemira e do Festival de Músicas do Mundo, no concelho de Sines, os quais contam com a presença de muitos milhares de visitantes todos os anos. Face à identificação de vários riscos com potencial de gerarem situações críticas e inesperadas na área de abrangência do Hospital no qual presto cuidados de enfermagem, tornou-se evidente a necessidade de existência de uma resposta coordenada de emergência, capaz de fazer face a acontecimentos de exceção em que estejam ultrapassadas as capacidades de resposta imediatas às vítimas daí decorrentes. Conjuntura em que se prevê a entrada em simultâneo de múltiplas vítimas com lesões traumáticas e face às quais, a equipa multidisciplinar necessita possuir uma organização capaz de uma resposta pronta e eficaz.

A integração neste mestrado de especialização, bem como a temática a ser abordada surgiu assim pela vontade contínua de crescimento pessoal e profissional numa área que se me mantém deveras pertinente num quotidiano de recursos humanos e técnicos muitas vezes insuficientes, face à afluência ao SUMC da Unidade de Saúde onde exerço funções. Uma situação de exceção pode decorrer de qualquer dos riscos eminentes, sejam estes naturais, ambientais, tecnológicos, sociais ou provocados pelo ser humano. Tais situações não ocorrem diariamente, no entanto podem surgir a qualquer momento, sendo explícita a necessidade de um PEE, que em conjunto com o Plano de Emergência Interno (PEI) já existente, permita a aquisição e melhoria de conhecimentos neste tipo de situações. Pretende-se que deste modo, a equipa multidisciplinar alcance um modo de atuação eficaz e de qualidade na receção de vítimas com lesões traumáticas decorrentes de situações de exceção, contribuindo assim para uma redução efetiva na morbilidade e mortalidade.

Pela imprevisibilidade mas concomitante possibilidade de ocorrência de situações de exceção e ou emergência multi-vítimas, é fundamental às instituições do sistema nacional de saúde a contribuição para a redução da mortalidade e morbidade. Nomeadamente através da realização cíclica de uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (DGS, 2010a, p.1).

Uma situação de exceção pode provir de vários vetores, tais como acidentes rodoviários, fenómenos naturais como sismos, cheias, incêndios, ou ainda eventos de risco, os quais terão em inerência e face à sua especificidade, pessoas vítimas de uma situação de trauma. Em que situação de trauma se defina como “uma doença, uma vez que possui um hospedeiro (a pessoa) e um vetor de transmissão (automóvel, arma de fogo, entre outros) ” (Colégio Americano de Cirurgiões, 2008), e como “uma lesão sofrida pelo organismo, de aparecimento súbito e de suficiente intensidade, como a violência ou o acidente, podendo provocar lesões imediatas e com necessidade de atendimento imediato” (Diário Médico, 2008). Estas situações de exceção requerem por parte dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar em que se inserem, a capacidade de resposta a lesões traumáticas das vítimas, as quais surgem pela transferência de energia que ocorre quando uma força de energia, normalmente um objeto sólido, colide com um ser humano. Não se referindo apenas à colisão de um veículo motorizado, mas também à colisão de um corpo em queda com o chão, ao impacto de um projétil de arma de fogo nos tecidos corporais e ainda à onda de pressão e aos estilhaços de uma explosão. (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007, p. 32).

Todos os eventos mencionados se podem associar a uma situação de exceção, envolvendo cada um deles, circunstâncias de transferência de energia com conseqüente lesão traumática.

1.2.1 Intervenção especializada de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de Trauma

Considerando a ligação intrínseca entre situação de exceção e ocorrência de lesões traumáticas nas vítimas e sendo o trauma considerado como a terceira causa de morte nos países industrializados e a primeira causa de morte entre indivíduos da faixa etária até aos 44 anos de idade, torna-se extremamente relevante a abordagem especializada de enfermagem à PSC durante o processo de transição saúde-doença, decorrente dessa situação. (Nunes et al, 2009; Colégio Americano de Cirurgiões, 2008).

Trauma pode definir-se como o conjunto de danos corporais provocados por uma troca de energia com o ambiente a qual é superior à resistência do organismo, tratando-se da sexta causa mais comum de mortalidade globalmente e a quinta causa de incapacidades permanentes moderadas a graves. É nos países desenvolvidos que melhor se manifesta o enorme impacto que detém junto da população jovem, tendo assim repercussão assinalável na mortalidade e esperança de vida destas populações e apresentando-se como um sério problema de saúde pública, com elevados custos associados (Soreide, 2009). No contexto nacional esta realidade é significativa, não se conseguindo avaliar com precisão os custos directos e indirectos inerentes deste problema a curto, médio e longo prazo para a sociedade. Estudos realizados no âmbito de traumatologia, nomeadamente o de Trunkey em 1983, consentiram numa descrição trimodal de mortalidade decorrentes do fenómeno trauma. A morte poderia suceder de imediato no local; de forma precoce no período situado entre uma e quatro horas após o incidente traumático ou ainda de forma tardia num período superior a quatro horas após o mesmo, normalmente em contexto de cuidados intensivos. No entanto e de acordo com Gunst et al. (2010), na realidade actual tem ocorrido alteração nos padrões de mortalidade subsequentes ao incidente traumático, caracterizada pela diminuição da mortalidade tardia (9%). Tal ocorre devido a técnicas de ressuscitação mais eficazes, bem como ao conhecimento aprofundado dos cuidados exigidos pelos traumatizados graves e consequente melhoria da prevenção e tratamento de complicações.

A pessoa vítima de trauma pode ter a sua vida ameaçada por falência de funções vitais necessitando de meios avançados de vigilância e despiste de um conjunto de distúrbios metabólicos inerentes à tríade letal, bem como de monitorização e administração de terapêutica face ao quadro hemodinâmico e dor inerentes à situação vivida. Neste sentido, torna-se pertinente e necessário o cuidado especializado de enfermagem indo de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no âmbito dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Os enfermeiros são elementos imprescindíveis à equipa multidisciplinar de saúde, desempenhando um papel basilar na avaliação e tratamento de lesões traumáticas na prestação de cuidados às pessoas que tenham vivenciado situações de trauma (ENA, 2007). A actuação do enfermeiro especializado em trauma assume pertinência na actuação junto do utente e família desde o pré hospitalar até ao hospital, sendo estes na maioria das vezes os primeiros elementos cuidadores da pessoa e família que experienciam a transição, ajudando os mesmos a procederem ao desenvolvimento de estratégias necessárias a um processo de transição saudável.

O êxito da abordagem à vítima de trauma está dependente de uma rápida, correta e sistematizada avaliação, bem como da consequente estabilização inicial os quais devem decorrer num período de tempo inferior a 20 minutos, obedecendo à sequência “ABCDE” (DGS, 2010b).

A abordagem inicial do utente traumatizado, recomendada para o nosso país depende de um atendimento assente na sequência “ABCDE” do Colégio Americano de Cirurgiões: A (Airway-Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical), B (Breathing-Respiração com ventilação e oxigenação), C (Circulation-Circulação com controlo de hemorragia), D (Disability-Disfunção neurológica) e E (Exposure-Exposição com controlo de hipotermia). (DGS, 2010b). A avaliação inicial e consequente reanimação começam assim no local da ocorrência, sendo prioritário verificar em “A” a permeabilidade da via aérea pesquisando sinais de obstrução da via aérea com estabilização e imobilização prévia da coluna cervical em posição neutra, mantendo alinhado o tronco,

pescoço e cabeça, aplicando colar cervical após inspeção e palpação do pescoço. Na sequência e relativamente ao “B” deve-se avaliar e controlar o parâmetro respiração pela presença e eficácia da ventilação, verificando expansão torácica e movimentos ao nível da simetria e amplitude, palpando e inspeccionando o tórax e ainda auscultando sons respiratórios e cardíacos para despiste de pneumotórax e hemotórax. Administrar aporte suplementar de oxigénio, entubando endotraquealmente e ventilando, se necessário. Para assegurar o “C” ou circulação com controlo de hemorragia, deve-se determinar a condição de perfusão/ oxigenação da vítima identificando e controlando foco de hemorragia pela compressão direta, se visível/ externa e avaliando perfusão da vítima pela avaliação do pulso, pele e tempo de preenchimento capilar. Colocação de dois acessos venosos de grande calibre para perfusão endovenosa de cristalóides aquecidos, e promovendo à suspeita de hemorragia interna, o transporte precoce para uma unidade como o bloco operatório onde se pode providenciar tratamento definitivo. Em “D” avaliar a disfunção neurológica através do nível de consciência apresentado pela escala de coma de Glasgow (GCS) a qual pressupõe como valores máximo de e mínimo de 3 em que o primeiro valor corresponde a inexistência de disfunção, sendo que valores iguais ou inferiores a 8 pressupõem lesão major com necessidade de entubação endotraqueal. Prevê-se ainda a avaliação pupilar relativamente ao tamanho, simetria e reatividade. Por último “E” pressupõe a exposição e exame da vítima com controlo da temperatura e desse modo prevenindo a hipotermia. (DGS, 2010b; Society of Trauma Nurses, 2008).

A avaliação secundária deve iniciar-se após término da avaliação anteriormente referida e a qual tem como pretensão a identificação de situações com risco de vida. Assim e de acordo com a DGS (2010b), a avaliação secundária deve realizar-se da cabeça aos pés, efectuando procedimentos complementares de diagnóstico e ainda administração de terapêuticas específicas no âmbito da analgesia, profilaxia antibiótica e antitetânica e ainda realização de análises clínicas entre outras.

De acordo com a ENA (2007), a par com o “ABCDE” surge ainda o “FGH” antes da avaliação da cabeça aos pés. O “F” (full/ five/ facilitate) surge como

avaliação dos sinais vitais; intervenções de monitorização e avaliação de frequência cardíaca, saturação de oxigénio, algaliação e entubação gástrica se indicado e colheita de sangue para análise e tipagem e ainda facilitando a presença da família. “G” (give) decorre da promoção de medidas de conforto e controlo de dor. Sendo “H” o último da mnemónica e o qual refere à obtenção de história clínica, tais como circunstâncias do acidente, antecedentes de doença e gravidez, alergias, medicação habitual e ainda a hora da última refeição. Torna-se de extrema relevância o registo dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa vítima de trauma, no âmbito da obtenção de uma abordagem de qualidade em trauma.

De acordo com a DGS (2010b), o registo de dados é fundamental a um sistema de trauma permitindo criar planos de atuação para o tratamento da pessoa. Estes permitem a análise quanto à sua incidência, prevalência geográfica, causas e severidade da lesão, identificação do acesso em cuidados, eficácia do tratamento e desvios às normas, bem como os resultados e custos associados. A análise dos dados descritos permite por sua vez estabelecer estratégias no desenvolvimento de programas de prevenção, identificação das áreas com necessidades de melhoria e identificação de factores que recomendem alterações ao sistema integrado de trauma. Torna-se assim pertinente que cada elemento integrante da equipa multidisciplinar, deva comunicar e partilhar observações assegurando o melhor cuidado e segurança para a pessoa vítima de situação de trauma. A comunicação é essencial ao cuidado em saúde sendo importante que a transmissão da informação clínica da PSC e dos cuidados prestados entre profissionais de saúde e entre serviços diferentes deixem de se demonstrar imprevisíveis e toldados à informação considerada importante pelos profissionais do posto de trabalho de origem do utente.

Deste modo e de acordo com a OM (2009), cada instituição deve possuir enfermeiros peritos integrados no seio da equipa multidisciplinar, que participem das auditorias do processo de trauma e da comissão técnica de trauma nacional com o intuito de analisar os registos e sugerir correcções necessárias junto das entidades competentes. Contribuindo deste modo para uma comunicação eficaz

e uma máxima eficácia na organização dos cuidados, dando ênfase à necessidade de existir um sistema de registos de enfermagem que integre constantemente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções e os resultados das mesmas (OE, 2001). Apesar dos anos a prestar cuidados em SUMC, a minha experiência profissional em cuidar utentes politraumatizados encontra-se ainda aquém do pretendido, sendo meu intuito o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na abordagem ao utente vítima de trauma, enquanto membro integrante de uma equipa de saúde multidisciplinar. Pretendo assim o alcance na prestação de cuidados de enfermagem especializados e consequentemente de qualidade à PSC vítima de trauma e família, efectuando em simultâneo a caminhada rumo à excelência.

1.3 - Triagem de catástrofe

No contexto de urgência e emergência pretende-se que o atendimento aos utentes seja efectuado seja optimizado por forma a direccionar de forma rápida e eficaz os cuidados adequados e imediatos ao utente urgente/ emergente.

Kenneth citado por Neves refere existirem condições para a utilização do termo triagem no seu sentido primário, tais como a escassez em recursos de saúde e a existência de um técnico triador (enfermeiro) que avalie cada doente à chegada, de acordo com as suas necessidades. Esta avaliação decorre seguindo um sistema estabelecido baseado num conjunto de critérios uniformizando assim um algoritmo, de modo a prestar a devida assistência ao doente naquela situação (Neves, 2010).

À luz dos objectivos a serem desenvolvidos durante o estágio, nomeadamente o que refere à colaboração na dinamização da resposta a situações de excepção ou emergência multi-vítimas no serviço de urgência do hospital médico-cirúrgico onde exerço a minha actividade profissional concerne, surgem os conceitos de triagem e triagem de catástrofe. É o enfermeiro que realiza a triagem, o primeiro elemento da equipa de cuidados a contactar com o utente que se dirige a um serviço de urgência, sendo este momento de

acolhimento muito importante face à percepção dos cuidados a serem prestados posteriormente (Jesus, 2008). Assim e a par de uma situação de cuidados como seja uma situação de exceção ou emergência multi-vítimas, será o enfermeiro que ao nível da triagem irá receber o primeiro alerta, o qual irá requerer a reorganização de todo o SUMC com devida identificação das áreas de observação e tratamento e devida identificação dos triadores que devam continuar a triagem inicial dos utentes que provenham de tal ocorrência.

A triagem deve ocorrer de modo dinâmico e rápido na avaliação primária das vítimas de uma situação de exceção e ainda com conhecimentos da metodologia inerente à avaliação secundária conhecendo os procedimentos gerais do SUMC em relação à triagem e o conteúdo dos *kits* de catástrofe da mesma. Deste modo e em concordância com o atrás mencionado, triagem em situação de catástrofe/ emergência multi-vítimas pode definir-se pela rápida avaliação com o propósito de determinar o carácter de urgência na prestação imediata de cuidados tendo como principal intuito fazer o melhor ao maior número de vítimas (Koenig & Shultz, 2010; Ciottone et al., 2006).

A Triagem de prioridades assume-se como peça fundamental, de qualquer sistema de resposta a situações de exceção, das quais resultem várias vítimas, constituindo-se como uma prioridade ao gestor da situação de exceção (Maniscalco, 1998). A triagem de prioridades assume tal relevância na resposta hospitalar, uma vez que se integra nos conceitos necessários à gestão em situação de exceção a par dos restantes: comando, segurança, comunicações, avaliação, tratamento e transporte (ALSG, 1995). Na Unidade de saúde em que são prestados cuidados encontra-se instituída a triagem de Manchester cujo objectivo é “fazer triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos.” (Grupo Português de Triagem, 2001, p.4)

Este sistema faz uso de uma classificação por cores sendo o vermelho considerado como emergente, o laranja como muito urgente, o amarelo como urgente, o verde como pouco urgente e ainda o azul como não urgente.

A par do impacto da Triagem de Manchester na realização de planos de emergência hospitalares externos, o grupo português de triagem (GPT) criou e aconselhou uma folha de registo tipificada em 2007 pertencente ao módulo específico de situação de exceção. Esta mantém-se em uso na unidade de saúde onde presto cuidados de enfermagem, nomeadamente a triagem de prioridades de Manchester com recurso a um sistema de registos em suporte informático (programa ALERT[®]). A triagem de catástrofe em ambiente hospitalar ocorre em dois momentos diferentes, a triagem primária e a triagem secundária, tal como é mencionado no modelo preconizado pelo GPT (2007). A triagem primária tem como pretensão triar rapidamente, grande número de vítimas, baseando-se no método “*Simple Triage and Rapid Treatment*” (START), o qual valoriza discriminadores simples como se a vítima consegue andar; se respira após permeabilização de via aérea e neste caso qual a frequência respiratória que apresenta e ainda qual o tempo de preenchimento capilar e frequência cardíaca. A triagem secundária decorre de forma contínua e precisa baseando-se no “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS), o qual consiste na obtenção da frequência respiratória, estado de consciência de acordo com a GCS e a Pressão Arterial sistólica, sendo cada parâmetro avaliado de 0 a 4 e sendo a pontuação da TRTS igual à soma dos valores de cada parâmetro fisiológico calculado, com uma pontuação mínima de 0 e máxima de 12 pontos. Até 10 é atribuída uma prioridade 1 ou imediata, ao valor 11 é fornecida prioridade 2 ou urgente e à pontuação de 12 é atribuída prioridade 3 ou pouco urgente, sendo 0 considerado morto.

“A triagem primária durante uma catástrofe tem um objectivo completamente diferente do usado no dia-a-dia nos Serviços de Urgência. Para atingir este objetivo (salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes) um diferente método tem de ser utilizado. ... Não se escolhe os doentes mais graves em primeiro lugar mas sim selecciona-se o maior número (os doentes que andam), sub-

categorizando os doentes de maca como mortos, vermelhos ou amarelos.” (Manual de Serviço de Triagem de Manchester, 2002, p.45). A classificação por cores sofre então uma modificação quanto ao significado atribuído. As vítimas com capacidade para andar, não necessitando de cuidados de saúde imediatos são classificadas com a cor verde, não possuindo lesões com risco de vida. São classificadas com cor amarela as vítimas que embora urgentes, podem aguardar por não apresentarem risco de vida imediato, devendo ser reavaliadas a cada quinze minutos. São classificadas de vermelho as vítimas com risco de vida imediato com frequência respiratória inferior a dez ou superior a vinte e nove ciclos por minuto, preenchimento capilar superior a dois segundos e pulso superior a cento e vinte pulsações por minuto; as quais terão evolução favorável se lhes forem prestados cuidados de saúde imediatos. A cor preta é atribuída às vítimas sem hipótese de sobrevivência, as quais se mantêm em apneia após manobras de permeabilização da via aérea.

A inadequação dos meios face às necessidades decorrentes de uma situação de exceção e a qual condiciona a necessidade de recurso a triagem de catástrofe, levanta problemas humanos e éticos associados à toma de decisão, sendo fundamental o adequado conhecimento da triagem primária e secundária de modo a salvar tantas vidas quanto possível, contribuindo para uma redução ativa da morbidade e mortalidade daí decorrente.

Deste modo, através do enquadramento teórico aqui mencionado é demonstrada a necessidade de aprofundar conhecimentos em princípios de atuação perante pessoas em situação de emergência multi-vítimas para a colaboração na dinamização de resposta através do processo de tomada de decisão associado à triagem de Manchester no SU do hospital médico-cirúrgico onde presto cuidados de enfermagem. Assim, este enquadramento teórico permitiu a aquisição de conhecimentos necessários aos estágios desenvolvidos e à minha prática profissional, com o propósito de na ocorrência de uma situação de exceção, de salvarem o maior número de vidas pelo uso dos recursos disponíveis a uma resposta eficaz.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com o objetivo de dar resposta ao plano de estudos do 3º CMEPSC foi realizado um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências que pressupôs a realização de estágio previsto no projecto de estágio do 2º semestre.

A metodologia utilizada nesse processo foi a metodologia de projecto, a qual se baseia numa investigação centrada num problema/ oportunidade real vivenciado, visando sobretudo a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a resolução do problema. Sendo constituída por cinco etapas a serem seguidas, nomeadamente o diagnóstico da situação, a definição de objectivos, o planeamento, a execução e avaliação e por fim a divulgação dos resultados (Ferrito, 2010).

Neste capítulo será realizada a análise do estágio realizado e o qual permitiu transitar o percurso de aquisição de competências tendo em consideração as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação, os Objectivos e competências do CMEPSC e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011b).

Em seguida divulga-se a análise das actividades desenvolvidas em estágio demonstrando o modo como ao longo do percurso efectuado se adquiriram as competências às quais me propus.

2.1 - Aquisição de competências em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

A realização de estágio em UCI teve como principal objectivo a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e/ou falência orgânica, uma vez que a pessoa vítima de situação de excepção ou emergência multi-vítimas poderá devido à génese da sua condição, necessitar de cuidados diferenciados no âmbito médico e cirúrgico para estabilização da sua condição hemodinâmica. Tal facto decorre essencialmente pela maioria das vítimas de situações de excepção serem pessoas vítimas de trauma.

Para o alcance do mesmo, foram definidos três objectivos específicos:

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica/ família durante o processo de transição saúde-doença em contexto de UCI, tendo em consideração monitorização invasiva e vigilância e ventilação invasiva;

Reconhecer e compreender complicações decorrentes da pessoa vítima de situação de excepção/ trauma;

Desenvolver competências no estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa em situação crítica/ família tendo em consideração conhecimentos em técnicas facilitadoras de comunicação.

O estágio foi realizado numa UCI Polivalente, inserida numa organização hospitalar do Sul do país onde desenvolvo a minha atividade profissional até ao momento. Para responder a estes objetivos foram realizadas atividades, nomeadamente uma reunião informal com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora do estágio, permitindo a identificação do circuito do utente, desde a sua admissão até ao momento da sua transferência e o conhecimento da dinâmica e estrutura organizacional do serviço em questão. Foram consultados protocolos, normas e manuais existentes e realizadas discussões com enfermeiras peritas gerindo oportunidades de aprendizagem e demonstrando iniciativa na colaboração ativa com a equipa multidisciplinar no decorrer do planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados à PSC.

No âmbito do alcance destes objectivos, foram ainda executados cuidados de enfermagem específicos no âmbito do desenvolvimento de competências especializadas em ventilação e monitorização invasiva à PSC.

A escolha deste serviço para realização de estágio prende-se com o facto de a pessoa vítima de trauma estar sujeita a falência tardia de funções vitais e sensação de mal-estar, necessitando de meios avançados de vigilância, monitorização e administração de terapêutica face à situação vivenciada. Deste modo, tornou-se essencial a realização deste estágio, no âmbito do alcance dos objectivos propostos e consequente desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica em UCI.

As Unidades de Cuidados Intensivos assumem-se como um local qualificado para a prestação de cuidados integrais aos doentes com disfunção de órgãos, com carácter de suporte, prevenção e capacidade de reversão para as falências e complicações vitais daí decorrentes, num momento de transição para alguns dos doentes em risco de vida (DGS, 2003a). Pela classificação adoptada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e de acordo com a DGS (2003a) as UCI's podem ser classificadas em 3 níveis, sendo desse documento que provém a terminologia utilizada para a caracterização da UCI em que decorreu este estágio, como Polivalente de nível II. A mesma é classificada desse modo uma vez que detém capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais, não proporcionando de modo permanente ou eventual o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia vascular, entre outras) devendo ter disponível de forma permanente, médico com preparação adequada, bem com a devida articulação com unidades de nível superior.

O estágio decorreu assim numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de Adultos de nível II, durante o período de 07 de outubro de 2013 a 29 de novembro de 2013, com um total de 180 horas.

A UCI possui uma equipa de 19 Enfermeiros, número que compreende a enfermeira chefe, para um número máximo de ocupação de 7 unidades, sendo uma destas destinada a situações de isolamento com antecâmara e pressão

negativa (sem portas estanques). Estas unidades encontravam-se distribuídas num espaço físico amplo, devidamente equipadas com recursos de monitorização e tratamento invasivo necessários à recepção e prestação de cuidados diferenciados a pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica nos âmbitos médico e cirúrgico, pela necessidade de estabilização do ponto de vista hemodinâmico com habitual necessidade de suporte ventilatório invasivo e rigorosa monitorização. Foi possível identificar o circuito dos utentes, que provêm essencialmente do serviço de urgência onde exerço a minha atividade profissional, mas também do bloco operatório ou outros serviços da unidade Hospitalar a que pertencem e da rede nacional de cuidados intensivos por necessidade de vaga ou transferência para a área de residência dos utentes.

A UCI em questão tem como patologias médicas mais frequentes as pneumonias, SDRA, choque séptico e falência multiorgânica e ainda do ponto de vista cirúrgico, os estados pós-cirúrgicos de cirurgia geral, ortopedia ou neurocirurgia, bem como politraumatizados sem lesão cirúrgica. A consulta de protocolos existentes na UCI foi efetuada essencialmente nos turnos da noite e sempre que me era possível de modo a possuir conhecimentos para melhor colaborar com a equipa de enfermagem e multidisciplinar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Enquanto mestranda mas profissional da mesma instituição, desde cedo me foi prestada por parte da equipa multidisciplinar, uma relação de confiança e respeito que me permitiu uma mais-valia para o crescimento profissional, num meio em que a responsabilidade se mantém partilhada com um intuito final que é a prestação de cuidados seguros e de qualidade. É importante enfatizar o trabalho de equipa, como a atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de diferentes categorias, com um objectivo comum, tornando-se cada vez mais difícil trabalhar isoladamente quer face à constante complexidade das situações de saúde quer face ao contante desenvolvimento tecnológico e inerente fragmentação do conhecimento, sendo assim a eficácia de uma equipa associada à diversidade dos conhecimentos provenientes de cada profissão (Loff, 1994; Kerouac et al., 1996; Barbieri, 1997).

A UCI pressupunha o método de atribuição de número de utentes num rácio habitual de 1:2, aos quais eram prestados todos os cuidados necessários. Sendo a passagem de turno realizada frente a toda a equipa, cada enfermeiro era conhecedor da condição de saúde dos restantes utentes, havendo lugar a espírito de equipa. Cada equipa tem um enfermeiro responsável, sendo a enfermeira orientadora um desses elementos, tendo-me sido permitida a oportunidade em participar e colaborar em diferentes vertentes da gestão, desde os cuidados de enfermagem, aos recursos humanos e materiais disponíveis. A gestão consiste num processo de aquisição da máxima eficiência, não colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados. A realização de registos de enfermagem decorre em papel, o qual fica após cada 24h arquivado no processo do utente, juntamente com diário clínico e todos os documentos relevantes ao seu internamento. Estes são realizados no final de cada turno, no entanto o registo dos sinais vitais, tais como a tensão arterial, saturação de oxigénio, diurese, frequência cardíaca e parâmetros ventilatórios como resposta do utente a determinadas definições do ventilador, tais como volume corrente, modo ventilatório, fracção de oxigénio no ar inspirado e pressão de pico das vias aéreas, bem como quaisquer alterações do esperado, eram registados a cada hora do turno, de modo a otimizar resultados de uma forma contínua. Estes eram passados posteriormente como resumo, por via oral ao colega do turno que se inicia, intuito da continuidade de cuidados.

A intenção em adquirir o conhecimento de múltiplos conceitos no âmbito da UCI nomeadamente no que à execução de cuidados técnicos no âmbito da ventilação e monitorização invasiva diz respeito, permitiram-me o desenvolvimento de tomada de decisão baseada em evidência científica bem como na aquisição de competências no que à PSC concerne. Sendo competência definida no Caderno Temático produzido pela OE como a aptidão em “mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta” (OE, 2009, p. 10).

A maioria dos utentes em situação crítica/ falência multiorgânica requerem face à sua condição de saúde, de ventilação mecânica, bem como de cuidados especializados de enfermagem, durante a permanência em UCI. A prestação de

cuidados de enfermagem ao doente crítico pressupõe formação estruturada e organizada, necessária ao desenvolvimento de competências específicas (Silva e Lage, 2010). Apesar de a ventilação mecânica ser uma intervenção muitas vezes inerente à pessoa com falência multiorgânica, coexiste com a sua aplicação, a necessidade de análise e monitorização hemodinâmica contínua de elementos essenciais da pessoa a quem são prestados estes cuidados especializados. Ventilação mecânica define-se de acordo com Marcelino (2008) como “todo o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar.” Torna-se essencial a monitorização cuidadosa do estado hemodinâmico do utente nomeadamente dos parâmetros relativos com a circulação, uma vez que a ventilação mecânica pode rapidamente comprometer o débito cardíaco e a perfusão. O correcto registo dos parâmetros vitais prévios e posteriores à ventilação mecânica permitem observar a sua tendência, uma vez que estes são não são independentes às pressões do ventilador, permitindo a antecipação a ocorrência de complicações.

Deste modo foi possível, junto com a minha orientadora, perceber que qualquer desvio do estado de consciência ou do padrão respiratório iniciais podem ser o alerta essencial ao prestador de cuidados da alteração à estabilidade hemodinâmica do utente sendo fundamental a compreensão da adequação da ventilação e inerente oxigenação em ventilação invasiva (Couchman et al., 2007). Foi viável no decorrer deste momento de aquisição de competências, o entendimento no âmbito da ventilação, nomeadamente no âmbito das modalidades ventilatórias, as quais podem ser controladas e assistidas, podendo as últimas serem aplicadas quando se mantém estímulo respiratório. De acordo com Marcelino et al. (2008) Controladas são as referentes a volume controlado e pressão controlada, que têm em comum, utente sem autonomia respiratória; Mistas, com pressão regulada e volume controlado, a qual regula a pressão em utentes sem autonomia respiratória, no qual o volume programado é regulado em função da pressão; Assistidas são as referentes a ventilação assistida com respiração espontânea implícita, pressão assistida (PA) a qual pressupõe autonomia respiratória e Combinadas por

ventilação mandatária intermitente sincronizada (SIMV), que pode ser regulada por volume ou pressão, sendo agrupada com PA.

No decorrer do percurso profissional em urgência foi possível adquirir conhecimentos de parâmetros e modos ventilatórios em sala de emergência e em Sala Observações (SO), no entanto, para realização de estágio em UCI foi-me necessária a realização de pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos prévios e decorrentes do contacto com a enfermeira orientadora, de forma a conseguir atingir os objectivos propostos, uma vez que as diferenças na abordagem ao doente crítico eram inevitavelmente díspares. Em UCI foi permitido prestar cuidados diferenciados e complexos, com necessidade de ajustar parâmetros e modos ventilatórios como a SIMV, de acordo com alteração do estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica, a qual foi utilizada em situação de desmame ventilatório, proporcionando ao utente um aumento gradual de ventilações independentes. Essa foi uma atuação interdisciplinar mas na qual a observação crítica do enfermeiro na procura consciente de sinais fisiológicos de dessincronia entre o ventilador e o utente, (pressões pico das vias aéreas elevada, diaforese, polipneia, taquicardia, fadiga e trabalho respiratório aumentado) e ainda o padrão de sono, conforto e emocionais, como o medo e ansiedade (Silva e Lage, 2010). Esta permitiu a intervenção atempada e devida antecipação de instabilidade hemodinâmica. A probabilidade de re-intubação endotraqueal face ao desmame ventilatório se verificar ineficaz é grande, no entanto a situação de cuidados ocorrida durante o meu estágio, decorreu sem complicações pelos cuidados prestados antes, durante e após o mesmo terem decorrido pelo controlo da causa precipitante, pela preservação dos mecanismos fisiológicos da respiração, mas também pela avaliação do estado de consciência e suspensão de terapêutica sedativa e miorelaxante capazes de inibir a colaboração do utente (Silva e Lage, 2010).

De acordo com Capitão & Pires (2009), a monitorização hemodinâmica é um elemento chave com vista à antecipação da ocorrência de instabilidade hemodinâmica inerente à pessoa em situação crítica pela detecção, controlo e interpretação de sinais para uma avaliação fisiológica eficaz do doente aos tratamentos realizados. Deste modo foi importante o conhecimento de diferentes

técnicas de monitorização hemodinâmica em UCI, nomeadamente a pressão arterial invasiva, pressão venosa central (PVC) e Pressão Intra abdominal (PIA), para ser permitido a prestação de melhores cuidados na assistência à pessoa em situação crítica internada em UCI com uma avaliação rigorosa, organizada e individualizada a cada utente (Monahan, 2007).

De acordo com Azeredo & Oliveira (2013), a monitorização intra-arterial ocorre intrínseca à necessidade de monitorização contínua de pressão arterial do utente, permitindo também o rápido acesso para realização de gasometria arterial ocorrendo pela introdução de cateter numa artéria e posterior ligação a um sistema de alta pressão. As artérias seleccionadas para tal monitorização são a radial, artéria dorsal pediosa e a femural, sendo que na UCI em que prestámos cuidados o cateter era preferencialmente introduzido na radial. No decorrer do uso desta técnica, foi fundamental o recurso a técnica asséptica, pesquisando sinais inflamatórios na região proximal à inserção dos cateteres, substituindo pensos sempre que necessário e de acordo com protocolo instituído no serviço (Monahan, 2007).

Existem alguns cuidados a ter em consideração após a montagem do sistema de conexão da linha arterial ao transdutor de pressão, devendo este ser posicionado ao nível da linha “zero” de referência (terceiro espaço intercostal da linha axilar média), realizando posteriormente o “zero”, fechando o sistema para a atmosfera e aberto para a linha arterial, garantindo que a pressão atmosférica no ponto de partida seja zero, podendo-se assim dar o início à análise da conformação das ondas de pressão no monitor, despistando situações que possam interferir com a curva real a ser observada no monitor (Azeredo & Oliveira 2013). Os cateteres venosos centrais (CVC) são os dispositivos invasivos cujo recurso é mais popular a nível mundial, cuja importância se cinge não apenas à monitorização mas também e de forma usual a administração de protocolos terapêuticos complexos por via intravenosa, tendo como preocupação inerente a colonização por microrganismos. A sua colocação deve ser efectuada preferencialmente ao nível da veia jugular interna ou externa e da veia subclávia (Monahan, F. D., 2007).

No decorrer da prática clínica foi possível a manipulação de um dos dispositivos invasivos de monitorização hemodinâmica mais habituais em UCI, a PVC. A sua monitorização foi sempre realizada por recurso a CVC ligado a um transdutor, tendo como determinantes o volume de sangue circulante, o tónus vascular e a função vascular direita, variando o seu valor médio entre 0 e 8 mmHg (Azeredo & Oliveira 2013). Foi importante aquando de cada avaliação ter em consideração a necessidade do decúbito dorsal com os transdutores devidamente posicionados, permitindo assim que os dados recolhidos fossem correctos permitindo assim a correta interpretação dos dados e consequente actuação de cuidados, no sentido da melhoria da condição do doente, promovendo escolhas terapêuticas adequadas em complementaridade com a equipa multidisciplinar.

De acordo com Capitão & Pires (2009), pressupõe-se dos enfermeiros a colaboração na colocação dos diferentes métodos de monitorização hemodinâmica assim como os cuidados inerentes aos mesmos, pela cuidada avaliação dos locais de inserção de cateteres para despiste de complicações referentes a infecção e manipulação dos mesmos com cuidados de assepsia rigorosos associados. No decorrer do estágio em UCI foi tida a oportunidade de adquirir competência na monitorização da pressão intra abdominal (PIA) a um utente submetido a cirurgia abdominal. De acordo com Walsh (2008), a PIA deve ser monitorizada pelo risco de desenvolvimento de hipertensão intra abdominal, ou seja, PIA superior a 12mmHg (valor até ao qual a PIA se assume como “normal”), manifestada por aumento da pressão das vias aéreas, diminuição do débito urinário e tensão abdominal. Aos valores de PIA superiores a 20mmHg encontra-se associada a falência de pelo menos um órgão, denominando-se síndrome compartimental abdominal, o qual se encontra associado a elevados níveis de mortalidade e morbidade (Falcão e Oliveira, 2011). O modo mais aconselhado para a sua avaliação reside na avaliação indirecta através da via urinária/ pressão intra vesical, pela instilação de 60cc de cloreto de sódio 0.9% e posterior clampagem da sonda vesical, devendo o transdutor ser colocado ao nível da crista ilíaca, o qual será o ponto de referência “zero”, com o utente devidamente posicionado em supina e ao final da expiração (Walsh, 2008).

O período de estagio em UCI foi vantajoso para a familiarização com alguns dos avanços tecnológicos e terapêuticos ocorridos na ultima década e o qual requer da equipa multidisciplinar uma constante actualização pelo desenvolvimento de competências para melhor cuidar a pessoa em situação crítica, uma vez que estes apresentam em inerência, grande necessidade de vigilância e monitorização, na antecipação à ocorrência de falência orgânica. Torna-se essencial a uma actuação eficaz, o reconhecimento precoce de doentes com patologias potencialmente fatais (Silva e Lage, 2010).

Para dar resposta ao objectivo de reconhecer e compreender complicações decorrentes da pessoa vítima de situação de exceção/ trauma, foram realizadas actividades com vista à integração da prestação de cuidados especializados de enfermagem ambicionando o conhecimento e antecipação de situações de instabilidade e risco de falência orgânica. Foram realizadas actividades de gestão de administração de protocolos terapêuticos complexos e identificação de evidências de mal-estar, garantindo gestão eficaz de medidas na avaliação e no controlo da dor. Concretizou-se ainda a reflexão crítica de situações práticas que se revelaram importantes durante o estágio num jornal de aprendizagem, tendo auxiliado o desenvolvimento consciente da tomada de decisão baseada em evidência científica. Identificou-se ainda como actividade realizada, a aquisição de estratégias capazes de permitir a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infecção.

Durante este estágio foi possível a realização de um Curso de Prevenção e Controlo de Infecção, cuja organização esteve a cabo da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital onde o mesmo foi realizado (Anexo I). Através da sua frequência e por complementaridade com a participação nas variadas directivas existentes na UCI em que me foi permitida a prática clinica, consegui tomar a consciência da relevância que possuem para a segurança do utente, sendo que um em cada quatro doentes internados numa UCI tem risco acrescido de adquirir uma IACS (Infeção associada aos cuidados de saúde), sabendo-se ainda que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos (DGS, 2007). Deste modo, foi muito pertinente compreender o modo como é integrada a prevenção e controlo de infecção neste serviço, a qual

se dirige não só aos profissionais de saúde mas também de aos familiares e entes significativos que entram na UCI, sendo realizado sempre um breve ensino relativo ao uso da solução anti-séptica de base alcoólica, bem como dos 5 momentos da higiene das mãos (DGS, 2010).

Tive ainda a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem a um utente portador de MRSA nas secreções brônquicas sob ventilação invasiva com necessidade de isolamento de contacto no quarto de isolamento existente na UCI, a qual se encontra sob pressão negativa, com antecâmara mas sem portas estanques. Neste âmbito, procedi a uma revisão dos procedimentos e circuitos a realizar de modo a melhor prevenir o controlo de infeção face à via de transmissão desse utente. Não obstante a sua importância, a ventilação invasiva deve ser um recurso limitado no tempo, devido às complicações que lhe podem surgir inerentes, tais como a Pneumonia associada à Ventilação (PAV), sendo indicado o restabelecimento da ventilação espontânea o mais breve possível (Moreira et al., 2011). Definidas como uma infeção adquirida pelo doente durante a prestação de cuidados no hospital ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde e que não estava presente ou em incubação no momento da sua admissão (Horan, Andrus & Dudeck, 2008).

O primeiro passo baseia-se na higienização das mãos antes e após o contacto com os utentes e lavagem das mãos e uso de equipamento de protecção individual (EPI), tais como luvas, bata e máscara, sempre que se preveja o seu uso.

A aspiração endotraqueal de secreções brônquicas é necessária à manutenção de uma via aérea permeável, facilitando a ventilação e oxigenação, devendo no entanto ser adequada às necessidades do utente e não por rotina.

A necessidade deste procedimento engloba assim a percepção atempada de observação física e interpretação de valores como a saturação capilar periférica e dióxido de carbono no final da expiração, de forma a efectuar este procedimento apenas quando necessário para cada utente. É através de circuito de aspiração negativa que são removidas por aspiração as secreções brônquicas, sistema que poderá condicionar o aparecimento de atelectasias pelo

que se preconiza com valor máximo de pressão o valor de 150 mmHg, com tempo recomendado de 15 segundos desde a introdução até à remoção da sonda de aspiração no tubo endo traqueal (TET), com um máximo de 3 repetições subsecutivas (Matos & Sobral, 2010).

Antes de proceder à manobra em si é necessário prevenir a possibilidade de hipoxémia, pelo recurso a métodos como a hiper-oxigenação. Este processo requer ainda e em associação, a observação e registo dos parâmetros vitais anteriores ao momento de aspiração, tais como a pressão positiva na final da expiração, pressão parcial de oxigénio no sangue, frequência cardíaca, traçado eletrocardiográfico e pressão arterial média, de modo a minimizar a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos (Couchman et al., 2007). Para este procedimento, com sistema aberto foi adoptada a técnica asséptica com recurso a pressão de cuff adequada (< 20cmH₂O); aspirando as secreções presentes acima do cuff, antes de o mobilizar, transportar ou desinsuflar o cuff; elevando a cabeceira do utente entre os 30 e os 45° e verificando o posicionamento e permeabilidade da sonda de alimentação, para prevenção de aspiração de microrganismos potencialmente patogénicos às vias aéreas inferiores através de secreções contaminadas próximas ao cuff e/ ou por aspiração da nutrição entérica (Matos & Sobral, 2010). A diminuição de colonização por microrganismos tem como cuidado inerente, a higiene oral a cada 2 a 4 horas, de forma antecipada a mobilizações major e seguida de aspiração de secreções da hipofaringe. Inerente a esta recomendação encontra-se ainda associada a importância de escovagem dos dentes e língua a cada 12 horas, com aplicação na cavidade oral, de anti-séptico com solução de clorhexidina preferencialmente a cada 2 a 4 horas (Matos & Sobral, 2010).

A PSC tem vantagem em ser alimentado pela via entérica, em prol da parentérica sempre que a via oral se encontre impossibilitada. A via entérica apresenta menor incidência de complicações infecciosas, uma vez que preserva a integridade da barreira intestinal, devendo ser iniciada 24 a 48 horas após admissão na UCI (Matos & Sobral, 2010). Nesta UCI foi consultado o protocolo referente à administração de alimentação entérica, o qual norteou a instituição de nutrição e ainda a sua vigilância.

Os cuidados de higiene e conforto, bem como os posicionamentos não foram descurados, uma vez que face à sua situação de instabilidade hemodinâmica, o mesmo não possui a autonomia necessária. Para além dos cuidados de higiene oral já mencionados anteriormente, foram ainda prestados cuidados de higiene e conforto. Apesar das limitações presentes inerentes à presença de tubo endo traqueal, traqueias do ventilador e ainda da monitorização, a enfermeira responsável pelo meu estágio demonstrou-me que a mobilização do utente no leito de forma precoce é possível. Podendo ainda o posicionamento otimizar a relação de ventilação/ perfusão, minimizando trabalho respiratório e cardíaco, podendo ainda facilitar a permeabilidade da via aérea (Stiller, 2000). Estes procedimentos foram realizados com pressupostos de qualidade e segurança para o utente, tendo sempre presente a necessidade de vigilância dos parâmetros cardiovascular e respiratório.

Estas medidas assumem especial pertinência para a prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde, uma vez que as mesmas podem interferir directamente com a diminuição dos riscos a que o utente é exposto, permitindo uma melhoria aos cuidados prestados ao doente crítico em UCI.

Com o decorrer do estágio foi permitido promover estratégias capazes de me auxiliarem a avaliar a dor em utentes que não podem comunicar verbalmente, através de comunicação não-verbal e em complementaridade com escala instituída no serviço. Nesta UCI o uso de escala de dor adaptada exigiu tempo e competência para compreender a mensagem transmitida pelo utente, sendo no entanto recompensada quando os utentes referem maior conforto durante a realização de procedimentos dolorosos devido à devida antecipação e consequente controlo da dor, o que se transforma num momento bastante gratificante da prestação de cuidados ao utente com instabilidade hemodinâmica e respiratória. O recurso a avaliação da dor em escalas e registo regular da sua intensidade constitui assim uma norma de boa prática clínica (DGS, 2008).

De modo a não desconsiderar a dor quando comparada com os restantes sinais vitais a serem avaliados na pessoa em situação crítica, foi emanada uma recomendação em circular normativa nº9 de 14 de Junho de 2003, pela Direcção

Geral de Saúde (DGS), que instituía a dor como o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental à efectiva humanização dos cuidados de saúde.

A dor é um fenómeno subjectivo, pois a sua percepção decorre do género, idade, nível cognitivo, experiências vivenciadas anteriormente e ainda os contextos familiar e cultural em que se insere as quais irão influenciar o modo como a pessoa identifica as suas causas, quais os significados que lhe atribuem e ainda o modo como os exprimem. (Kazanowski & Laccetti, 2005; Potter & Perry, 2006). Deste modo o enfermeiro assume grande importância na compreensão dos significados que a pessoa atribui à dor, promovendo desse modo o adequado alívio e controlo da dor. As intervenções de enfermagem à pessoa com dor devem assim incluir a avaliação, o controlo e o ensino, devendo documentar todas as intervenções realizadas (OE, 2008).

Deste modo e face ao facto de os utentes internados naquela UCI apresentarem alteração na sua capacidade em comunicar, quer pela presença de TET e ventilação mecânica, quer pela sedo analgesia em perfusão ou pelas alterações do nível de consciência, a escala utilizada naquele serviço foi a proposta por Payen et al. (2001) a qual se baseia na componente comportamental ou Behavioral Pain Scale (BPS). Os seus critérios incidem na expressão facial, tónus dos membros superiores e na adaptação à ventilação mecânica, variando de entre uma pontuação mínima de 3 associada à ausência de dor e pontuação de 12 para a dor máxima sentida. Este instrumento revelou-se muito importante para a aquisição de competências na relação com a pessoa em situação crítica, e ainda como indicador da actual condição do utente e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados o que vem de encontro ao já mencionado pelo Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2011), o qual concluiu que é este o melhor instrumento para avaliar a dor nos doentes críticos portugueses, uma vez que as escalas tradicionais para avaliação da dor não são aplicáveis ao doente que não comunique verbalmente. Torna-se importante ao enfermeiro identificar e avaliar a dor realizando intervenções autónomas não farmacológicas com o utente e cuidador, através de medidas de ordem educacional, física, emocional,

comportamental e espiritual promotoras do autocuidado e ainda através da colaboração no seio da equipa multidisciplinar, programando e implementando terapêutica farmacológica prescrita e posteriormente monitorizar as respostas obtidas às terapias implementadas (Fontes & Jaques, 2007). A par das intervenções não farmacológicas foi necessária muitas vezes a intervenção com recurso a fármacos específicos no âmbito da sedação e analgesia, tais como o propofol e alfentanil, cujo recurso era iniciado após reversão de possíveis causas de agitação e ansiedade.

No que remete para a sedação durante a ventilação mecânica, esta é importante no sentido de atenuar a ansiedade do doente, a dor e a agitação que estão associadas a este tipo de intervenção, a par da analgesia. Apesar da sedação em UCI ter como objectivo providenciar estabilidade fisiológica, sincronia com o ventilador e conforto, esta não está isenta de riscos se administrada em quantidade elevada ou reduzida. Assim, identificar estratégias apropriadas de optimização da sedação é um objectivo importante, não só para reduzir os riscos inerentes à reduzida sedação, mas também para reduzir a duração e optimizar os ganhos da ventilação mecânica (Grap, 2009). Deste modo, as intervenções farmacológicas realizadas tiveram em inerência o recurso a pesquisa bibliográfica, de modo a responder com celeridade e segurança a complicações resultantes da implementação de tais protocolos, indo de encontro ao desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especializada em situação crítica, relacionada com a gestão de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2011b).

No último objectivo, relacionado com o desenvolvimento de competências no estabelecimento de relação terapêutica perante a PSC e família tendo em consideração conhecimentos em técnicas facilitadoras de comunicação foram desenvolvidas actividades de desenvolvimento de habilidades comunicacionais e promoção de relação terapêutica com a pessoa e família. Neste contexto de cuidados torna-se implícita a necessidade de adopção de uma prática em que o profissional e a pessoa a ser cuidada, consigam considerar o conjunto de aspectos inerentes à mesma, como parte de uma prestação humanizada (Silva, 2000). Os enfermeiros atravessam no seu quotidiano de cuidados, situações

constantes de pessoas a vivenciar fases de transição, sendo neste âmbito que o enfermeiro deve ajudar a Pessoa e família a lidar com essa multiplicidade de mudanças (Chick & Meleis, 1986). Desse modo tornou-se importante perceber o quanto pode ser desconcertante para a pessoa em situação de instabilidade hemodinâmica sob ventilação invasiva, a comunicação com a equipa multidisciplinar e com a família/ entes significativos e quão importante para o enfermeiro é a competência tao facilmente caracterizadora de enfermagem como profissão de ajuda (Lazure, 1994).

Os enfermeiros têm o privilégio de permanecer durante um maior número de horas junto da pessoa doente, mantendo uma relação de proximidade, comparativamente aos outros técnicos. Desse modo, torna-se imprescindível esta sua condição à gestão de estratégias capazes de permitir a comunicação com o seu alvo de cuidados.

Existem um conjunto de condicionantes a uma comunicação eficaz, nomeadamente a presença do TET, a qual torna praticamente impossível a comunicação verbal, no entanto tornou-se essencial encontrar alternativas a uma comunicação eficaz através dos seis passos descritos por Rossbach, Stranberg, & Chlan, (2011), sendo o primeiro deles o estabelecimento de uma ambiente agradável e empático, diminuindo os ruídos desnecessários e tentando manter o contacto visual ao nível do seu campo de visão enquanto se dirige a si. O segundo passo é avaliar as habilitações para comunicar, assegurando a visão face à necessidade de óculos, bem como à acuidade auditiva. Pode ainda se o mesmo demonstrar essa vontade, facilitar-se-lhe a escrita com o apoio do lápis/ caneta na sua mão. O terceiro passo consiste na antecipação às suas necessidades tentando desse modo promover a redução da ansiedade inerente à dificuldade em comunicar. Facilitar a leitura labial e proporcionar formas alternativas de comunicar tais como escrever necessidades comuns a utentes na mesma condição (por exemplo, tenho dor), incentivando-o a apontar na direcção que vá de encontro ao que necessita de uma forma simples (sim/ não), como quarto e quinto passos respectivamente. O sexto passo a considerar com o âmbito de uma comunicação efectiva passa por instruir o utente e sua família/ entes significativos e toda a equipa multidisciplinar acerca da estratégia

preferida/ eficaz para o utente, proporcionando um ambiente terapêutico, capaz de envolver a família e entes significativos no processo facilitador de comunicar e redutor de ansiedade. Deste modo, o acto de comunicar revelou-se como um cuidado presente e inerente ao desenvolvimento de outros cuidados individualizados.

Meleis et al. (2000), preconizam ser através da interacção enfermeiro-família que o significado de transição e dos comportamentos desenvolvidos em resposta são descobertos, clarificados e reconhecidos. De acordo com Stefanelli (2005), a comunicação verbal e não-verbal está intimamente ligada à humanização, uma vez que é através dela que é estabelecida, com a pessoa alvo de cuidados, a capacidade de compreensão que o prestador de cuidados detém, a sua visão do meio, o seu modo de pensar, sentir e agir.

No decorrer deste ensino clínico foi permitido estabelecer estratégias de aproximação e constante interacção com o doente e família pelo recurso a técnicas de comunicação verbal e não-verbal de modo a tomar consciência das suas necessidades, respeitando o outro no seu todo e promovendo o cuidado holístico e especializado à pessoa em situação crítica e família (Meleis et al., 2000).

De acordo com International Council of Nurses (2010), família designa-se como “Unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”. Esta definição de família foi escolhida pelo facto de reflectir a sua complexidade numa perspectiva holística, considerando-a como um sistema em que “o todo é mais que a soma das suas partes” (Relvas, 2006).

Inaba et al. (2005) referem não ser suficiente promover a presença da família na UCI e alargar o horário de visitas sendo necessário ir ao encontro da família, estabelecer uma relação, questionar sobre as dúvidas existentes e assim dar informações dirigidas e personalizadas a cada um sobre o que precisam e estão preparados para saber. Desse modo o enfermeiro tem a incumbência de “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e

Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” de acordo com o descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros (1998) no Artigo 84.º.

Em UCI foi-me permitido em articulação com a enfermeira responsável, adaptar a linguagem técnica para uma linguagem acessível à família sem nunca a diminuir, valorizando todas as questões e respeitando muitas vezes o silêncio. Torna-se num exercício constante e complexo mas enriquecedor na medida em que promove uma relação de ajuda na gestão da ansiedade do ente significativo do nosso objecto de cuidados. Para esta inclusão da família no processo de cuidados e para a comunicação ser viável é necessário estabelecer uma relação de ajuda e confiança, a qual apenas se torna possível se os enfermeiros conseguirem avaliar as reais necessidades da família (Esteves, 2012).

Este processo teve em inerência o conhecimento de técnicas e estratégias de comunicação com a sua devida adequação a cada pessoa objecto de cuidados de modo a obter a devida humanização habitualmente dificultada pela complexidade tecnológica do serviço em questão. Assim, foram mobilizadas para as intervenções descritas, os princípios de desenvolvimento de competências apresentados por Benner (2005), promovendo momentos de análise da prática clínica realizada tendo em conta o modo como influenciámos o meio onde esta foi realizada e ainda o modo como este influenciou o desenvolvimento pessoal e profissional mutuamente.

No decorrer deste estágio não decorreu uma situação de trauma na UCI onde prestei cuidados, no entanto foi-me possível prestar cuidados a utentes em situação crítica que vivenciaram situações de falência orgânica e deste modo, a preparação para o reconhecimento e compreensão de complicações decorrentes da pessoa vítima de situação de exceção/ trauma. De acordo com os objectivos traçados para este estágio e apesar de não ter sido uma situação prevista, ocorreu na reta final do meu estágio em UCI, uma situação de prestação de cuidados só possível devido ao campo de estágio se situar na mesma Unidade Hospitalar em que exerço a profissão.

No decorrer do turno da tarde, realizei turno no SUMC onde deu entrada um utente do sexo masculino e de 57 anos de idade por história de alteração do estado de consciência e queda dos próprios pés associada. Esse utente deu entrada na sala de emergência (posto em que estava escalada), com movimentos de descerebração à dor, sialorreia intensa com vômitos persistentes e agravamento progressivo do seu estado de consciência com valor 6 na GCS. Procedeu-se de forma pronta e antecipada à situação vivenciada, preservando-se a permeabilização da via aérea deste utente e colaborando ainda na realização de cuidados técnicos e acompanhamento na realização de exames complementares de diagnóstico a esta pessoa em situação crítica com o diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico do cerebelo. Foram ainda prestadas informações aos seus familiares sobre a situação a decorrer, tentando gerir e adaptar a minha comunicação face à situação de instabilidade a ser vivida pela pessoa em situação crítica e familiares. Posteriormente foi realizada a passagem de turno, estando em aberto a possibilidade de transferência para uma unidade cérebro vascular num hospital central, o que percebi posteriormente, não ter sido possível. De seguida dei entrada para realização de turno da noite em estágio na UCI dessa mesma Unidade Hospitalar vindo a receber o utente atrás mencionado. Foi importante perceber o feedback do trabalho realizado no SUMC pela equipa multidisciplinar e perceber o modo como a abordagem à PSC se complementa durante este percurso. Sendo que na UCI a abordagem se torna mais minuciosa, com cuidados técnicos de alta complexidade capazes de responder a uma monitorização que permite a adequação das respostas a sinais de instabilidade de forma bastante célere. Pude constatar que o trabalho desenvolvido pelas equipas multidisciplinares de ambos os serviços é facilitador do cuidado através do esforço coordenado com funções complementares no cuidado à PSC.

No final deste turno da noite o utente obteve uma melhoria do estado de consciência, com alteração do valor da GCS para 11 (pela presença da prótese ventilatória invasiva). Assim, foi-me permitido comunicar com o utente que me reconheceu da prestação de cuidados em SUMC, adaptando a minha comunicação com vista à sua compreensão do que lhe havia sucedido bem como do seu percurso pela unidade de saúde. E foi ainda permitido em contexto

de urgência mas apenas devido à aquisição de competências com o decorrer do estágio inserido neste CMEPSC, comunicar com os familiares deste utente que vivenciavam um processo de transição saúde-doença, situacional e de desenvolvimento, assumindo-os como cliente de cuidados. Desse modo, desenvolvi de modo consciente uma transmissão de informação de forma consistente, compreensível e atualizada, permitindo o contacto com o utente ainda em sala de emergência e preparando-os para o momento da transferência do utente para um nível de cuidados diferente, de modo a facilitar a continuidade dos cuidados e desmistificar as diferenças entre unidades de cuidados.

Foi uma sequência de experiências extremamente gratificante, pois permitiu-me a possibilidade da prestação de cuidados desde a entrada da pessoa em situação crítica no SUMC, com a estabilização inicial necessária bem como posterior receção do trabalho já realizado. Foi ainda importante o feedback direto do mesmo e a possibilidade da continuidade na execução de cuidados técnicos diferenciados no âmbito da ventilação e monitorização invasivas, bem como o estabelecimento de uma comunicação eficaz com o mesmo e família, dando o início a uma relação terapêutica. A prestação de cuidados atrás mencionada, apesar de não se ter referido em específico a uma pessoa vítima de trauma, manteve na sua continuidade de cuidados o pressuposto que qualquer pessoa em situação crítica e sua família requerem como resposta necessária à mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e holístico diz respeito (OE, 2011b).

Assim, no decorrer deste estágio foi-me possível reflectir criticamente sobre uma realidade deveras diferente da qual com que me deparo diariamente num Serviço de Urgência mas no entanto complementar. Tal não teria sido possível sem a partilha de experiências e conhecimentos com a minha enfermeira orientadora, bem como com a restante equipa de enfermagem e multidisciplinar de saúde, cuja disponibilidade e acompanhamento foram imprescindíveis durante este percurso. As actividades desenvolvidas em contexto de UCI, permitiram-me o desenvolvimento no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica, bem como o desenvolvimento de competências comuns de enfermeira especialista

(OE, 2011a) e específicas de enfermeira especializada em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011b). Foi ainda possibilitada a tomada de consciência da relevância que possuem para a segurança do utente as medidas de maximização na prevenção e controlo da infecção, nomeadamente perante a PSC e família. Esta problemática foi assim reportada de forma consciente para o meu quotidiano de cuidados e ainda para a prestação de cuidados dos meus pares uma vez que é transversal a todos os profissionais de saúde integrantes da equipa multidisciplinar. Desse modo considero ter desenvolvido competências no âmbito da prevenção e controlo de infecção actuando em conformidade face ao descrito pela OE (2011b).

Em geral, este estágio em UCI permitiu-me adquirir competências na abordagem à pessoa em situação crítica, bem como a compreensão da importância da continuidade dos cuidados a serem prestados, os quais me permitiram o desenvolvimento enquanto pessoa e enfermeira, reflectindo-se actualmente na minha prestação de cuidados.

2.2 - Aquisição de competências em serviço de Urgência Central com Plano de Emergência Externo

Este período de estágio foi desenvolvido num SUC decorreu no espaço de tempo compreendido entre 02 de dezembro de 2013 e 20 de janeiro de 2014, num total de 117 horas.

A realização deste estágio em SUC teve como principais objectivos o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica/ família durante o processo de transição saúde-doença decorrente de uma situação de exceção e a consulta das normas e procedimentos existentes para actuação em situações de exceção ou emergência multi-vítimas.

Para o alcance dos objectivos propostos foram realizadas actividades, tais como a identificação do circuito do utente e família no SUC desde a sua admissão até ao momento da transferência/ alta, a gestão de oportunidades de

aprendizagem demonstrando iniciativa na colaboração com a equipa multidisciplinar no decorrer do planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados perante a pessoa em situação crítica e família, nomeadamente no estabelecimento de relação terapêutica. Outra das actividades realizadas pressupôs a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de situação de exceção/ trauma, compreendendo a operacionalização de uma equipa multidisciplinar especializada no atendimento à pessoa vítima de trauma decorrente de uma situação de exceção. Concretizou-se ainda uma reflexão crítica de uma situação de cuidados durante a realização de um estudo de caso. O estabelecimento de oportunidades de consulta do Plano Emergência Externo (PEE) foi outra das actividades realizadas para o alcance dos objectivos atrás mencionados.

O SUC onde realizei este estágio apresenta na sua essência características muito específicas e consequentemente diferentes das existentes no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) onde exerço a minha actividade profissional. Foi permitida a percepção de uma realidade diferente e de algum modo complementar daquela que vivencio no meu quotidiano profissional uma vez que ambas se referem a prestação de cuidados em Serviço de Urgência com vivências similares dentro das diferenças organizacionais.

Denomina-se como Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com o Decreto-Lei n.º 18 459/2006 de 12 de setembro de 2006, nas alíneas a) e c), ou seja, tem capacidade para atendimento das situações de urgência/ emergência que impliquem a existência de todas as valências de especialidades médicas e cirúrgicas, bem como áreas de diagnóstico e terapêutica que permitam a abordagem global da pessoa em situação de emergência. Este SUC dá resposta aos SUMC da sua área de referência, no que respeita ao maior grau de diferenciação técnica respeitante às diferentes especialidades aí existentes. O número de enfermeiros constituintes da equipa de saúde do SUC, encontram-se próximo da centena estando distribuídos por equipas e estas sob a orientação do seu chefe de equipa o qual coordena e supervisiona os enfermeiros e ainda os assistentes operacionais desse serviço.

Este SUC encontra-se localizado na região central da Unidade Hospitalar em que se insere, dividindo-se em área de ambulatório e área de internamento (SO). Esta primeira é composta por sectores dos quais fazem parte o atendimento dos utentes em situação urgente/ emergente de acordo com a triagem de prioridades de Manchester e de duas salas de reanimação com capacidade para avaliação e estabilização hemodinâmica de três pessoas, encontrando-se a maior das duas (com capacidade para duas pessoas) vocacionada para a abordagem à pessoa vítima de trauma, uma vez que se encontra munida de meios auxiliares de diagnóstico (RX) em conjugação com os meios comuns a ambas as salas de reanimação, nomeadamente meios de monitorização e ventilação, seringas infusoras e todo o material necessário à prestação de cuidados neste âmbito. Ainda em regime ambulatório existem dez gabinetes para atendimento de diferentes especialidades, duas salas de pequena cirurgia, uma sala de aerossóis, uma sala de gessos, salas de espera contíguas aos gabinetes de atendimento e ainda uma sala de acolhimento. O SO por sua vez possui capacidade para dezasseis pessoas em situação crítica com meios para monitorização e ventilação não invasivas, estando o segundo elemento da equipa de enfermagem responsável pela coordenação das vagas e transferências intra-hospitalares.

O percurso a ser desenvolvido no decorrer deste estágio teve o seu início ainda na fase de elaboração do Projecto, através de visita e reunião prévias com o Enfermeiro chefe deste serviço, onde foi possível debater assuntos relativos ao Serviço e PEE, pertinentes para a formulação de objectivos implícitos ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A realização deste estágio permitiu a “observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada dos dados, com o objectivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b), necessárias a uma prática e a uma observação crítica e reflexiva. Foi possível conhecer o PEE, o qual data de 2010, encontrando-se desactualizado face a uma reorganização estrutural ocorrida posteriormente no SUC e a qual altera os acessos dos doentes em caso

de ser necessária evacuação. Contudo, foi importante perceber as etapas inerentes ao processo de concepção e implementação do PEE através da partilha de experiências dos seus responsáveis e consulta de recursos materiais, tais como as pastas e os *kits* de catástrofe existentes.

O PEE encontra-se elaborado de acordo com o pressuposto pela DGS (a, 2010), para a realização de Plano de Emergência das Unidades de Saúde (PEUS) tendo sido possível a sua consulta em vários momentos. Foi permitida a consulta da documentação referente às “pastas de catástrofe” as quais consistem em pulseira de identificação, cartão de triagem, processo clínico, requisição para exames complementares de diagnóstico, bolsa para recolha de pertences e ainda rótulos pré numerados para colheitas de análises de sangue. Bem como a localização dos *kits* de catástrofe os quais estavam divididos em número igual de *kits* de circulação contendo o material necessário a colocação de CVC se necessário e ainda de permeabilização da via aérea, devidamente acomodados em sacos de modo a poderem facilmente ser transportados se necessário.

Foi-me permitido desenvolver actividades no âmbito do desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC/ família durante o processo de transição saúde-doença decorrente de uma situação de exceção ou emergência multi-vítimas, nomeadamente no sector de reanimação/ sala de emergência. Este é um posto de trabalho que requer experiência e demonstração de competências ao nível de proficiente.

“A Sala de Emergência é uma área fulcral num Serviço de Urgência (...) onde se concentra um número complexo de capacidades para avaliação e tratamento inicial de um doente em estado crítico, e onde uma equipa de reanimação tem acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correcção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções” (OM, 2009, p. 43). Trabalhar em sala de emergência requer compreensão da sua organização e funcionamento e essencialmente o pressuposto de trabalho em equipa com vista à prestação de cuidados à PSC.

Integrar as dinâmicas da equipa de apoio à sala de emergência realizou-se inicialmente pela percepção da localização de materiais e equipamentos, pela reposição dos mesmos e ainda pelo conhecimento dos critérios de entrada e saída. Neste SUC era a enfermeira responsável pela sala de emergência que efectuava a verificação da conformidade dos equipamentos e reposição de materiais, sempre no início do turno da manhã e após necessidade.

Em sala de emergência foi-me permitido prestar cuidados especializados a pessoas com dificuldade respiratória, a pessoas politraumatizadas e a pessoas com disritmias cardíacas com repercussão hemodinâmica, entre outras situações emergentes. Norteei a minha prestação de cuidados para o estabelecimento de prioridades em situações de risco potenciais ou reais, em coordenação com a equipa multidisciplinar de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Não descurei a toma de medidas simples mas eficazes na gestão do risco do utente, tais como a devida colocação das grades nas macas após cada procedimento e ainda da verbalização aos pares de quaisquer alterações do estado de consciência que ocorram, de modo a prevenir quedas e promover a segurança.

De acordo com os objectivos propostos para este estágio, para o acolhimento à PSC e família tornou-se fulcral uma comunicação eficaz que proporcionasse o estabelecimento de relação terapêutica pelo respeito e valorização da sua individualidade. O enfermeiro assume um papel de facilitador e promotor de estratégias para ajudar a pessoa e família no processo de transição, assumindo o dever de: “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Artigo 89.º da Lei n.º111/2009 de 16 de setembro).

Deste modo e com o intuito do cuidado à pessoa com o respeito pela sua individualidade, surge a lei nº 33/ 2009 referente ao Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, a qual reconhece que todo o cidadão admitido num SU tem o direito a ser acompanhado, salientando a importância da família no processo de cuidar. Face à actualidade, os enfermeiros têm uma obrigação ética e moral em envolver as

famílias na sua prática de cuidados de saúde, uma vez que a família tem um impacto significativo sobre a saúde, bem-estar ou doença dos membros individuais que a constituem (Wright, 2009).

A cada situação de cuidados com que me deparei, envolvi a família/ ente significativo, desenvolvendo competências comunicacionais que me permitissem a interacção com os mesmos, uma vez que, tal como refere Catita et al., (2000) “Os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para prestar cuidados de enfermagem ao doente na sua globalidade. É fundamental que o enfermeiro esteja desperto para a relação de ajuda, pois no seu trabalho é diariamente confrontado com seres humanos que sofrem física e psicologicamente”.

O estágio num SUC permitiu-me o desenvolvimento de conhecimentos especializados à prestação de cuidados à PSC e à família, possibilitando-me o exercício de um papel mais activo no processo de tomada de decisão face à pessoa a ser cuidada em contexto de serviço de urgência.

No decorrer deste estágio pude prestar cuidados a várias vítimas politraumatizadas, contudo saliento uma situação de cuidados, pela queda accidental de uma pessoa numa linha de comboio, da qual resultou elevada transferência de energia com consequente lesão traumática por esmagamento. E como tal, com necessidade de abordagem imediata por parte dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar de saúde em que se inserem, o que se enquadra no descrito pela Society of Trauma Nurses (2008), onde é referido que o mecanismo de trauma descrito pelo Pré-hospitalar engloba frequentemente lesões que envolvem transferências de energia como quedas e esmagamentos. Uma situação de exceção pode provir de vários vectores, nomeadamente de acidentes rodoviários, os quais têm em inerência e face à sua especificidade, pessoas vítimas de uma situação de trauma. Deste modo, foi possível no decorrer deste estágio a prestação de cuidados específicos à PSC que vivencia uma situação de exceção e assim uma situação de transição que abrangiu tanto o seu estado de saúde, como os papéis sociais, expectativas e capacidades, exigindo a aquisição de novos conhecimentos e alteração de comportamentos. (Meleis & Trangenstein, 1994).

Acompanhei todo o processo, desde o momento de entrada em sala de emergência, participando em cuidados de enfermagem especializados com gradual integração na equipa multidisciplinar com uma autonomia gradual, colaborando na partilha de informação entre os intervenientes e auxiliando o transporte intra-hospitalar do doente crítico, o qual se justifica pela necessidade de proporcionar um nível de assistência superior e/ ou para realização de exames complementares de diagnóstico (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Tendo nesta situação em específico acompanhado a utente ao serviço de imagiologia para realização de TAC e ao Bloco Operatório para ser intervencionada cirurgicamente. Durante este processo esteve sempre inerente a certificação da estabilidade clínica da utente, da permeabilidade das vias de perfusão e ainda da operacionalidade dos equipamentos necessário ao transporte. Enfermeira responsável pelo utente desempenhou um papel essencial de coordenação nas transferências descritas, pela comunicação prévia com o serviço que vai receber o doente crítico e posteriormente pela transmissão oral da informação clínica da pessoa, bem como a preparação do material, equipamentos e fármacos que o devem acompanhar, com a devida preparação para situações que pudessem ocorrer. Pela situação vivida a utente não se encontrava acompanhada de familiares ou entes significativos, não tendo sido possível conhecer a funcionalidade da família em que se integra. Os significados atribuídos a transições variam de pessoa a pessoa e, assim, influenciam o resultado das mesmas. A família poderá ser considerada como um sistema movendo-se através do tempo possuindo propriedades diferentes de outros sistemas, indicando que os significados de transições mudam de família a família bem como de família a sistema (Zagonel, 1999).

Durante o desenvolvimento deste estágio realizei registos adequados às actividades desenvolvidas, com o âmbito de promover uma continuidade dos cuidados e uma maior segurança para o utente, permitindo a necessária avaliação dos cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar de saúde com um número de elementos muito superior ao habitual da minha prestação de cuidados.

Ao longo do estágio foi permitido acompanhar a enfermeira orientadora com o nível de perita, chefe de equipa durante muitos anos, desenvolver processos de gestão, articulando recursos humanos e materiais e gerindo conflitos no seio da equipa multidisciplinar, demonstrando autonomia, assertividade e uma postura de líder adquirido.

Deste modo, no decorrer deste estágio, foram adquiridas competências nos domínios da prestação de cuidados especializados no que concerne a cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, assistindo a pessoa e família nas perturbações emocionais e estabelecendo uma relação terapêutica através de uma comunicação eficaz (OE, 2011b). Bem como no que da conceção da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima alude, demonstrando conhecimento de planos e princípios de atuação em situações de emergência multi-vítima (OE, 2011b).

A reflexão sobre esta prática permitiu-me tomar consciência do modo como presto cuidados no meu quotidiano, permitindo-me o crescimento pretendido para uma constante e contínua melhoria na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família/ ente significativo em serviço de urgência.

A partilha de experiências com a enfermeira orientadora e com os enfermeiros, médicos e assistentes operacionais integrantes da equipa multidisciplinar e com os quais me foi permitido cuidar em equipa, revelou-se deveras enriquecedora e factor de crescimento pessoal e profissional, toldando a minha praxis actual.

O conhecimento do PEE da instituição permitiu-me segurança quanto aos princípios de atuação em situação de emergência multi-vítimas, consentindo a percepção que a sua conceção se adequa aos pressupostos pela DGS (2010). Deste modo, o conhecimento adequado da existência do PEE e conteúdo capacitam a preparação necessária a uma situação de exceção com respostas eficazes e assim promotoras da qualidade.

2.3 - Promoção da melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de situação de exceção no Serviço de Urgência do nosso contexto laboral

Este estágio decorreu no período entre 20 de janeiro e 14 de fevereiro com o objectivo de mobilizar mudança para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de situação de exceção/ emergência multi-vítimas no SUMC onde se desenvolve o contexto laboral.

A primeira actividade a ser desenvolvida teve como objectivo um diagnóstico de situação relativamente à abordagem à pessoa vítima de situação de exceção/ emergência multi-vítimas no SUMC e perceber quais as necessidades de formação existentes na equipa de enfermagem. Esse processo teve início com a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do SUMC onde exercemos funções, como método de recolha de dados, junto dos indivíduos sobre factos, ideias, comportamentos, expectativas e atitudes o qual requer resposta por escrito a questões colocadas, permitindo a recolha rigorosa de informação sobre o tema pretendido (Fortin, 1999), (Apêndice III).

Foram aplicados 31 questionários durante o período de 20 a 30 de Janeiro de 2014, a uma população de 34 enfermeiros, tendo-se excluído do estudo apenas a autora dos mesmos e duas colegas de baixa por motivos de saúde, com o intuito de conhecer a opinião mas ainda o de envolver a equipa, uma vez que para o sucesso de qualquer projecto é sempre necessário o envolvimento destes. As questões presentes no questionário tinham também o objetivo indirecto de promover a sensibilização dos profissionais para temática através da reflexão prévia inerente ao seu preenchimento.

Esse questionário foi realizado após consentimento da coordenação de enfermagem, com a análise e discussão dos conteúdos que considerávamos pertinentes apresentar em conjunto com os docentes e orientadora de estágio que acumulava a função de chefia do serviço em questão, tendo a sua versão final ter decorrido após a aplicação do mesmo como pré teste a 3 elementos de referencia naquele serviço, os quais não verbalizaram dúvidas quanto à sua compreensão das questões elaboradas, não tendo sido necessário reformular o

mesmo. A participação neste diagnóstico de situação foi voluntária, tendo sido assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados.

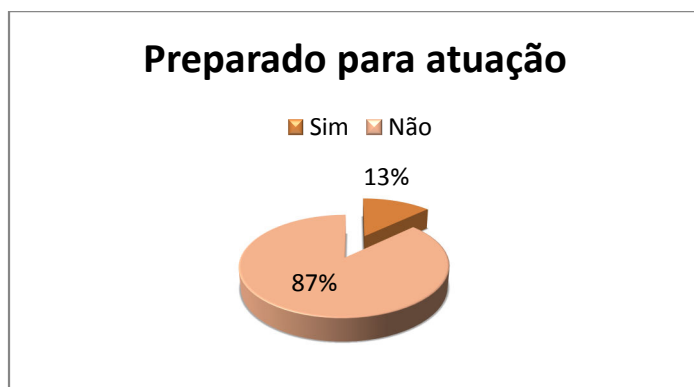
Indo de encontro a mencionado por Mão de Ferro (1999), a formação deve partir da realidade existente, com finalidades devidamente enunciadas, devendo desse modo ser orientada para as necessidades da organização e intervenientes.

Os dados recolhidos permitem a compreensão de uma equipa maioritariamente feminina (68%) e muito jovem, face ao facto de a grande maioria da população (84%) se apresentar na faixa etária até aos 40 anos. De acordo com o modelo de aquisição de competências de Dreyfus aplicado à teoria de Benner (2001), mais de metade dos enfermeiros da equipa de prestação de cuidados (61%) se encontram no nível de competências proficiente, uma vez que apresentam entre quatro e nove anos de prestação de cuidados no SUMC. De acordo com Benner (2001, p. 58) enfermeiro proficiente é aquele que “percepciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas acções são guiadas por máximas”. No que concerne à abordagem ao tema relacionado com situação de exceção/ emergência multi-vítimas no decorrer da formação de base em enfermagem, 42% dos inquiridos respondeu de forma positiva. No entanto, quer ao nível intra hospitalar, quer ao nível individual apenas uma minoria terá participado em acções de sensibilização ou formação para actuação em caso de situação de exceção/ emergência multi-vítimas com os valores de 26 e 35% respectivamente, tendo o curso de VMER sido uma mais-valia para a formação nesta área de acordo com o mencionado no tratamento dos dados do questionário. A mencionar o facto de apenas 71% dos inquiridos mencionaram conhecer o Plano de Emergência do Hospital onde se insere o SUMC em questão.

A grande maioria dos inquiridos (94%) realiza Triagem de Manchester no SUMC, no entanto apenas 13% destes terão realizado Triagem de Catástrofe neste SU em contexto de Situação de exceção/ emergência multi-vítimas com 6% dos inquiridos a mencionarem terem realizado treino ou simulação envolvendo triagem de catástrofe. A validar a pertinência e indo de encontro às

necessidades sentidas, decorre o valor elucidativo de 13% quando se questiona a preparação sentida para actuação em situação de exceção/ emergência multi-vítimas neste Hospital com a totalidade dos elementos inquiridos a considerarem importante planear formação em serviço na área da Triagem de catástrofe para actuação em caso de Situação de exceção/ emergência multi-vítimas.

Gráfico n.º 1 – Percepção dos enfermeiros do SUMC face à atuação em caso de situação de exceção no Hospital em que se integra.



O questionário permitiu-me a percepção que as necessidades sentidas são transversais à maioria da equipa de enfermagem do SUMC, demonstrando ainda a sua disponibilidade na recepção de formação nesse sentido para a melhoria dos cuidados prestados. Deste modo, com os resultados obtidos e pela análise dos mesmos efectuou-se então um diagnóstico de necessidade de formação no da abordagem à pessoa vítima de situação de exceção/ emergência multi-vítimas no SUMC, pretendendo a melhoria da preparação dos enfermeiros face à eminente possibilidade de “ocorrências naturais ou provocadas pelo homem, por vezes com elevado número de vítimas, onde exista desequilíbrio entre as necessidades de socorro e os recursos disponíveis” (Oliveira, 2013).

Apos a constatação de lacunas de conhecimentos teóricos neste âmbito de actuação, foi realizada uma acção de formação interna à equipa de enfermagem, de forma a potenciar a reflexão e aquisição de conhecimentos acerca desta temática. (Apêndice V)

Foram abordados temas como enfermagem da PSC e situação de excepção, triagem de Manchester, planos de emergência e triagem de catástrofe com menção ao método “Simple Triage And Rapid Treatment” (START) relativo à Triagem Primária em Situação de excepção/ Emergência multi-vítimas, pelo facto de apenas 32% dos inquiridos mencionarem o seu conhecimento.

Foi ainda possível para além dos 10 enfermeiros presentes na formação interna, transmissão de informação a título informal aquando das passagens de turno, aos elementos de enfermagem que não puderam estar presentes no momento de formação interna e ainda aos assistentes operacionais acerca desta temática, uma vez que eles em associação à nossa prestação de cuidados, poderão também vivenciar a situação de excepção/ emergência multi-vítimas.

MacPhail (2001), considera que em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão fundamental o trabalho em equipa e o respeito mútuo dentro e fora dela como no contexto de serviço de urgência, influenciando de modo directo a qualidade e excelência dos cuidados. Enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e outros técnicos têm de nortear a sua acção de modo a prestar os melhores cuidados possíveis à PSC, promovendo concomitantemente o envolvimento da família e conduzindo assim à necessária humanização dos cuidados de saúde.

No decorrer do estágio foi ainda possível consultar o PEI, o qual se encontra desactualizado, mantendo-se até à data presente em fase de implementação e aceitação pelo Conselho de Administração desde 2013, pelo que o Plano que se encontra disponível para consulta em intranet é ainda o referente a 2008. O PEI tem como principal objectivo assegurar a capacidade de intervenção própria do hospital, para reduzir ao mínimo as consequências derivadas de sinistros potencialmente geradores de situações de emergência (PEI, 2008). A Enfermeira chefe do SUMC onde prestamos cuidados e ainda orientadora deste estágio, efectuou referenciação para integrar em cooperação com outro enfermeiro do Serviço, a brigada de primeira intervenção do SUMC face ao reconhecimento de competências nesse sentido, no entanto e face ao facto de o PEI se encontrar ainda em fase de implementação a integração na

equipa ainda não foi efectivada. Foi ainda verificado e organizado um armário na sala de triagem de Manchester, o qual contém os *kits* de catástrofe a serem utilizados em situação de exceção/ multi-vítimas, tida ainda a oportunidade de rever os 50 kits existentes, substituindo o material próximo do final de validade.

O intuito foi o de mobilizar conhecimentos para permitir à equipa adquirir e ou desenvolver conhecimentos para uma melhoria contínua dos cuidados prestados durante o estágio mas sobretudo no decorrer da prática quotidiana de cuidados, nomeadamente na eventualidade de ocorrência de situação de exceção/ emergência multi-vítimas.

Uma situação de exceção pode decorrer de qualquer dos riscos eminentes, sejam estes naturais, ambientais, tecnológicos, sociais ou provocados pelo ser humano. Tais situações não ocorrem diariamente, no entanto podem surgir a qualquer momento, sendo explícita a necessidade de existência de Plano de Emergência Interno e Plano de Emergência Externo que permita à equipa multidisciplinar uma organização capaz de uma resposta pronta e eficaz face à entrada em simultâneo de múltiplas vítimas com lesões traumáticas. O PEE encontra-se em conjunto com o PEI em fase de aceitação pelo Conselho de Administração desde 2013, sendo que, tal como enunciado anteriormente, o PEI referente a 2008 é o único Plano disponível para consulta em intranet na instituição de saúde onde prestamos cuidados de enfermagem.

Deste modo um PEE deve ter como objectivo permitir a uma unidade de saúde fazer face a situações excepcionais e informar de modo interno os profissionais integrantes da mesma, quanto ao modo de agir e quanto ao papel a desempenhar em caso de ativação e de modo externo, as autoridades sanitárias para que coordenem os meios de resposta disponíveis em caso de alerta (Gomes, 2010). Os responsáveis pela elaboração do PEE deverão proceder a avaliação dos recursos humanos e materiais mobilizáveis, bem como à definição de um catálogo de riscos, de modo a que este possa permitir a manutenção da continuidade dos cuidados de saúde prestados e ainda a preservação da segurança dos doentes e dos profissionais de saúde (Gomes, 2010).

A par da referenciação da enfermeira chefe e orientadora deste estágio para integrar a brigada de primeira intervenção do PEI do SUMC, foi realizado também o contacto com os responsáveis pela implementação dos Planos de Emergência da instituição de saúde em questão, verbalizando o interesse em colaborar e desenvolver trabalho como elemento dinamizador no SUMC, com o grupo de trabalho do PEE, nomeadamente na vertente da triagem em catástrofe.

De acordo com a DGS (2010), existem pilares de resposta a uma crise, permitindo o planeamento e preparação de cada unidade de saúde, sendo eles a organização e gestão, os recursos humanos, a prestação de cuidados e os recursos gerais tendo ainda a par de importância a identificação e avaliação de riscos potenciais, o risco nuclear, radiológico, biológico e químico (NRBQ) e o plano específico de emergência interno contra incêndios. Cada Unidade de Saúde deve ainda ter o seu plano integrado em outros mais abrangentes como os de âmbito regional. Os planos de emergência de proteção civil encontram-se relacionados com a extensão territorial, podendo ser classificados em nacionais, regionais, distritais ou municipais. (Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC), 2008). Tendo em consideração a localização geográfica da unidade de saúde onde presto cuidados, o Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil (PDEPC) mais abrangente é o relativo ao distrito de Setúbal, encontrando-se adaptado à sua realidade em matéria de riscos e vulnerabilidades, como sejam os acidentes industriais graves, os fogos florestais e ocorrências sísmicas dada a natureza do seu território e tipologia de indústrias nele estabelecido. Assim, os planos de emergência da proteção civil são documentos que permitem a organização, orientação, agilização e uniformização das ações necessárias para dar resposta à emergência. (Comissão Nacional de proteção Civil, 2008).

No SU onde presto cuidados de enfermagem, o número mínimo de enfermeiros permitido por turno é cinco, tornando-se demasiado fácil a eminência de ocorrências em que as necessidades dos utentes ultrapassem os recursos disponíveis naquele serviço. Tendo presente o facto que é da competência comum do enfermeiro especialista o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e responsabilização em ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, a acção de formação realizada

contribuiu para a minha aquisição de competências nesse sentido mas ainda para o desenvolvimento profissional da equipa multidisciplinar de saúde.

Indo ao encontro dos objectivos e competências do CMEPSC, foi ainda possível gerir os cuidados, optimizando a resposta de enfermagem inserida na equipa multiprofissional, seleccionando fontes de informação relevantes à tomada de decisão por forma a promover o aumento da qualidade nos cuidados de saúde.

2.4 - Aquisição de competências em Viatura Médica de Emergência e Reanimação

De acordo com o desenvolvido no decorrer do desenho do projecto de estágio, foi meu intuito integrar campos de estágio que permitissem a melhor compreensão da articulação decorrente de uma situação de excepção ou multi-vítimas desde o primeiro momento de abordagem no Pré-hospitalar, nomeadamente na VMER.

A emergência médica é definida pelo INEM como a “actividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, o tratamento definitivo” (INEM, 2011, p. 2), o que me permite justificar a pertinência do estágio na VMER, uma vez que constitui o elo de ligação entre o Pré-Hospitalar e o tratamento definitivo na Unidade Hospitalar.

As VMER são viaturas com base hospitalar, tripuladas por enfermeiro e médico, tendo como objectivo efectuarem o rápido transporte de equipa medica com equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) ao seu dispor, até ao local onde o doente se encontra, proporcionando a estabilização e acompanhamento médico durante o transporte da vítima (INEM, 2009). Este estágio realizado na área da Assistência Pré-Hospitalar decorreu no período compreendido entre 03 e 14 de Fevereiro de 2014, numa VMER sediada num hospital do sul do País, a qual faz referenciação para a unidade hospitalar onde

são prestados os cuidados de enfermagem no quotidiano profissional de modo a tentar conhecer melhor esta realidade que a complementa.

Pretendeu-se como objectivo deste estágio o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, na dinamização de resposta a situações de exceção ou emergência multi-vítimas no âmbito do pré-hospitalar. Desse modo, as actividades desenvolvidas tiveram em vista a compreensão do funcionamento e organização da abordagem efectuada à PSC, no âmbito pré hospitalar, nomeadamente na eventualidade de ocorrência de situações de exceção/ multi-vítimas pela compreensão da triagem de catástrofe a ser utilizada nesse âmbito. Pretendeu-se ainda a identificação da importância do trabalho em equipa e da comunicação eficaz em situação de exceção/ catástrofe, conhecendo o funcionamento e ativação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação pelos meios de comunicação com o CODU.

O cuidar em contexto Pré hospitalar é complexo e intenso representando um papel preponderante no cuidado à PSC tal como é afirmado nas orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar, publicadas em Janeiro de 2007 pela Ordem dos enfermeiros “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” (OE, 2007, p. 1).

De acordo com a orientação supra citada é ainda determinado que “o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem actuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites”.

Deste modo, pretendeu-se mobilizar saberes, de modo a adaptar a prática a cada situação, partindo do pressuposto de saber e acção serem indivisíveis (Simões 2004). No decorrer do estágio e no seio da equipa foi possível promover

momentos de reflexão crítica dos momentos vivenciados, os quais permitiram ocasiões plenas de aprendizagem.

A prestação de cuidados de enfermagem tem como sustentação no pré hospitalar, a existência de protocolos de actuação baseados em evidência científica e bem definidos e actualizados. Apesar de este estágio ter decorrido num curto período de tempo, verificou-se bastante enriquecedor a nível pessoal e profissional, uma vez que as actividades decorreram sempre em ambiente não controlado com situações de cuidados bastantes exigentes. A necessidade de aliar a eficácia, a segurança e a rapidez exigem do enfermeiro uma prática fundamentada na evidência e alicerçada num adequado domínio de todas as suas competências.

Em pré hospitalar e nomeadamente em VMER a metodologia de trabalho utilizada é a de trabalho em equipa entre enfermeiro e médico com a coordenação da equipa habitualmente assumida pelo médico, o qual assume quais os protocolos de actuação a serem aplicados em cada situação, actuando em coordenação com o enfermeiro na realização dos procedimentos técnicos implícitos. De forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem, era efectuada a transmissão oral da informação pertinente na unidade hospitalar, uma vez que o impresso utilizado para colheita de dados do doente é sempre preenchido pelo médico, tornando-se o uso de protocolos em certo aspecto limitativos ao planeamento dos cuidados e posterior avaliação.

Talvez pelo facto de terem ocorrido momentos prévios de colaboração em sala de emergência, com a equipa da VMER onde foi realizado o estágio, foi permitida a oportunidade de colaborar directamente em variadas situações de cuidados à PSC. No decorrer do estágio foi possível vivenciar situações com variados níveis de gravidade e com potencialidade de se inserirem no âmbito das situações de excepção/ emergência multi-vítimas, nomeadamente um acidente entre um veículo de emergência e um comboio de mercadorias. Ao momento da activação do meio pelo CODU, não foi mencionado o número de vítimas, no entanto ao momento da recepção dos dados, foi de imediato percebido que se poderia tratar de uma situação de excepção considerando que a ambulância

de transporte de doentes poderia conter três ou mais vítimas de trauma em situação crítica, entre condutor, tripulante de ambulância e utente a ser transportado e que o primeiro meio diferenciado a chegar ao local seria a VMER. Veio a verificar-se a existência de um ferido ligeiro que era o condutor do veículo de emergência, tendo sido prestada uma abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma através da sequência “ABCDE” fruto da realização de formação específica em trauma no âmbito deste mestrado (ATCN[®]) e a qual vai de encontro à formação realizada pelo enfermeiro que realiza VMER.

Numa situação como a anteriormente descrita, facilmente poderia ter ocorrido uma situação de exceção/ emergência multi-vítimas e nesse caso o enfermeiro em conjunto com o médico teriam de realizar a triagem primária após terem escolhido local apropriado para efectuar a triagem, tendo em consideração as condições de segurança, o fluxo das vitimas através de corredores de emergência, bem como o algoritmo de triagem *START* modificado preconizado pelo INEM e o qual classifica as vitimas de acordo com as prioridades de tratamento. De seguida seria necessária a criação e determinação do local para o Posto Médico Avançado (PMA), o qual deve ser colocado o mais próximo possível do local, mas com o pressuposto da segurança sempre presente, permitindo a prestação de cuidados de emergência às vítimas mais graves, com vista a estabilização necessária para o transporte até à unidade de saúde mais adequada, evitando uma transferência hospitalar caótica. Após esta fase seria ainda necessária a criação e definição do parque de ambulâncias e outros aspectos relevantes tais como os registos das vítimas (Oliveira et al., 2012).

A análise desta situação de cuidados permitiu-me a confirmação que a possibilidade de situações de exceção/ emergência multi-vítimas está presente como uma constante do nosso quotidiano de cuidados exigindo uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis por forma a tentar minimizar situações em que se verifique o desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (Oliveira et al., 2012).

Ainda no decorrer do estágio foi vivenciada uma situação relativamente previsível de paragem cardio-respiratória numa pessoa acamada, tendo sido

pedido aos familiares/ entes significativos para se ausentarem do local e poderem actuar com privacidade e também em simultâneo tentar protegê-los. Este procedimento gerou questões face aos sentimentos a serem vivenciados pelos familiares, mas em simultâneo percepcionado o porquê desta conduta uma vez que a equipa presente era pequena, não existindo a possibilidade de ter quem prestasse informações em tempo real, no decorrer das manobras de SAV. Esta situação de cuidados deixou em aberto a discussão e a reflexão sobre as práticas no seio da equipa presente, se e de acordo com o estudo supra citado, o facto de assistirem ao esforço da equipa nas manobras de SAV realizadas, bem como a inutilidade das mesmas poderiam ser benéficas ao processo de luto da família. Não se pretendendo exacerbar os sentimentos associados à morte ao lhe associarmos um carácter violento e imprevisto agravando conseqüentemente o processo de luto tornando-o mais complexo e demorado.

Foi-me possibilitado no decorrer desta experiência, o contacto com enfermeiros peritos na área do doente crítico e ainda com a restante equipa de saúde, os quais me permitiram o desenvolvimento enquanto pessoa e enfermeira, reflectindo-se na minha prestação de cuidados actual. Este estágio permitiu-me adquirir competências na abordagem à PSC num contexto pré hospitalar, bem como a compreensão da importância dos registos para a devida continuidade dos cuidados iniciados neste, quando ocorre a passagem de dados ao momento da entrada no SUMC e habitualmente em sala de emergência.

A reflexão crítica sobre a realização deste estágio permitiu-me assim a compreensão de uma realidade de cuidados diferente daquela que vivencio diariamente, mas no entanto complementar, pelo facto de ter decorrido numa VMER que transporta habitualmente os doentes para a mesma instituição em que presto cuidados.

2.5 - Curso Medical Response to Major Incidents (MRMI)

O curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI) certificado pela European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES) é um curso pós graduado que decorreu de 14 a 16 de Novembro nas instalações do hospital militar de Coimbra, sendo um curso maioritariamente prático, baseando-se em modelos de simulação avançada, de modo a exercer treino ao longo de toda a cadeia de resposta, desde a cena, transportes, hospitais, coordenação, comando e ainda a formação em triagem (Anexo II). É um curso essencialmente interactivo consistindo o primeiro dia em momentos de treino de preparação em grupos, e os dois dias seguintes na prática de exercícios de simulação de forma activa com distribuição de todos os participantes pelas suas posições habituais, com posterior avaliação e cuidados análise do resultado da resposta realizada (Anexo III). Isto pressupõe a distribuição dos participantes durante o exercício de simulação, de acordo com a sua competência para os diferentes papéis a serem desempenhados (Lennquist, 2012).

A formação de resposta de cuidados de saúde a situações com multi-vítimas consiste no treino da tomada de decisão em todos os níveis, desde o nível de comando e coordenação (Que recursos alertar? Como usá-los da maneira mais eficiente?) até ao nível de cuidado individual a um paciente (O que fazer, ou não fazer com este paciente, nesta situação em particular, quando fazer e como fazê-lo?) (Lennquist, 2012).

A sessão de treino decorreu como exercício de simulação, incluindo informações corretas e completas no que dizia respeito aos recursos disponíveis e sua localização bem como para a descrição das lesões e condições dos pacientes simulados. No decorrer dos exercícios, as consequências das decisões tomadas foram clara e correctamente ilustradas como resultados de mortalidade ou diferentes complicações, relacionadas com a gravidade da lesão e também a utilização dos recursos disponíveis. No final do curso foi realizada uma avaliação que permitiu questionarmo-nos sobre o sucedido, como foi tratado, se a capacidade foi suficiente, se foi muito bem utilizado e o que poderíamos ter feito melhor, tentando perceber quantas mortes eram evitáveis e como poderia o número ser reduzido.

A realização deste curso permitiu a consciência de todas as etapas da planificação necessárias a uma situação de exceção, bem como a importância da triagem desde o pré hospitalar, ao momento da triagem em serviço de urgência e ainda da mobilidade dos utentes dentro da própria instituição de saúde, tendo em consideração que não existem recursos humanos ou equipamentos em excesso, nomeadamente ventiladores e aparelhos de monitorização.

A intervenção em situações de exceção requer de acordo com Pereira (2009), a atuação coordenada das equipas multidisciplinares, o que veio a ocorrer no decorrer deste curso o qual decorreu pela participação de médicos e enfermeiros, com o âmbito comum de integrar um programa de treino capaz de minimizar as consequências relacionadas com a ocorrência de uma situação de exceção.

Pela realização deste curso foi-me permitido o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e competências práticas ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima desde a conceção à acção para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados neste âmbito (OE, 2011b).

A concretização deste curso MRMI permitiu-me assim desenvolver conhecimentos, competências e juízos capacitantes à gestão de uma situação de exceção, permitindo-me mobilizar os conhecimentos ao longo dos vários campos de estágio de forma informal em diálogos informais com peritos e elementos de referência. A realização desta formação foi também essencial para conseguir delinear a formação em serviço na instituição onde presto cuidados de enfermagem, permitindo-me assim tornar-me um elemento dinamizador na equipa, capaz de otimizar a resposta de enfermagem e promover o incremento na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre todo o meu percurso concluo que este estágio permitiu o desenvolvimento de variadas actividades de cuidados de enfermagem, as quais permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas para o cuidado à pessoa em situação crítica e sua família. Competências que se desenvolveram com o devido alicerce da formação, pela personalidade do enfermeiro e pelo saber fazer orientado pela prática e consequente interpretação das situações e experiências vividas (Phaneuf, 2005).

Para a afirmação da enfermagem, é essencial que os enfermeiros estabeleçam a ponte entre a teoria e a prática, enriquecendo o corpo de conhecimentos, complexo e multifacetado que dá vida à profissão de enfermagem, com a sua reflexão crítica sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes que mobilizam na sua praxis. (Benner, 2005).

A realização deste relatório de estágio revelou-se um grande desafio, uma vez que pressupõe uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito de uma problemática comum a muitas unidades de saúde. Situações de exceção podem ocorrer de forma corrente no quotidiano de prestação de cuidados, face à existência de um rácio cada vez mais díspar entre profissionais de saúde e pessoas que recorrem aos Serviços de Urgência.

Elaborando uma reflexão sobre o percurso efetuado desde o início do mestrado, pode-se verificar que o mesmo se iniciou pelo despertar de uma necessidade sentida. Esta inquietação pressupôs a necessidade de uma revisão da literatura, capaz de me munir dos meios que me capacitassem na área em que pretendia intervir, bem como o conhecimento de locais de referência, os quais no decorrer das idas a campo me permitiram observar contextos da prática e beneficiar de conversas informais com peritos.

Para além das idas a campo, tive ainda a oportunidade de participar nas I Jornadas de Enfermagem da Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes (Anexo IV). Aí foi-me permitido ouvir peritos na área do doente crítico e observar

um simulacro de intervenção em situação de catástrofe face a uma situação de sismo, o qual beneficiou da participação de entidades como a protecção civil, a cruz vermelha portuguesa, a polícia de segurança pública e os bombeiros voluntários de Beja. Este revelou-se bastante enriquecedor tendo em conta o âmbito do meu projeto e o fato de o concelho em que se insere a Unidade de Saúde em que se prestam cuidados se inserir numa zona com elevado risco sísmico. A necessidade de uma boa articulação entre os meios existentes, com realização de triagem de catástrofe, bem como o devido encaminhamento das vítimas em tempo útil, mostrou a pertinência da necessidade de Planos de Emergência que possam guiar a atuação, face a situações de exceção como a simulada nesse evento.

Foram realizadas atividades que tiveram como objetivo a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre a problemática em estudo desde a fase de elaboração do projecto tais como idas a campo com entrevistas a peritos a um SUC da grande Lisboa, ao serviço municipal de protecção civil do município em que se insere o SUMC e ainda ao Hospital de Campanha do INEM no dispositivo de Fátima. Já no decorrer do estágio, foi elaborado e aplicado um questionário com posterior realização de sessão de formação em serviço no SUMC, bem como a elaboração de um estudo de caso no SUC (Apêndice VII) e de um jornal de aprendizagem em contexto de UCI (Apêndice VI), os quais permitiram a reflexão sobre a PSC e família em situações de transição decorrentes de situações de exceção.

Na prática dos cuidados de enfermagem comprometi-me com o enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro de que “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”(Artº. 78, nº 1), e igualmente seguir princípios orientadores da prática profissional de enfermagem tais como “o respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes” (Artº. 78, nº 3, alínea b) e pelos deveres de informação em que se releva o "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (Artº 84, alínea b) e de sigilo, mantendo a relação necessária entre quem investiga e quem consente ser objecto de estudo “...manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for

usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Artº 84, alínea e). Deste modo, todas as intervenções executadas e planeadas no decorrer do estágio, tais como o questionário aplicado no SUMC e os dados colhidos para realização do jornal de aprendizagem e estudo de caso entre outros, possuíram a garantia de anonimato das fontes, respeitando desse modo os pressupostos inerentes à dimensão ética e legal da profissão de enfermagem.

Ocorreram ainda limitações, nomeadamente com a dificuldade em encontrar Hospitais com PEE actualizados, principalmente nas regiões centro e sul do país. Esta situação a par de um conhecimento limitado dos PEE e PEI existentes nas unidades de saúde onde decorreu o estágio, demonstra uma grande insegurança relativamente ao tema da situação de exceção ou emergência multi-vítimas por parte dos profissionais de saúde, denotando-se em níveis superiores na unidade de saúde onde presto cuidados de enfermagem e onde existe apenas PEI.

O estágio desenvolvido nos vários contextos de cuidados foi imprescindível à aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e relacionais à prestação de cuidados, particularmente as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas da área de especialização da PSC relacionadas com a responsabilidade profissional, com as dimensões éticas e legais, com a melhoria da qualidade nos cuidados prestados e ainda com o cuidado à pessoa e família que vivencia processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica e ainda com a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infecção.

A conclusão deste relatório demonstra ainda o alcance das competências de proficiente em UCI e perito e SU respectivamente, espelhando no seu conteúdo o trabalho desenvolvido e o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à PSC e ainda ao alcance de mestre do CMEPSC, conforme pretendido. Este não é o fim do caminho, mas um “até já” na vontade em continuar a estabelecer ligações entre a teoria a prática e esperando continuar a fazer diferença a nível pessoal mas essencialmente ao nível

profissional na equipa multidisciplinar de saúde e da Unidade de Saúde onde presto cuidados. O convite dirigido pelos auditores do GPT na Unidade de Saúde onde presto cuidados para a participação na elaboração de um simulacro relacionado com a Triagem de catástrofe, veio fortalecer a vontade em continuar o desenvolvimento da qualidade nos cuidados prestados. A par do reconhecimento de competência pelos enfermeiros peritos em doente crítico do Serviço de Urgência de uma unidade hospitalar no sul do país onde presto cuidados especializados de enfermagem à PSC e onde continuo o meu percurso pelo desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Advanced Life Support Group (1995). *Triage, Major Incident Medical Management and Support*. British Medical Journal Publishing Group, (p. 113-123).

Autoridade Nacional para a Protecção Civil (2009). *Guia metodológico para a produção de cartografia municipal de risco e para a criação de sistemas de informação geográfica (SIG) de base municipal* (p. 22).

Azeredo, T., Oliveira, L., (2013). *Monitorização Hemodinâmica Invasiva*. Sinais Vitais. (pp. 44-54)

Bailey, D. (2009). *Caring Defined: A Comparison and Analysis*. *International Journal for Human Caring* (p. 16-31).

Barbier, J. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto, Porto Editora.

Barbieri M. – (1997), *Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros*. Sinais Vitais. Coimbra. Nº 10 p. 19-22.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2º Edição). Coimbra: Editora Quarteto.

Capitão, E., & Pires, J., (2009) *Como eu, Enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica*. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, vol.16(3) pp. 51-55

Catita, P. & Vaz, C. (2000). *Cuidar no serviço de urgência*. *Revista Nursing*. 2000, Vols. nº 147, setembro, p.14-17.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions : A Nursing Concern*. *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Boulder: Aspen Publications.

Ciottone, D., et al. (2006). *Disaster Medicine*. Philadelphia: Moby, Inc.

Coimbra, R., et al. (1998). *Emergências Traumáticas e não Traumáticas*. São Paulo: Editora Atheneu.

Colégio Americano de Cirurgiões (2008). ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos (8ª ed.), Chicago: Colégio Americano de Cirurgiões – Comité de Trauma.

Comissão Nacional de Protecção Civil (2008) - Directiva relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de protecção civil. Lisboa: D.R. II Série. 138.

Conselho de Enfermagem (2001). Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. OE. Acedido a 18/05/2013, disponível em: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Couchman, B. A., Wetzig, S. M., Coyer, F. M., & Wheeler, M. K. (2007). *Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part one. Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 23(1), (p.4–14).

Dicionário Médico (2008). Trauma. Acedido a 18/05/2013, disponível em: <http://www.xn--dicionriomdico-0gb6k.com/trauma.html>

Direcção Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência* (Direcção – Ge., p. 24). Lisboa: Gráfica Maiadouro.

Direcção Geral da Saúde (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (Ministério da Saúde, Ed.) (pp. 1–72). Lisboa.

Direcção Geral da Saúde (2003b). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor* (pp. 1–4).

Direcção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde (p. 20). Lisboa.

Direcção Geral da Saúde (2010a). *Guia Geral para a Elaboração de Um Plano de Emergência das Unidades de Saúde* (p. 1-6).

Direcção Geral da Saúde (2010b). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado* (pp. 1–26). Lisboa.

Direcção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores de Dublin, de processos de Bolonha – objectivos e linhas de ação. Acedido a 10/05/2013, disponível em:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objetivos/Descritores+Dublin/>

Domenico, E., Ide, C. – *Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades*. Revista Latino-Americana Enfermagem, 11 (1), Jan/Fev 2003, (p. 115-118).

ENA. (2007). *TNCC: Trauma Nursing Core Course Provider Manual*. (Emergency Nurses Association, Ed.) (6a ed.).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). Regulamento dos Cursos de Mestrado. Lisboa. Acedido a 02/04/2013 disponível em:

http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584-ED10-4B77-B7BA-8DD9A4B0EBB2/3725/Regulamento2013_11_mar%C3%A7o.pdf

Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*.

Falcão, A. e Oliveira, G. (2011). Hipertensão intra-abdominal associada à lesão pulmonar aguda: efeitos sobre a pressão intra-craniana. Rev. Bras. Ter. Intensiva, 23 (2).

Ferrito, C. (2010) – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percurso. Acedido a 10 Dez. de 2013 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Fontes, K. B. Jaques, A. E. (2007). *O Papel da Enfermagem Frente ao Monitoramento da Dor como 5 Sinal Vital*. (Suplem.2): 481-487.

Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekval, T. (2007). The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: Joint Position Statement. The World of Critical Care Nursing, 5(4), 86–88.

Galp Energia (2013). Comunicado da Inauguração das novas unidades da refinaria de Sines. Lisboa. Acedido a 09/09/2013 disponível em:

<http://www.galpennergia.com/PT/Media/Noticias/Documents/2013/Com%20inaugura%C3%A7%C3%A3o%20refinaria%20Sines%202013%2004%2005v2.pdf>

George, J. B., et al. (1993). Teorias de enfermagem. Brasil: Edições artes médicas.

Gomes, E. (2010). New Paradigms in Trauma Care: an analysis of a trauma center registry. Porto: MEDISA - Edições e Divulgações Científicas, Lda.

Grap M, Munro CL, Hummel RS, Junior ERK, Mckinney JL, Sessler CN. Effect of backrest elevation on the development of ventilator-associated pneumonia. AJCC . 2009 ;14(4):325-32.

Gunst M, Ghaemmaghami V, Gruszecki A, Urban J, Frankel H, Shafi S. Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. Proc (Bayl Univ Med Cent). (2010).

Grupo Português de Triagem. Triagem no Serviço de Urgência, Manual de serviço (2002). BMJ publishing Group.

Henriques, J. (2009). Da emergência à catástrofe. Lisboa: Scribe.

Horan, T, Andrus, M. & Dudeck, M. (2008) - Surveillance definition of health care-associated infection and criteria of specific types in the acute care setting. Am J Infect control , CDC/NHSN, Atlanta 36:5.

Inaba, L. C., Silva, M. J. & Telles, S. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem USP, 39 (4), 423-9. Acedido a outubro 17, 2013 <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2012). – Manual de Situação de Exceção. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

ICN. (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) (Lusodidacta., pp. 1–205).

Jesus, É. (2008). Triagem de Manchester. Jornal da Madeira. 14 de Dezembro de 2013.

Kerouac, S. et al., (1996) – El pensamento enfermeiro. Barcelona: ElsevierMasson.

Koenig, K., & Shultz C.(2010). Disaster Medicine - Comprehensive Principles and Practices. California: Cambridge University Press.

Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta

Lenquist S. (2012): Medical response to major incidents and disasters - a *practical guide for all medical staff*. Springer (Sweden).

Loff, A. (1994) Relações Interpessoais. Enfermagem em Foco. Lisboa: SEP. Nº 13, p. 56-63.

Macphail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. 4.^a. Loures: Lusociência, I, p. 876.

Maniscalco P. et al (1998). EMS Incident Management: Creating Organization out of caos. Emergency Medical Services. Maio 1998. (p. 55-59).

Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., Ribeiro, P., et al. (2008).

Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico. (Lusociência, Ed.) (p. 256). Loures.

Mão de Ferro, A. (1999) - Na Rota da Pedagogia. Lisboa: Edições Colibri.

Matos, A., Sobral, A., (2010) Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, vol.16(3) pp. 51-55

Meleis, A. I. (2010). TRANSITIONS THEORY: Midle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. (A. I. Meleis, Ed.) (p. 641). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science, 23(1), 12–28.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. Nursing Outlook, 42(6), 255–259.

Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei N° 161/ 96 de 4 de Setembro de 1996 (1996).

Monahan, F.D. (2007). Cuidados Críticos. In N. S. Blair (Ed.). Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença (Vol. 1, 8ª ed., pp. 1 a 580). Portugal: Lusodidacta.

National Association of Emergency Medical Technicians (2007). PHTLS – Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (6ª ed.), Rio de Janeiro, Elsevier Editora. (p. 32).

Neves, L. (2010) Triagem de Manchester in Gestão da saúde. Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações, Lda.

Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P., Campos, R., et al (2009). Manual de Trauma (5ª ed.). Loures, Lusociência.

Nunes, L; Ruivo, A; Ferrito, C. Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos. Jan- Março (2010). Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos /pdfs/revista_Percursos_15.pdf ISSN 1646- 5067

Oliveira, M. (2007). A emergência médica em eventos com multidões. Do planeamento aos resultados. Experiência do EURO TM 2004. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina de emergência. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Medicina. Acedido a 10/03/2013 disponível em:

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22242/2/DISSERTA%C3%83O%20DE%20MESTRADO%20%20Miguel%20Oliveira.pdf>

Oliveira, M. S. de, Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). Situação de exceção. (INEM, Ed.) (pp. 1–82). Lisboa.

Oliveira, M. (2013). Estabilização inicial e transporte de vítimas de catástrofe em Portugal ou O INEM na catástrofe. In UC ISUEC, 3.º MEPSC, Lisboa, Mai. 2013.

OM. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. (Ordem dos Médicos, Ed.) (Centro Edi.). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009) - Caderno temático 2- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) [em linha], 2009. [consultado a 23 de Abril de 2013]. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, Regulamento nº 122/2011 – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011, (p. 8648-8653).

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011, (p. 8656-8657).

Plano de Emergência Interno do [REDACTED] (2009) Santiago do Cacém: SUCH/ITSEMAP, (p.1-95).

Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil – Enquadramento Geral do Plano. [Em linha]. (2003), p. 2-8. Acedido a 10/03/2013 disponível em: <http://www.cm-santiagoacém-pt/proteçãocivil.pdf>.

Perrenoud, P. (1999). Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed Editora

Relvas, A. (2006). O ciclo vital da família, perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos (15) Jan/Mar 2010, p. 1-38.

Serviço Municipal de Proteção Civil de Sines (2010). Plano de Emergência Externo – Estabelecimentos “Seveso”. Sines. Acedido a 08/09/2013 disponível em:

<http://www.sines.pt/PT/Viver/ProteccaoCivil/consultapee/Documents/Proposta%20de%20Plano%20de%20Emerg%C3%Aancia%20Externo%20de%20Sines.pdf>

Soreide K. Epidemiology of major trauma. Br J Surg. 2009 Jul;96(7):697- 8.

Silva, A. e Lage, M. 2010. Enfermagem em cuidados intensivos. Formasau, Coimbra

Stefanelli, M.C., Carvalho, E.C., & Arantes, E.C. (2005). Comunicação e enfermagem. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem (pp. 1 - 8). São Paulo: Manole.

Trunkey, D. (1985). Towards optimal trauma care. Archives of Emergency Medicine, 2(April), 181–195.

Walsh, Y. (2008). When and how should we measure intra-abdominal pressure? SAJCC, 24(2), 61–64.

Watson, J. (2002)- Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem, Loures, Lusociência.

Wright, L.; Leahey, M. (2009) Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4ªed. São Paulo: Roca Editora.

Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Rev. latino-am enfermagem. 7(3), 25-32.

ANEXOS

ANEXO I

Programa do curso de Prevenção e Controlo de Infeção

LOCAL

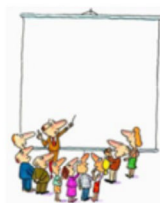
Auditório



DATAS E HORÁRIO

22 e 25 de novembro
2013
9h às 16h

Destinatários:



➤ Médicos; Enfermeiros; Técnicos

Preletores:

Ana Margarida Sobral
Ana Teresa Raposo
Anabela Veloso
Daniela Caeiro
Dulce Pascoalinho
Joaquim Toro
Judite Quirin
Mamela Banza
Paula Pestana
Rita Costa
Sofia Teixeira

CURSO PREVENÇÃO E CONTROLO INFEÇÃO



Comissão Controlo Infecção

Novembro 2013

CURSO PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

OBJETIVOS

► DOTAR OS FORMANDOS DE COMPETÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS SOBRE A PREVENÇÃO E O CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

► PROMOVER A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO DA ULSLA

► IDENTIFICAR FATORES CHAVE NO PROCESSO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

22 de novembro

09,00 H - INTRODUÇÃO (Drª DULCE PASCOALINHO)

- CONSTITUIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DA CCI
- FUNÇÕES DO NÚCLEO MEMBROS DINAMIZADORES
- CONCEITOS BÁSICOS SOBRE IACS

09,30 H - PRECAUÇÕES BÁSICAS (Enfª RITA COSTA)

- HIGIENE DAS MÃOS
- UTILIZAÇÃO DO EPI

10,30 H - COFFEE-BREAK

11,00 H - PRECAUÇÕES SEGUNDO AS VIAS DE TRANSMISSÃO (Enfª MANUELA BANZA)

12,00 H - HIGIENE AMBIENTAL (Dr. JOAQUIM TORO)

13,00 H - ALMOÇO

14,00 H - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA À CATERIZAÇÃO (Enfª ANABELA VELOSO)

15,00 H - PREVENÇÃO DA RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (Drª DULCE PASCOALINHO)

16,00 H - ENCERRAMENTO 1ª DIA DE CURSO

25 de novembro

09,00 H - PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (Drª PAULA PESTANA)

09,30 H - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA À UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- CVC (Drª DULCE PASCOALINHO)
- CVP (Enfª ANA TERESA RAPOSO)

11,00 H - COFFEE-BREAK

11,30 H - A MICROBIOLOGIA E O CONTROLO DA INFEÇÃO

- PAPEL DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA (Drª JUDITE QUIRIN)
- COLHEITA E TRANSPORTE DE AMOSTRAS PARA EX. MICROBIOLÓGICO (TÉCNICA SOFIA TEIXEIRA)

12,30 H - ALMOÇO

13,30 H - POLÍTICA DE DESINFETANTES E ANTISÉPTICOS (Drª ANA MARGARIDA SOBRAL)

14,30 H - MEDIDAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE PREVENÇÃO DA ILC/Drª MIGUEL ALLEN, Enfª DANIELA CAEIRO

16,00 H - AVALIAÇÃO E ENCERRAMENTO DO CURSO

CURSO PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

OBJETIVOS

- ▶ DOTAR OS FORMANDOS DE COMPETÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS SOBRE A PREVENÇÃO E O CONTROLO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE
- ▶ PROMOVER A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO DA ULSA
- ▶ IDENTIFICAR FATORES CHAVE NO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

22 de novembro

09,00 H - INTRODUÇÃO (DR^º DULCE PASCOALINHO)

- CONSTITUIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DA CCI
- FUNÇÕES DO NÚCLEO MEMBROS DINAMIZADORES
- CONCEITOS BÁSICOS SOBRE IACS

09,30 H - PRECAUÇÕES BÁSICAS (ENF^º EIR.4 COSTA)

- HIGIENE DAS MÃOS
- UTILIZAÇÃO DO EPI

10,30 H - COFFEE-BREAK

11,00 H - PRECAUÇÕES SEGUNDO AS VIAS DE TRANSMISSÃO (ENF^º DANIELA BANZA)

12,00 H - HIGIENE AMBIENTAL (DR. JOAQUIM TORO)

13,00 H - -ALMOÇO

14,00 H - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA À CATETERIZAÇÃO (ENF^º ANABELA TEIXEIRA)

15,00 H - PREVENÇÃO DA RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (DR^º DULCE PASCOALINHO)

16,00 H - ENCERRAMENTO 1^º DIA DE CURSO

25 de novembro

09,00 H - PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (DR^º PAULA FÉSTANA)

09,30 H - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA À UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- CVC (DR^º DULCE PASCOALINHO)
- CVT (ENF^º ANA TERESA RAPOSO)

11,00 H - COFFEE-BREAK

11,30 H - A MICROBIOLOGIA E O CONTROLO DA INFECÇÃO

- PAPEL DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA (DR^º JUDITE QUEIRIN)
- COLHEITA E TRANSPORTE DE AMOSTRAS PARA EX. MICROBIOLÓGICO (TÉCNICA SÓFIA TEIXEIRA)

12,30 H - -ALMOÇO

13,30 H - POLÍTICA DE DESINFETANTES E ANTISÉPTICOS (DR^º ANA MARGARIDA SOBRAL)

14,30 H - MEDIDAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE PREVENÇÃO DA ILC (DR^º MIGUEL ALLEN, ENF^º DANIELA CAEIRO)

16,00 H - AVALIAÇÃO E ENCERRAMENTO DO CURSO

ANEXO II

Programa do curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI)



REUNIÃO IBERO-AFRO-AMERICANA DE TRAUMA E CIRURGIA DE EMERGÊNCIA REUNIÓN IBERO-AFRO-AMERICANA DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE EMERGENCIA IBERO-AFRO-AMERICAN MEETING ON TRAUMA AND EMERGENCY SURGERY

COIMBRA, 9 - 16 NOVEMBRO DE 2013, PORTUGAL

Medical Response to Major Incidents

MRMI 2013 NOVEMBER 14-16 HOSPITAL MILITAR DE COIMBRA

International Course Director:

- Sten Lennquist (Linköping)

National Course Director:

- Pedro Ramos (Funchal)

Other Faculty

- Bob Dobson (London)
- Ricardo Duarte (Funchal)
- Carl Montán (Stockholm)
- Kristine L Montán (Stockholm)
- Per Örtenwall (Gothemborg)
- Luís Vale (Funchal)





REUNIÃO IBERO-AFRO-AMERICANA DE TRAUMA E CIRURGIA DE EMERGÊNCIA REUNIÓN IBERO-AFRO-AMERICANA DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE EMERGENCIA IBERO-AFRO-AMERICAN MEETING ON TRAUMA AND EMERGENCY SURGERY
 COIMBRA, 9 - 16 NOVEMBRO DE 2013, PORTUGAL

MRMI 2013 NOVEMBER 14-16 HOSPITAL MILITAR DE COIMBRA

Day 1

November 14, Thursday

- 0900 – 0930 Arrival and registration
- 0930 – 1000 Introduction. Presentation of the faculty
- 1000 – 1020 Major Incident Response
 - Why to prepare? What needs to be improved?
- 1020 – 1040 Triage
 - What is it and how do we do it?
- 1040 – 1100 Principles of a pre-hospital response
- 1100 – 1120 Morning coffee
- 1120 – 1140 Principles of a hospital response
- 1140 – 1200 Blast injury
- 1200 – 1220 Burn injury
- 1220 – 1240 Chemical, biological, radiological and nuclear (CBRN) injuries
- 1240 – 1315 Lunch
- 1315 – 1345 Introduction to the MACSIM simulation system
- 1345 – 1700 Training in groups with rotation between different stations:
 - Scene, transport, hospital and command centers
- 1700 – 1720 Afternoon tea
- 1720 – 1820 Debriefing in groups for tomorrow's exercise
- 1820 – 1900 Move to Coimbra University Hospital Congress Center

**1900 – 2000 RIAATCE 2013 Before Dinner Session
 Modern Approach to Vascular Trauma Carl Montán (Stockholm)**





REUNIÃO IBERO-AFRO-AMERICANA DE TRAUMA E CIRURGIA DE EMERGÊNCIA REUNIÓN IBERO-AFRO-AMERICANA DE TRAUMA Y CIRURÍA DE EMERGENCIA IBERO-AFRO-AMERICAN MEETING ON TRAUMA AND EMERGENCY SURGERY

COIMBRA, 9 - 16 NOVEMBRO DE 2013, PORTUGAL

MRMI 2013 NOVEMBER 14–16 HOSPITAL MILITAR DE COIMBRA

Day 2 November 15, Friday

- 0900 – 0915 Arrival
- 0915 – 0935 Preparing for disaster
 - A dormant disaster hospital is on the way!
- 0945 – 1000 To your battle stations
- 1000 – 1500 Simulation exercise I
 - With active participation of all delegates in their respective roles
- 1500 – 1600 Evaluation
- 1600 – 1700 Debriefing in groups for tomorrows exercise
- 1700 – 1720 Afternoon tea
- 1720 – 1820 Rebuilding MACSIM
- 1820 – 1900 Move to Coimbra University Hospital Congress Center

1900 – 2000 RIAATCE 2013 Before Dinner Session
 Conference: What is new in fluid resuscitation? Raul Coimbra (San Diego)

Day 3 November 16, Saturday

- 0800 – 1330 Simulation exercise II
 - With active participation of all delegates in their respective roles
- 1330 – 1400 Lunch
- 1400 – 1500 Evaluation
- 1500 – 1600 Course evaluation / Certificates / Closure



ANEXO III

Certificado de Realização do curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI)



CERTIFICATE

It is hereby confirmed that

MARGARIDA MARIA RIBEIRO DOMINGOS

has attended the postgraduate course

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

Coimbra, Portugal
November 14-16, 2013

and as active participant in interactive simulation exercises acquired skills
in triage, decision making and performance in major incidents

Coimbra
November 16, 2013

Carl Montán
Chairman MRMI Faculty

Pedro Ramos
Chairman, Local
Organizing Committee

ANEXO IV

Programa das I Jornadas de Enfermagem de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes

14

Os posters e comunicações livres devem respeitar o Regulamento presente neste folheto. Os autores dos trabalhos selecionados serão convidados pela Organização das Unidades Locais de Saúde do Baixo Alentejo, EPE para apresentarem os seus trabalhos no âmbito do curso pré-jornadas.

REGULAMENTO PARA SUBMISSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES E PÓSTERES

A Organização das 1.ª Jornadas de Enfermagem de Urgência do HUJF da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, sob o tema "Cuidar, Diferente, Faz a Diferença", a realizar nos dias 19 e 20 de Abril de 2013, cria a oportunidade a todos os profissionais de saúde de divulgarem experiências, estudos de investigação ou trabalhos desenvolvidos no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica, mediante a sua apresentação na forma de comunicações livres e pósteres.

1. Critérios de submissão dos trabalhos (Pósteres e Comunicações Livres)
 - 1.1. Todos os trabalhos submetidos à apreciação da Comissão Científica, para apresentação nas Jornadas, devem estar enquadrados nos temas de Enfermagem de Urgência e Emergência e no âmbito do cuidado de Enfermagem à pessoa em situação crítica.
 - 1.2. Para apresentação da candidatura devem ser enviados os seguintes elementos:
 - 1.2.1. Identificação: nome, profissão, local de trabalho, contactos (electrónico e telefónico) dos autores, com referência ao autor principal.
 - 1.2.2. Serão aceites para apreciação os trabalhos apresentados até um limite de seis autores, incluindo o autor principal.
 - 1.2.3. Resumo do trabalho: elaborado no Microsoft Word, no máximo de uma página A4, Arial, tamanho 12, indicando: Tema principal/ Título, Introdução, Objectivos, Desenvolvimento/Método, Resultados, Conclusão e Bibliografia Consultada (de acordo com a American Psychological Association).
 - 1.2.4. Os Resumos devem ser enviados em versão electrónica, pelo formulário de submissão, até dia 15 de Março de 2013, para o email: congenid@15@gmail.com.
 - 1.3. Trabalhos apresentados por elementos de comissões de comissões das jornadas não terão lugar a classificação para atribuição de prémios.
 - 1.4. Os resultados da selecção dos trabalhos serão anunciados a 2 de Abril de 2013, assim como a sua ordem de apresentação.
 - 1.5. Os autores dos trabalhos seleccionados serão informados da decisão da comissão científica por correio electrónico.
 - 1.6. Serão certificados apenas os autores dos pósteres expostos e das comunicações livres apresentadas nas Jornadas.
 - 1.7. Até ao dia 18 de Abril de 2013, todos os autores com comunicações e pósteres seleccionados para apresentação, têm de estar presentes nas jornadas, se tal não acontecer, os trabalhos serão excluídos da apresentação.
 - 1.8. Serão atribuídos prémios aos 3 melhores pósteres.

Para o regulamento detalhado dos pósteres e comunicações livres consultar o site: www.jornadasurgencia.coimbra.gov.pt

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE

I JORNADAS DE ENFERMAGEM DE URGENCIA DO HUJF

Cuidar diferente faz diferença?

Cursos pré-Jornadas:

Leigos - Curso SBV

Profissionais - Curso SIV

- Enfermagem no Serviço de Urgência: Passado, Presente e Futuro
- Enfermagem no mundo
- Situações no Serviço Urgência
- O Idoso no Serviço de Urgência. Que realidade?
- Emergência intra e inter Hospitalar
- Emergência Pré-Hospitalar. Que realidade?
- Vias verdes
- Urgências Pediátricas e Obstétricas
- Intervenção em situação de catástrofe

19 e 20 ABRIL 2013

SELA AUDITÓRIO DA HOSPITALAR

19 e 20 ABRIL 2013

SELA AUDITÓRIO DA HOSPITALAR

INSTITUIÇÕES

Comissão Organizadora das Jornadas de Enfermagem de Urgência do HUJF UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE

ALUF - ANEXO 1 TORREDO LOUVE LITO 761-949 819

Comitê Científico: jornadasurgencia@huja.coimbra.gov.pt

Online: www.jornadasurgencia.coimbra.gov.pt

Redes Sociais: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

CEB e ANPQ

Beja

Beja

15

COMO CHEGAR:

Comissão científica:

Enf.º Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: **João Rodrigues**

Enf.º Especialista em Residência: **João Rodrigues**

Enf.º Especialista em Saúde - Cuidado e Saúde em Psicologia de Saúde: **Paula Camelas**

Enf.º Especialista em Saúde - Cuidado e Saúde em Psicologia de Saúde: **João Dias**

Enf.º Especialista em Saúde - Saúde Infantil e Pediatria: **María José Espanhol**

Enf.º Especialista em Residência: **Jorge Fariñas**

Enf.º Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: **Maria Luisa Soares**

Enf.º Especialista em Saúde - Cuidado e Saúde em Educação: **Jorge Olho Azul**

Enf.º Especialista em Saúde em Enfermagem Médico - Cirúrgica: **António Joaquim Pisco**

Enf.º Especialista em Residência: **Hélena Sofia Lopes**

Enf.º Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, Mestre em Bioética e Doutorada em Psicologia de Saúde: **Sandra Helena Serrano**

Comissão Organizadora

Enf.º Joaquim Brissos

Enf.º João Rodrigues

Enf.º Ana Gomes

Enf.º Bruno Cardoso

Enf.º Francisco Barralás

Enf.º Joaquim João

Enf.º Jorge Martins

Enf.º Jorge Pereira

Enf.º Sandra Pinças

Enf.º José Luís Berriga

Enf.º Maria Conceição Pires

Enf.º Maria Paula Camelas

Enf.º Maria Quilena Madalena

Enf.º Noélia Silva

Enf.º Paula Passinhas

Enf.º Pedro Amaro

Enf.º Pedro Dias

Enf.º Rodrigo Sequeira

Enf.º Sandra Pinças

Enf.º Sílvia Raposo

Enf.º Sílvia Gomes

Comissão de Honra

A Designar ...

Secretariado:

Maria Fátima Martins

Inês Teodósio

9h	SESSÃO DE ABERTURA
9.45h	ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: Passado, Presente e Futuro - Enf. João Rodrigues (Chefe Apos. S.U. - U.L.S.B.A.)
10h	ENFERMAGEM NO MUNDO - Experiências de Enfermeiros na Inglaterra, no Afeganistão, na Suíça e num Cruzeiro - Enf. Catarina Silva, Enf. Vasco Fernandes, Enf. Ana Marta, Enf. Cláudia Santos
11h	CAFÉ
11.15h	SITUAÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - Violência Doméstica - Enf. Paula Cantelas (S.U. - U.L.S.B.A.) - Comportamento Suicidário - Enf. Joaquim Brissos (Chefe S.U. - U.L.S.B.A.) - Recolha de órgãos - Enf. Fernando Rodrigues (C.H.L.C., H. S. JOSE) - VIH - Enf. José Carlos Neves (S. MED. - U.L.S.B.A.)
12.30h	ALMOÇO (incluído no valor da inscrição)
14h	EMERGÊNCIA INTRA E INTER-HOSPITALAR - Eq. de Emerg. Intra-Hosp. - Enf. Luis Mestre (C.H. BARLAVENTO ALGARVIO) - Urgência nos C. S. - experiência do ACES Matosinhos - Enf. Maria Eduarda Almeida (U.L.S. MATOSINHOS) - Transferência do doente crítico - Enf. Carla Leocádio (Eq. de Evacuação do H. S. BEMMARDI) - Recepção do doente crítico - Enf. Cláudia Lampreia (C.H.L.C., H. S. JOSE)
15h	CAFÉ
15.15h	O IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - Que realidade? - SUB de Castro Verde - Enf. Ana Margarida (S.U.B. - U.L.S.B.A.) - Urgência de Beja - Enf. Sílvia Raposo (S.U. - U.L.S.B.A.) - Urgência de Évora - Enf. Sílvia Almirães (S.U. - H.E.S.E.) - Urgência de Portalegre - Enf. Luis Rodrigues (S.U. - U.L.S.M.A.) - Urgência do Litoral Alentejano - Enf. José Baíão (S.U. - H.L.A.)
16h	CAFÉ
16.45h	COMUNICAÇÕES LIVRES / PÓSTERES
19h	JANTAR CONVÍVIO

9h	COMUNICAÇÕES LIVRES / PÓSTERES
9.45h	EMERGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR - Que realidade? - VMER Beja - Enf. Pedro Amaro (U.L.S.B.A.) - VMER Porto - Enf. Francisco Sousa (U.L.S.M., H. PEDRO HISPANO) - SIM Odemira - Enf. Gabriela Guerrero e Tiago Dias (S.L.V./ S.U.B. ODEMIRA) - HELICOPTERO - Enf. Luis Fernandes (HELI. USBOA)
10.45h	CAFÉ
11h	VIAS VERDES - Via Verde AVC - Enf. Rui Gil (S.U. - C.H.L.M., H. S.ª AARBA) - Via Verde Coronária - Enf. Lúcia Pinto (S.U. - H. GARCIA DE ORTA) - Via Verde Sepsis - Enf. Sílvia Mourisco (S.U. - C.H. S. JOÃO - PORTO) - Via Verde Trauma - Enf. Paulo Emilio Mota (S.U. - C.H. S. JOÃO - PORTO)
12h	URGENCIAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS - Urgência Pediátrica de Beja - Enf. Camila Costa (S.U. Pediatria - U.L.S.B.A.) - Urgência Obstétrica de Beja - Enf. Ana Martins (S.U. Obstetrícia - U.L.S.B.A.)
12.30h	ALMOÇO (incluído no valor da inscrição)
14h	VAMOS EXPERIMENTAR... - Intervenção em situação de catástrofe QUE REACÇÃO TERIAMOS NUMA SITUAÇÃO REAL? - Protecção civil - INEM - PSP - Bombeiros
16.15h	CAFÉ
16.30h	RESULTADO DO CONCURSO DE PÓSTERES - AVALIAÇÃO FINAL DAS JORNADAS - SESSÃO DE ENCERRAMENTO

No final do primeiro dia de trabalhos será promovido um jantar de convívio, havendo a hipótese de poder desfrutar de animação nocturna que o nosso cidade ofereça. Os interessados em participar no jantar devem assinalar o respectivo campo na ficha de inscrição para que possa ser contabilizado um número aproximado de participantes. O preço do jantar não está incluído no valor da inscrição devendo por isso ser acrescentado à respectiva valor. No entanto, o valor da inscrição contempla o almoço nos dois dias das Jornadas. Para mais esclarecimentos contactar a Organização das Jornadas.

Jornadas de Enfermagem de Urgência do HJF
UNIDADE LOCAL SAÚDE BAIXO ALENTEJO, EPE
19 e 20 de Abril de 2013
Auditório do NERBE / AEBAL

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____ Sobrenome: _____
 Morada: _____ Localidade: _____
 Telefone: _____ E-Mail: _____

INSCRIÇÃO: (o valor da inscrição contempla e abrange nos dias das jornadas)
 Material ESCO _____ Material de Licença (40) (jantar e inscrição e cópia cartão de estudante)
 Acção de €10 de inscrições recebidas após 1 de Abril 2013
 Jantar Convívio - €20 (reservar se pretender comparecer no jantar e efectuar pagamento juntamente com o almoço)

CURSOS: (a realizar a 18 de Abril de 2013)
 Curso SIV - €100 _____ Curso SBV - €35 _____

PACAMENTO:
 Sétimo e Banco _____
 Cheque n.º _____
 Entregue em: _____
 entidade e Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE no valor de: _____ Euros

Para que a inscrição seja efectiva deve ser enviada cópia do comprovativo de pagamento

FICHA DE INSCRIÇÃO

Enviar esta ficha devidamente preenchida para:
 HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - Serviço de Urgência
 Rua Dr. António Fernando Covas Lima 7801-849 Beja

As inscrições também podem ser feitas preenchendo o formulário online no site:
 www.jornadasurgenciadebeja.com

enviando cópia da ficha de inscrição através do mail:
 jornadasurgencia@uiba.minisaude.pt

ou acedendo através das redes sociais

Para quem a inscrição seja efectiva deve ser enviada cópia do comprovativo de pagamento

ANEXO V

Apreciação do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Margarida desenvolveu este seu artigo no âmbito de
unidade de acordo com os objetivos traçados
e dando esmero ao seu projeto.
Enfocou-se de forma especializada neste
artigo, pesquisando, analisando o que existe
foi feito pelo Instituto, em resposta à situação
de emergência. Mostrou interesse em colaborar
em iniciativas relacionadas com o plano de
contingência externa.

Colaborou na verificação dos ritos de contingência
de modo a que tudo esteja preparado
para ser utilizado de modo eficaz.

fez formação aos colegas da equipa em vista a
prevenção com conhecimentos bem como alertam
a todos para de tudo poder fazerem em pouco.
Assim e como conclusão desta primeira parte
podemos afirmar que atingiu os objetivos a
que se propôs para este artigo.

Data:

Tutor

Assinatura

Florencia da Costa Galinha de Sá

Orientador

Florencia da Costa Galinha de Sá

20.2.14

Isabel Figueiredo

Estudante

Maria de Grádua Figueiredo

Isabel Figueiredo

Margarida Maria Ribeiro Daurinos

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estudante mostrou-se logo desde o início sempre muito interessado em adquirir ao máximo os conhecimentos científicos que o tempo de estágio lhe podia permitir, visto que algumas coisas lhe eram desconhecidas ou só existia o conhecimento técnico.

Integrou-se bem na equipa multidisciplinar, desde os enfermeiros, DO, médicos e todos os outros elementos que contactam com os doentes na UCI (terapeutas, psicóloga, técnicos)

Na relação com o doente/família sempre se mostrou o mais conectado, visto que se tratam de situações críticas e muitas vezes inesperadas.

O estudante preocupa-se em sentir as oportunidades de aprendizagem tomando iniciativa, com vista ao conhecimento e antecipação de situações de instabilidade e risco de falência orgânica.

O estudante mostrou sempre interesse, iniciativa e participação activa nas situações de doentes que vinham do SU, principalmente naqueles que lhe era permitido fazer a ponte entre a admissão no SUSEL e estabilização na UCI.

Data:	Tutor	Assinatura
29/11/2013	<u>Florencio Galinha de Sá</u>	<u>Florencio Galinha de Sá</u>
	Orientador	
	<u>Alexandre Pinho</u>	<u>Alexandre Pinho</u>
	Estudante	
	<u>Margarida Domingos</u>	<u>Margarida Domingos</u>

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Perante os objectivos propostos pela aluna para este estágio, os mesmos foram atingidos, na medida em que houve empenho de mesma e esforço para a sua consecução eficiente.

Demonstrou interesse e motivação para a prestação proposta e perante as situações que foram vividas e experienciadas durante o período de estágio no SVE, ao nível crítico, privilegiando a interação teoria-prática e iniciou a capacitação de realização de cuidados especializados.

Foi assídua e pontual.

O estágio decorreu sem incidentes e de forma positiva, houve pontilha de experiências e ganhos formativos, na medida em que foram experienciadas várias situações que deram ênfase e contribuíram para uma aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especializada. De acordo com o exposto penso que a sua avaliação deste estágio deverá refletir uma avaliação de Muito Bom. —

Data:	Tutor	Assinatura
17. Janeiro. 2014	Florinda Colinho de Sá Orientador	Florinda Colinho de Sá
	Líliam Alves Mendes Estudante	Líliam Mendes
	Margarida Maria Ribeiro Lourenço	Margarida Lourenço



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: MARGARIDA NARSA RIBEIRO DOMINGOS

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM MEIO URER, DE FORMA A COMPREENDER O FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ABRDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, NESTE MEIO NO PRE-HOSPITALAR.

Coordenador do Estágio: [Assinatura]

Data: 07/02/14 Turno: Manhã Tarde Meio: URER do LETICIAAL ALENTEJANO

N.º DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença súbita: 1 Trauma: 1 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- Compreensão do funcionamento e organização da abordagem efectuada à pessoa em situação crítica no âmbito pré-hospitalar, nomeadamente à pessoa com dor torácica com disfunção cardíaca associada e à pessoa vítima de trauma em contexto de acidente de viação.

- conhecimento do funcionamento, rotinas e actuação da URER, pelos meios de comunicação com o COU.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

- O estagiário avalia bem a interacção com as diversas equipas, boa comunicação, mostrando interesse por todo o meio envolvente da URER.

[Assinatura]



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEO INEM

ESTAGIÁRIO: MARGARIDA MARIA VIEIRA DOMINGOS

OBJECTIVOS: Estágio de observação em meio INEM, de modo a compreender o funcionamento e organização da abordagem à pessoa situada crítica, neste meio do pré-hospitalar.

Coordenador do Estágio: Bequel

Data: 08/02/14 Turno: Manhã Tarde Melo: UNIC do LITORAL NENTIANO

N.º DE ACTIVACÕES: 1 Doença súbita: 1 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

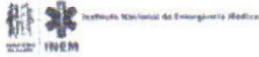
OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- Compreensão do funcionamento e organização da abordagem efectuada à pessoa em situação crítica no âmbito pré-hospitalar, nomeadamente à pessoa com Dispreia.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Boa observação em que houve um abordagem de suporte clínico de boa qualidade. Boa coordenação da Equipa de Emergência. Bom domínio dos logaritmos, médicos, ainda que com algum defeito. Excelente funcionalidade.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: MAREZIDA MARIA RIBEIRO DOMINOS

OBJECTIVOS: Estágio assinala em meio INEM, de forma a compreender o funcionamento e organização da abordagem à pessoa em situação crítica, neste meio pré-hospitalar.

Coordenador do Estágio: [Assinatura]

Data: 09/02/14 Turno: Manhã Tarde Meio: UMER DO LITORAL ALENTEJANO

N.º DE ACTIVAÇÕES: Doença súbita: Trauma: Outras: 1 Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

[Assinatura]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

[Assinatura] (60550)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- Conhecimento do funcionamento, rotinas e actuação do meio UMER, pela via de comunicação com o COMU.

- Compreensão do funcionamento e abordagem ABCDE efectuada à pessoa em situação crítica no âmbito pré-hospitalar; nomeadamente a pessoa com intoxicação voluntária por ingestão de agrotóxicos.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

~~(60550)~~

Estagiária demonstrou nas situações, boa capacidade de observação, conhecimento dos protocolos terapêuticos adequados dependendo o porquê; boa avaliação de prioridades; vontade de colaborar e colaborar nas actividades de manutenção da operacionalidade da UMER (verificação de mala médica + ventíloides + monitor/desfibrilador).

Demonstrou conhecimento sobre a utilização de Equipamentos de Protecção Individual.

[Assinatura] (60550)



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MIO INEM

ESTAGIÁRIO: MARGARIDA MARIA RIBEIRO DOMINGOS

OBJECTIVOS: Estágio de avaliação de forma a compreender o funcionamento e organização da abordagem à pessoa em situação crítica, neste meio do pré-hospitalar (VNER).

Coordenador do Estágio: Isabel

Data: 10/01/2014 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER DO LITORAL OESTE

N.º DE ACTIVAÇÕES: Doença súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Domingos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo (Cl. Tople)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Possui boa compreensão do funcionamento e organização da abordagem efectuada à pessoa em situação crítica no âmbito pré-hospitalar, nomeadamente à pessoa com dor torácica com crise hipertensiva associada.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

A Margarida evidenciou experiência no doente urgente/emergente, fruto da sua prática no serviço de origem.

Tem facilidade em relacionar-se com a equipa posicionando-se adequadamente e colaborando ativamente na avaliação/prática de unidades no doente crítico.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: MARCELO MARIO VIEIRA DOMINGOS

OBJECTIVOS: Estágio observação em meio VNER de forma a compreender o funcionamento e organização da abordagem à pessoa situada crítica, neste meio pré-hospitalar.

Coordenador do Estágio: Isabel

Data: 12/02/14 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER DO LICORSEL ALENTZIANO

N.º DE ACTIVACÕES: 2 Doença súbita: 1 Trauma: Outras: Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário Domingos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Susana Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

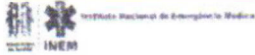
- Conhecimento do funcionamento, rotinas, activação e desactivação de vias, pelos meios de comunicação com o COU.

- Compreensão do funcionamento e organização da abordagem efectuada à pessoa em situação crítica no âmbito pré-hospitalar, nomeadamente à pessoa em estado de inconsciência com TCE e repercussão do estado neurológico associado.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

A estagiária resolveu intervir por todo o meio envolvente da SHER, demonstrando disponibilidade de aprendizagem com pelas rotinas diárias. Demonstra domínio dos algoritmos presente perante critico.

Susana Silva



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEO INEM

ESTAGIÁRIO: NAZAREIDA MARIA RIBEIRO DOMINGOS

OBJECTIVOS: estágio de observação em meio VMER de modo a compreender a funcionalidade e organização da abordagem à pessoa em situação crítica, neste meio pré-hospitalar.

Coordenador do Estágio: J. Siqueira

Data: 13/02/14 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER LITORAL SIENTEJUNO

N.º DE ACTIVACÕES: 2 Doença súbita: 2 Trauma: 0 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

Domingos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

José Teixeira (N.º MEC 60580)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Compreensão da abordagem realizada à pessoa em situação crítica no âmbito pré-hospitalar, nomeadamente à pessoa em PCR e à pessoa com dispnéia e crise hipertensiva associada.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Estagiária colaborou activamente nos procedimentos de manutenção da operacionalidade da VMER. Demonstrou interesse e domínio nas actividades realizadas. Apresentou boas capacidades de observação, conhecimentos adequados e capacidade de decisão na abordagem à vítima (tanto na avaliação, como na decisão terapêutica e "follow up"). Demonstrou/apresentou respeito pela vítima/familiares/equipa, assim como um comportamento ético adequado.

José Teixeira
60580

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma dos estágios

APÊNDICE II

Identificação dos Riscos Potenciais na área de abrangência do SUMC

Serviço de Urgência	Hospital Médico-cirúrgico
Área de abrangência	

Riscos	Presentes
Origem Natural	Fenómenos sísmicos
Desenvolvimento tecnológico	Incêndios florestais
Transportes individuais ou coletivos e interurbanos	A2 IC 33 Oleoduto Linha ferroviária de Sines
Industriais	Refinaria de Sines – Galp Energia, S.A. Complexo Petroquímico – Repsol Polímeros, Lda. Terminal Portuário – Repsol Polímeros, Lda. Fábrica da EuroResinas – Industrias Químicas, S.A. Tanque de Armazenagem de Metanol – EuroResinas Industrias Químicas, S.A. Fábrica de Ácido Terftálico Puro – Artenius Sines PTA, S.A. Caverna de Armazenagem de Propano – Sigás, S.A. Terminal de Gás Natural Liquefeito (GNL) – REN Atlântico, S.A.
Comportamento humano	Festival de Músicas do Mundo Festival Sudoeste Badoca Safari Park Kartódromo internacional de Santo André

APÊNDICE III

Questionário aplicado aos enfermeiros do SUMC



3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização A Pessoa em Situação Crítica

Margarida Maria Ribeiro Domingos, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência da [REDACTED], e a frequentar o 3.º Mestrado em Enfermagem na área de especialização A Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com desenvolvimento de um trabalho de projeto com o tema: Cuidar a Pessoa que vivencia uma situação de exceção: Uma intervenção especializada de enfermagem.

Considerando situação de exceção como aquela “em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (INEM, 2012).¹

Este questionário surge com o intuito de caracterizar e conhecer o grau de conhecimento da equipa de enfermagem do SU da [REDACTED] e de realizar um diagnóstico de situação, relativamente ao atendimento de pessoas vítimas de situações de exceção/ multi-vítimas e eventuais necessidades de formação da equipa de enfermagem nesta área.

Peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, garantindo que todas as questões éticas serão garantidas, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade relativamente aos dados obtidos bem como a divulgação dos mesmos.

Agradeço antecipadamente a atenção e disponibilidade prestadas, encontrando-me desde já disponível para esclarecer qualquer dúvida, nomeadamente pelo correio eletrónico: margaridadomingos@campus.esel.pt.

¹ Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) – *Situação de Exceção*. Lisboa: Ministério da Saúde.

QUESTIONÁRIO

Assinale com “X” a sua resposta. Se necessitar anular coloque um círculo à volta da resposta.

Leia atentamente cada questão e responda por favor à totalidade das questões.

1 Género:

Masculino Feminino

2 Idade:

Até aos 30 anos 31- 40 anos Mais de 41 anos

3 Habilitações Académicas:

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Licenciatura

Mestrado (Área: _____)

Doutoramento (Área: _____)

Outro (Área: _____)

4 Categoria Profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

5 Tempo total de exercício profissional:

Até 3 anos De 4 a 9 anos De 10 a 14 anos Mais de 15 anos

6 Tempo de exercício profissional em SU:

Até 3 anos De 4 a 9 anos De 10 a 14 anos Mais de 15 anos

7 Além da prestação de cuidados de enfermagem, desempenha outra destas funções?

Gestão

Apoio à chefia deste SU

Chefe de equipa (1º ou 2º elemento)

8 No decorrer da sua formação de base em Enfermagem alguma vez foi abordado o tema relacionado com Situação de exceção/ emergência multi-vítimas?

Sim

Não

9 Conhece o Plano de Emergência deste Hospital?

Sim

Não

10 Realizou neste Hospital alguma ação de sensibilização para atuação em caso de Situação de exceção/ emergência multi-vítimas?

Sim

Não

Se sim, especifique qual? _____

Há quanto tempo foi realizada? _____ anos

Qual a duração? _____

11 Realizou fora do contexto hospitalar alguma formação para atuação em caso de Situação de exceção/ emergência multi-vítimas?

Sim

Não

Se sim, especifique qual? _____

Há quanto tempo foi realizada? _____ anos

Qual a duração? _____

12 Realiza Triagem de Manchester neste Hospital?

Sim

Não

13 Conhece o método “Simple Triage And Rapid Treatment” (START) relativo à Triagem Primária em Situação de exceção/ Emergência multi-vítimas?

Sim

Não

Se sim, descreva os discriminadores que este método avalia:

14 Já realizou Triagem de Catástrofe neste SU em alguma Situação de exceção/ emergência multi-vítimas?

Sim

Não

Se sim, especifique qual?

15 Realizou após o curso para realização de Triagem de Manchester, algum treino ou simulação que envolvesse a Triagem de Catástrofe?

Sim

Não

Se sim, especifique qual? _____

Há quanto tempo foi realizada? _____ anos

Qual a duração? _____

16 Sente-se preparado para atuar em caso de Situação de exceção/ emergência multi-vítimas neste Hospital?

Sim

Não

17 Considera importante planejar formação em serviço na área da Triage de catástrofe para atuação em caso de Situação de exceção/ emergência multi-vítimas?

Sim

Não

18 Existe algum outro aspeto que gostaria de comentar relativamente a esta área da Prestação de cuidados de Enfermagem?

Muito obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE IV

Plano de Sessão da acção de formação no SUMC



TEMA: Situação de Exceção/ Multi-vítimas

AUTORA: Margarida Maria Ribeiro Domingos

DATA: 14 de Fevereiro de 2014

LOCAL: Sala do Auditório da [REDACTED]

GRUPO ALVO: Enfermeiros do SU da [REDACTED]

OBJETIVO GERAL: Apresentar o Percurso de Aquisição de competências efetuado no âmbito na intervenção especializada de enfermagem em cuidar a pessoa que vivencia uma situação de exceção, durante o 3º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem na área da Pessoa em Situação Crítica.

OBJETIVOS	CONTEÚDO	DURAÇÃO	ESTRATÉGIAS		AValiação
			Métodos	M. A. E.	
<p>Refletir sobre a abordagem à pessoa vítima de Situação de exceção/ multi-vítimas neste SU;</p> <p>Entender o papel do Enfermeiro perante uma Situação de exceção/ multi-vítimas;</p> <p>Conhecer quais os recursos disponíveis e o modo de atuação em Situação de exceção/ multi-vítimas neste SU.</p>	<p>Conceitos;</p> <p>Enquadramento teórico;</p> <p>Circular Normativa PEUS – DGS;</p> <p>Atuação em contexto de situação de exceção;</p> <p>Triagem de Catástrofe;</p> <p>Considerações finais.</p>	30 minutos	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>	<p>Kits de catástrofe</p> <p>PC</p> <p>Projeter</p>	<p>Diagnóstica</p> <p>(Através de questões e exemplos apresentados de forma intercalada com os enfermeiros, recolhendo a opinião dos mesmos face à Sessão e sua pertinência).</p>

APÊNDICE V

Ação de formação no SUMC

Local de Estágio: Unidade Local de Saúde
do [REDACTED] – Serviço de Urgência

Situação de Exceção/ Multi-vítimas

Tutores: Florinda Sá
Miguel Oliveira

Orientadora: Guadalupe Fagulha

Margarida Domingos –
Mestranda na área de Especialização em Enfermagem:
A Pessoa em Situação Crítica

Fevereiro de 2014

Sumário

- ▶ Conceitos;
- ▶ Enquadramento teórico;
- ▶ Circular Normativa PEUS – DGS;
- ▶ Atuação em contexto de situação de exceção;
- ▶ Triagem de Catástrofe;
- ▶ Considerações finais.



Objetivos

- ▶ Refletir sobre a forma de abordar a pessoa vítima de situação de exceção/ multi-vítimas neste SU;
- ▶ Entender o papel do Enfermeiro perante uma Situação de Exceção/ multi-vítimas;
- ▶ Conhecer quais os recursos disponíveis e o modo de atuação em Situação de Exceção/ multi-vítimas neste SU.



Conceitos

- ▶ Pessoa em Situação Crítica:
 - Aquela que tem a vida ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2011).



Conceitos

▶ Crise:

- Ações ou omissões induzidas por uma organização (LBPC, 2006).

▶ Desastres:

- Resultantes de fenómenos naturais ou induzidos por uma ação humana externa (LBPC, 2006).



Conceitos

▶ Acidente Grave:

- Acontecimento inusitado (provocado por ação do homem ou da natureza), com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens e o ambiente (LBPC, 2006).



Conceitos

▶ Catástrofe:

- É o acidente grave, ou a série de acidentes graves (origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (LBPC, 2006).



Conceitos

▶ Situação de Exceção:

- Conceito com ausência de definição ou enquadramento legislativo na Lei de bases da Proteção Civil.
- É a situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.

(INEM, 2012)



Conceitos

- ▶ Uma situação de exceção pode provir de vários vetores, tais como acidentes rodoviários, fenómenos naturais ou ainda eventos de risco, os quais terão em inerência e face à sua especificidade, pessoas vítimas de uma situação de trauma.
- ▶ Situação de trauma, ou seja, “uma doença, uma vez que possui um hospedeiro (a pessoa) e um vetor de transmissão (automóvel, arma de fogo, entre outros)” (Colégio Americano de Cirurgiões, 2008).



Conceitos

- ▶ Multi-vítimas:
 - Podemos considerar que uma situação de exceção com mais de 5 vítimas, pode ser suficiente para criar um desequilíbrio entre os recursos imediatamente disponíveis e as necessidades sentidas.
- ▶ Triagem Hospitalar:
 - Adotada para dar resposta ao número crescente de utentes que acorrem aos Serviços de Urgência, facilitando o acesso aos Cuidados de Saúde a quem mais necessita.

Two vertical bars, one yellow and one grey, are positioned on the left side of the slide. They are set against a background that features a green and black gradient at the bottom left corner.

Enquadramento Teórico

- ▶ Enfermagem e Situação de Exceção:
 - O enfermeiro possui um papel fundamental no seio da equipa multidisciplinar, na abordagem ao doente vítima de uma situação de exceção, o qual é na maioria dos casos um doente politraumatizado grave, ou seja, todo o doente vítima de acidente, que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves (crânio-encefálico, facial, vertebral, torácico, abdominal, pélvico e extremidade (Coimbra, 1998, p.20).

Two vertical bars, one yellow and one grey, are positioned on the left side of the slide. They are set against a background that features a green and black gradient at the bottom left corner.

Enquadramento Teórico

- ▶ Considerando emergências como todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais e as urgências como todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência das funções vitais (DGS, 2001).



Enquadramento Teórico

- ▶ **Triagem Hospitalar:**
Adotada para dar resposta ao número crescente de utentes que ocorrem aos Serviços de Urgência, facilitando o acesso aos Cuidados de Saúde a quem mais necessita.
- ▶ Entre 2006 e 2011 e por recurso aos Indicadores relativos à Triagem de Manchester, as prioridades emergente, muito urgente e urgente representaram 54.96% das admissões efetuadas no SU desta Unidade de Saúde.



Enquadramento Teórico

- ▶ Sendo o hospital uma das peças fundamentais da resposta médica a uma catástrofe/ Situação de exceção, o Serviço de Urgência apresenta pela natureza das suas funções o lugar chave da resposta institucional, cuja importância justifica uma abordagem específica, centrada no plano hospitalar de catástrofe (Henriques, 2009).

Enquadramento Teórico

- ▶ Em Portugal o primeiro grande passo no âmbito do planeamento com treinos para situações de exceção ocorreu no Euro™ 2004, com a parceria do INEM e das entidades do Plano Nacional de Emergência;
- ▶ Neste âmbito, as equipas médicas adotaram critérios de triagem e registo, similares às da Triagem Hospitalar, preconizada pela Triagem de Manchester.

Plano de Emergência

- ▶ A DGS divulgou em 2010 um “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”, uma vez que a realidade atual das unidades de saúde, é o funcionamento já no máximo das suas capacidades ou perto destas.

ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 007/2010

DATA: 06/10/2010

ASSUNTO: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde

PALAVRAS-CHAVE: Plano de emergência

PARA: Todas as Unidades do Sistema Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde; adintr@dgs.pt

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, emite-se a Orientação seguinte:



Plano de Emergência

- ▶ A elaboração de um Plano de Emergência torna-se assim essencial como ferramenta de reforço da noção da importância de uma cultura de prevenção, planeamento, segurança e de gestão de risco, consideradas peças estruturais necessárias a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise (DGS, 2010).



Plano de Emergência

- ▶ Existem quatro pilares essenciais ao planeamento e preparação de uma Unidade de Saúde para uma eventual situação de exceção, os quais devem ser adaptados a cada realidade:
 - Organização e Gestão
 - Recursos Humanos
 - Prestação de Cuidados
 - Recursos Gerais

(DGS, 2010)



Plano de Emergência

- ▶ Para além dos já descritos, foram ainda considerados importantes, os temas:
 - Identificação e avaliação de riscos potenciais;
 - O risco Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico (NRBQ);
 - O Plano específico de Emergência Interno contra Incêndios. (DGS, 2010).
- ▶ Considerando risco como uma situação que se encontra diretamente relacionada com a probabilidade de ocorrência de um processo perigoso e respetiva estimativa das suas consequências sobre pessoas, bens ou ambiente (ANPC, 2006).



Plano de Emergência

- ▶ Fatores de Risco Internos na [REDACTED]
- ▶ Decorrentes de fontes internas (atividade hospitalar) e podem ocorrer a diferentes níveis:
 - ▶ Tipo de atividade (incêndio armazém, explosão caldeiras);
 - ▶ Infraestruturas e equipamentos (rotura canalizações ou curto-circuito);
 - ▶ Comportamentos (fumadores).

Riscos Potenciais	Descrição
Origem Natural	Fenómenos sísmicos
Industriais	Refinaria de Sines – Galp Energia, S.A. Complexo Petroquímico – Repsol Polímeros, Lda. Terminal Portuário – Repsol Polímeros, Lda. Fábrica da EuroResinas – Industrias Químicas, S.A. Tanque de Armazenagem de Metanol – EuroResinas Industrias Químicas, S.A. Fábrica de Ácido Terftálico Puro – Artenius Sines PTA, S.A. Caverna de Armazenagem de Propano – Sigás, S.A. Terminal de Gás Natural Liquefeito (GNL) – REN Atlântico, S.A.
Transportes individuais ou coletivos e interurbanos	A2 IC 33 Oleoduto
Comportamento humano	Festival de Músicas do Mundo Festival Sudoeste Badoca Safari Park Kartódromo internacional de Santo André
Desenvolvimento tecnológico	Incêndios florestais

Plano de Emergência

- Ativação e desativação do Plano;
- Ativação do Gabinete de Crise;
- Segurança periférica e controle dos acessos;
- Organização da circulação externa da US e do estacionamento ;
- Mobilização do pessoal hospitalar e material e logística;
- Acolhimento e orientação das vítimas e ou utentes potencialmente contaminados;
- Acolhimento e informação das famílias;
- Comunicação de crise;
- Evacuação parcial ou total em caso de acidente interno (PEI);
- Alternativas de funcionamento em caso de incidente com a rede energética, de telecomunicações e de gases medicinais.

(DGS, 2010)



Situação de Exceção

- ▶ Em caso de Situação de Exceção é importante controlar e proteger o acesso ao SU;
- ▶ As vítimas devem beneficiar tanto quanto possível, de cuidados de saúde de qualidade habituais;
- ▶ Uma situação de exceção envolve grande tensão, não devendo existir lugar a imprevistos, hesitações ou dúvidas (DGS, 2010).
- ▶ Existem variados métodos de triagem em catástrofe, sem evidência na escolha de um sistema em prol de outro;
- ▶ Aqui o sistema utilizado é o da Triagem de catástrofe START, de acordo com o mencionado na Triagem de Manchester em uso nesta [REDACTED] com quatro categorias/cores.



Triagem de Catástrofe

- Recurso à folha de Triagem de Catástrofe;
- Conhecimento do método de Avaliação primária e secundária em vítimas de situação de exceção/ multi-vítimas;
- Conhecer o conteúdo do kit de Triagem de Catástrofe existente neste SU inerente ao PEI.



Triagem de Catástrofe

- ▶ A Triagem de prioridades assume-se como peça fundamental, de qualquer sistema de resposta a situações de exceção, das quais resultem várias vítimas, constituindo-se como uma prioridade ao gestor da situação de exceção (Maniscalco, 1998).
- ▶ Existem mais de 100 métodos conhecidos para Triagem de Prioridades.



Triagem de Catástrofe

- ▶ Assistência precoce e célere;
- ▶ Aplicar medidas “life-saving”;
- ▶ Determinar o grau de urgência, impondo ordem;
- ▶ Uso criterioso de recursos críticos;
- ▶ Documentar as vítimas;
- ▶ Controlar o fluxo de vítimas;
- ▶ Determinar áreas de vigilância e de cuidados;
- ▶ Distribuir profissionais de saúde por áreas;
- ▶ Iniciar medidas terapêuticas.

(INEM, 2012)

Avaliação Primária

1- Avaliação Primária

Anda **Verde**

Não
Respira após abertura da via aérea **Preto**

Sim
Freq. Resp. > 29
Freq. Resp. < 10 **Vermelho**

Não
Preenchimento capilar > 2
Pulso > 120 **Vermelho**

Não
Amarelo

Nº mec. _____

START
(Simple Triage and Rapid Treatment)

Avaliação Secundária

2- Avaliação Secundária Caso nº _____ Data ____/____/____ Hora de entrada ____:____

Hora	1		2		3		4		5		6	
	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS
Freq. Resp.												
P.A. Sist.												
Glasgow												
	Total		Total		Total		Total		Total		Total	
Cor Prioridade	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10	1-10
Nº mec.												

Escala de comas de Glasgow	Escala de comas de Glasgow		
	Abertura de olhos	Esontânea	4
		Voz	3
		Dor	2
	Resposta verbal	S/ Resposta	1
		Orientada	5
		Confusa	4
		Inapropriada	3
		Imperceptível	2
	Resposta motora	S/ Resposta	1
Ordem		6	
Localiza		5	
Fuga		4	
Flexão		3	
	Extensão	2	
	S/ Resposta	1	

Escala TRTS		
Freq. Resp.	10 a 29	4
	> 29	3
	6 a 9	2
	1 a 5	1
Pressão Arterial Sistólica	0	0
	> 90	4
	76 a 89	3
	50 a 75	2
Escala De Comas De Glasgow	1 a 49	1
	0	0
	13 a 15	4
	9 a 12	3
	6 a 8	2
	4 a 5	1
	3	0

Triagem de Catástrofe

Zona de Triagem:

A entrada das vítimas é realizada apenas num ponto, localizando-se a equipa de Triagem na pala do SU.

Áreas de Observação e Tratamento:

- ▶ **Zona de Reanimação/Emergência**
(Sala de Reanimação, Sala Aberta, SO).
- ▶ **Zona Urgente**
(Área de balcão e corredores do SU)
- ▶ **Zona Não Urgente**
(Sala de espera das Consultas Externas, corredores e gabinetes de consulta e Exames Especiais)
- ▶ **Zona Negra - (Cinza/ Preta) Irreversíveis e Falecidos**
(Numa fase inicial, na Sala Espera do SU e área de depósito de cadáveres no corredor de acesso ao Auditório/ Biblioteca)

Triagem de Catástrofe

- ▶ Prioridade **Vermelha:**
 - Vítimas com risco de vida imediato, que terão evolução favorável se prestados cuidados de saúde imediatos:
 - Sinais de choque, Amputação Traumática, Hemorragia severa, Queimaduras da face com lesões por inalação, Pneumotórax Hipertensivo...
- ▶ Prioridade **Amarela:**
 - Vítimas que embora urgentes, podem aguardar por não haver risco de vida imediato;
 - Requerem reavaliação de 15 em 15 minutos:
 - Ferimentos sangrantes que necessitem ser suturados, fraturas, TCE leve e moderado...



Triagem de Catástrofe

▶ **Prioridade Verde:**

- Vítimas com capacidade para andar, não necessitando de cuidados de saúde imediatos. Possuem lesões sem risco de vida.
 - Contusões, hematomas, escoriações...

▶ **Prioridade Preto:**

- Vítimas sem hipótese de sobrevivência.
 - Não respira após manobras de permeabilização da via aérea, politraumatizado grave, queimaduras extensas de 2º e 3º grau...

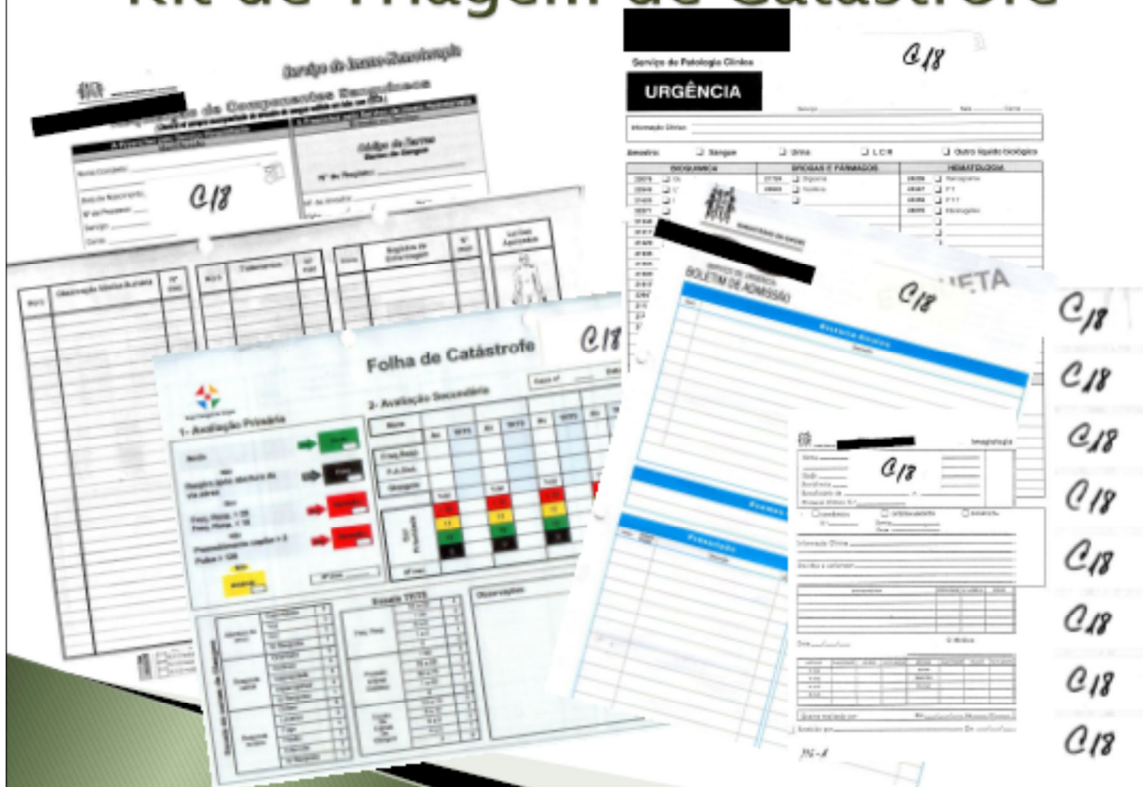


Triagem de Catástrofe

▶ **50 Kits/ Bolsas para Triagem de Catástrofe:**
(Existentes no SU)

- Pulseiras (Vermelha, Amarela, Verde, Preta);
- Rótulos (com número do kit correspondente);
- Folha de Triagem;
- Boletim de Admissão no SU;
- Requisição de Exames Complementares de Diagnóstico (Análises e RX);
- Tubos para colheita de sangue (2 de Hemograma, 1 de Coagulação e 1 de Bioquímica);
- Sacos e envelope para espólio.

Kit de Triagem de Catástrofe



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ▶ Uma situação de exceção envolve grande tensão, não devendo existir lugar a improvisos, hesitações ou dúvidas.
- ▶ Devem existir estratégias e planeamento, capazes de permitir uma atuação segura em situação de exceção/ multi-vítimas.
- ▶ Triage é um instrumento essencial à identificação de prioridade clínica/ organização assistencial.
- ▶ O enfermeiro inserido na equipa multidisciplinar tem papel de extrema importância, quer ao nível do planeamento, quer ao nível da atuação em situação de exceção/ multi-vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Visando a Melhoria Contínua
dos Cuidados Prestados

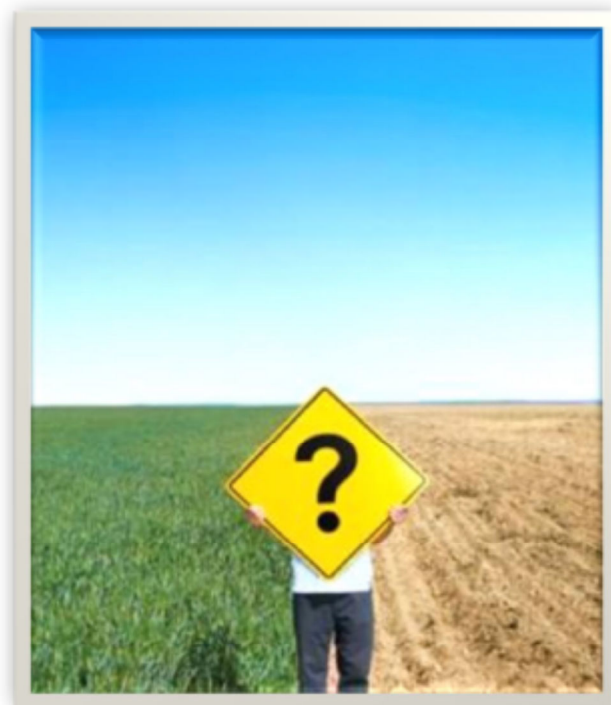
Bibliografia

- ▶ Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho. *Lei de Bases da Proteção Civil*. Assembleia da República n.º 126 - I Série. (p. 4696-4705).
- ▶ Maniscalco P. et al (1998). *EMS Incident Management: Creating Organization out of chaos*. Emergency Medical Services. Maio 1998. (p. 55-59).
- ▶ Miguel Soares de Oliveira, (2007). *A emergência médica em eventos com multidões. Do planeamento aos resultados. Experiência do EURO TM 2004*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina de emergência. Porto: Universidade do porto - Faculdade de Medicina. Acedido a 10/09/2011 disponível em:
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22242/2/DISSERTA%C3%83O%20DE%20MESTRADO%20Miguel%20Oliveira.pdf>.
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2011 b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011, (p. 8656-8657).

Bibliografia

- ▶ Coimbra, R, et al. (1998). *Emergências Traumáticas e não Traumáticas*. São Paulo : Editora Atheneu.
- ▶ Colégio Americano de Cirurgiões (2008). *ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos* (8ª ed.), Chicago: Colégio Americano de Cirurgiões - Comité de Trauma (p. 321).
- ▶ Direcção Geral da Saúde (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência* (Direção - Ge., p. 24). Lisboa: Gráfica Maiadouro.
- ▶ Direcção Geral da Saúde (2010). *Guia Geral para a Elaboração de Um Plano de Emergência das Unidades de Saúde* (p. 1-6).
- ▶ Henriques, J. (2009). *Da emergência à catástrofe*. Lisboa: Scribe.
- ▶ Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) - *Situação de Exceção*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dúvidas?



Local de Estágio: [REDACTED]
[REDACTED] - Serviço de Urgência

Situação de Exceção/ Multi-vítimas

MUITO OBRIGADA!

Margarida Domingos -
Mestranda na área de Especialização em Enfermagem
A Pessoa em Situação Crítica

Fevereiro de 2014

APÊNDICE VI

Jornal de Aprendizagem

Jornal de Aprendizagem

Serviço	Semanas
Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)	07/10/2013 – 29/11/2013

Tutores	Florinda Galinha de Sá Miguel Soares de Oliveira
Enfermeira Orientadora	Alexandra Pinto
Aluna	Margarida Maria Ribeiro Domingos

Este período correspondeu ao primeiro momento de estágio no âmbito do Mestrado de Especialização na Área da Pessoa em Situação Crítica.

O Serviço onde realizei este estágio apresenta na sua essência características muito específicas e conseqüentemente diferentes das existentes no Serviço de Urgência onde exerço a minha atividade profissional. No entanto algumas delas tomam-se complementares o que proporcionou um grande enriquecimento face aos conhecimentos adquiridos.

Foi-me permitida a perceção de uma realidade diferente e de algum modo complementar das que vivencio no meu quotidiano profissional uma vez que ambos se situam na mesma instituição hospitalar.

Um dos objetivos preconizados foi a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica desde a sua receção na UCI, até ao momento da sua transferência ou alta clínica.

Foi pela integração no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar que me foi possível o enriquecimento enquanto pessoa e profissional com partilha de experiências e desenvolvimento de competências no âmbito da Pessoa em Situação Crítica.

A UCI e a sua Dinâmica:

A UCI possui uma equipa de 19 Enfermeiros, número que compreende a Enfermeira Responsável, para um número máximo de ocupação de 7 camas, sendo uma destas destinada a situações de isolamento com antecâmara e pressão negativa (sem portas estanques).

Em cada turno da manhã, tarde e noite prestam cuidados 3 enfermeiros com o acréscimo de 2 assistentes operacionais durante os turnos da manhã e tarde e 1 no turno da noite.

Durante o turno da manhã ocorre a visita da fisioterapeuta que participa na realização de

exercícios de cinesiterapia respiratória com os utentes existentes.

Existem ainda em presença física dois internistas durante os turnos da manhã durante os dias úteis e um internista de presença física nos restantes turnos semanais.

A realização de registos de enfermagem decorre em papel o qual fica após cada 24h arquivado no processo do utente, juntamente com diário clínico e todos os documentos relevantes ao seu internamento.

Foi possível a participação nos cuidados a utentes e seus familiares/ entes significativos em diversos momentos do seu processo de internamento na UCI, desde a sua admissão, antecipação na instabilidade e risco de falência orgânica decorrente dos mecanismos de lesão associados, intervenção em situações de emergência, cumprimento das medidas de controlo de infeção existentes, até ao processo de alta.

Inicialmente foi possível a identificar o circuito dos utentes que provêm essencialmente do Serviço de Urgência onde exerço a minha atividade profissional, mas também do Bloco Operatório ou outros Serviços da Unidade Hospitalar a que pertencem e da Rede Nacional de Cuidados Intensivos por necessidade de vaga ou transferência para a área de residência dos utentes.

A consulta de protocolos existentes na UCI foi efetuada essencialmente nos turnos da noite e sempre que me era possível de modo a possuir conhecimentos para melhor colaborar com a equipa de enfermagem e multidisciplinar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação crítica.

A familiarização com circuitos, material existente e disponível na UCI e fármacos específicos no âmbito da sedação, analgesia, aminas entre outros decorreu desde cedo para poder atuar com celeridade sempre que necessário.

A intenção em adquirir o conhecimento de múltiplos conceitos no âmbito da UCI nomeadamente no que à execução de cuidados técnicos no âmbito da ventilação e monitorização invasiva diz respeito, permitiram-me o desenvolvimento de tomada de decisão baseada em evidência científica bem como na aquisição de competências no que à Pessoa em Situação Crítica concerne. Sendo competência definida no Caderno Temático produzido pela Ordem dos Enfermeiros como a aptidão em "mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta" (2009, p. 10).

Assim, no decorrer deste estágio foi-me possível perceber uma realidade deveras diferente da qual com que me deparo diariamente num Serviço de Urgência, a qual foi essencialmente possível pela partilha de experiências e conhecimentos com a minha enfermeira orientadora, bem como com a restante equipa de enfermagem e multidisciplinar, cuja disponibilidade e acompanhamento foram imprescindíveis durante este percurso.

Análise Crítica:

Este primeiro momento de estágio refere a um período de aproximadamente oito semanas, durante o qual e desde o seu início conforme preconizado nas atividades propostas, integrei a prestação de cuidados de enfermagem, com vista a uma adequada antecipação de situações de instabilidade e risco de falência orgânica em utentes em situação crítica.

A enfermeira orientadora permitiu-me a oportunidade de interagir na prestação de cuidados desde o primeiro dia de estágio, guiando sempre a minha prestação.

Um conhecimento aprofundado de cada técnica invasiva, da situação clínica e da própria pessoa são condições indispensáveis para uma prestação de cuidados especializados de enfermagem.

Do decorrer deste estágio ocorreram inúmeras situações com situações pertinentes ao meu desenvolvimento pessoal e profissional, dos quais irei analisar os pontos que considere mais relevantes, os quais não conseguem no entanto representar a totalidade da aprendizagem delas retiradas.

Uma das situações que se me revelou deveras pertinente foi o modo como a equipa multidisciplinar trabalha de modo efetivo em equipa. No Serviço de Urgência onde realizo o meu exercício profissional as equipas médicas são alteradas constantemente de acordo com os bancos de 24h, com profissionais de saúde que vêm apenas realizar bancos esporádicos à nossa Unidade Hospitalar por insuficiência dos profissionais de saúde existentes na mesma. No Serviço em que presto cuidados, isso reflete-se numa ineficiência do funcionamento da equipa multidisciplinar em contexto de trabalho.

Na UCI e pela manutenção de uma equipa médica regular na realização nos bancos de 24h, é possível observar que tanto a conceção dos cuidados como a sua realização, decorrem efetivamente em equipa com uma maior qualidade e eficiência nos cuidados prestados.

Enquanto aluna de mestrado mas profissional da mesma instituição, desde cedo me foi prestada por parte da equipa multidisciplinar, uma relação de confiança e respeito que me permitiu uma mais-valia para o crescimento profissional, num meio em que a responsabilidade se mantém partilhada com um intuito final que é a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Deste modo e sempre que era necessária uma alteração terapêutica, manipulação da monitorização invasiva ou apoio nas técnicas invasivas realizadas para com os utentes que me estavam distribuídos em turno sob a supervisão da minha enfermeira orientadora, os intensivistas de serviço abordavam-me a mim, explicando pormenores que consideravam pertinentes para o meu desenvolvimento profissional e colaborando deste modo a uma facilitação efetiva muito além da observação inicial, podendo de fato integrar gradualmente a prestação de cuidados de forma efetiva no seio da equipa multidisciplinar.

Pude constatar que esta equipa é facilitadora do cuidado através do esforço coordenado com funções complementares no cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

O fato de uma das médicas intensivistas daquele serviço em conjunto com uma das enfermeiras com quem tive a oportunidade de realizar alguns turnos em equipa, serem membros integrantes da Comissão de Controlo de Infeção da Unidade Hospitalar em que presto cuidados de enfermagem, permitiu-me a oportunidade de corrigir algumas situações que por vezes, realizava sem me aperceber.

Permitindo-me a percepção que algumas das situações vividas, assumem particular relevância em contexto de UCI, uma vez que de acordo com a OMS, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem risco acrescido de adquirir uma IACS (Infeção associada aos cuidados de saúde), sabendo-se ainda que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos (DGS, 2007).

Foi muito pertinente compreender o modo como é realizado o ensino aos familiares e entes significativos que entram na UCI, sendo realizado sempre um breve ensino relativo ao uso da solução antisséptica de base alcoólica, bem como dos 5 momentos da higiene das mãos.

Tive ainda a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem a um utente conectado a prótese ventilatória não invasiva com necessidade de isolamento de contacto no quarto de isolamento existente na UCI, a qual se encontra sob pressão negativa, com antecâmara mas sem portas estanques.

Neste âmbito, foi-me necessário rever procedimentos e circuitos a realizar de modo a melhor prevenir o controlo de infeção face à via de transmissão desse utente. O fato de todos os profissionais integrantes da equipa multidisciplinar cumprirem as indicações propostas pelas CCI da Unidade Hospitalar, tornaram-me ainda mais desperta a pormenores que no meu quotidiano profissional e pela dificuldade de os colocar em prática facilmente são “esquecidos”. Tais situações tiveram de imediato repercussão não apenas no local de estágio mas também na minha conduta no Serviço de Urgência.

Durante um dos turnos da manhã realizados na primeira semana de estágio, ocorreu durante o período do almoço em que se encontravam na UCI duas enfermeiras, sendo uma delas a minha enfermeira orientadora e eu. Quase em simultâneo, dois dos utentes que não se encontravam distribuídos comigo, sofreram alteração no seu estado Hemodinâmico. Foi necessário entubar orotraquealmente um dos utentes com agravamento da sua condição ventilatória com necessidade de conexão a prótese ventilatória invasiva e ainda iniciar cardioversão química face a disritmia cardíaca com repercussão hemodinâmica em outra utente cuja linha arterial se encontrava a ser substituída nesse momento. Nesta altura e tendo reavaliado o utente que comigo se encontrava distribuído e cujos parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos se encontravam estabilizados e face ao contexto com que me deparei, tive de observar e entender onde o meu auxílio poderia ser mais vantajoso. Tentei identificar qual a melhor resposta face às situações a decorrer, tendo optado por responder em auxílio à utente com necessidade de cardioversão química.

Posteriormente ponderei no meu tempo de resposta e na resposta em si. A decisão deveu-se ao conjunto de circunstâncias que abrangia cada utente e na identificação de mais focos de instabilidade associados e penso ter sido a adequada embora pudesse ter sido mais célere na decisão.

No meu local de trabalho e antes do ingresso neste curso de mestrado sinto que a minha resposta teria ocorrido no sentido da primeira situação crítica a decorrer. No entanto e com alguma ponderação face às situações de instabilidade vivenciadas, penso ter conseguido dar resposta adequada aos problemas identificados.

Na reta final do meu estágio decorreu uma situação só possível devido ao campo de estágio realizado ter decorrido na mesma Unidade Hospitalar em que presto cuidados de enfermagem.

No decorrer do turno da tarde, realizei turno no Serviço de Urgência onde deu entrada um utente do sexo masculino e de 57 anos de idade com história de alteração do estado de consciência. Esse utente deu entrada na sala de emergência (posto em que estava escalada durante esse turno), com movimentos de descerebração à dor, sialorreia intensa com vômitos persistentes e agravamento progressivo do seu estado de consciência para GCS=6. Procedeu-se de forma pronta e antecipada à situação vivenciada, preservando-se a via aérea deste utente e colaborando ainda na realização de cuidados técnicos e acompanhamento na realização de Exames complementares de diagnóstico a esta Pessoa em Situação Crítica. Foram ainda prestadas informações aos seus familiares sobre a situação a decorrer, tentando gerir e adaptar a minha comunicação face à situação de instabilidade a ser vivida pela pessoa em situação crítica/ ente querido e pelos familiares desta mesma pessoa.

Posteriormente foi realizada a passagem de turno, estando em aberto a possibilidade de transferência para uma Unidade Cérebro Vascular num Hospital Central, o que percebi posteriormente, não ter sido possível.

De seguida dei entrada no turno da noite na UCI dessa mesma Unidade Hospitalar vindo a receber esse mesmo utente.

Foi importante perceber o feedback do trabalho realizado no Serviço de Urgência pela equipa multidisciplinar e perceber o modo como a abordagem à Pessoa em Situação Crítica se complementa durante este percurso. Sendo que na UCI a abordagem se torna mais minuciosa, com cuidados técnicos de alta complexidade capazes de responder a uma monitorização que permite a adequação das respostas a sinais de instabilidade de forma bastante célere.

No final deste turno da noite o utente obteve uma melhoria do estado de consciência, com alteração para GCS=11 (pela presença da prótese ventilatória invasiva). Assim, foi-me permitido comunicar com o utente que me reconheceu do Serviço de Urgência, adaptando a minha comunicação com vista à sua compreensão do que lhe havia sucedido bem como do seu percurso pela Unidade de Saúde.

Foi uma sequência de turnos extremamente gratificante para mim, pois permitiu-me a possibilidade da prestação de cuidados desde a entrada da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de

Urgência, com a estabilização inicial necessária e a posterior receção do trabalho já realizado com o feedback direto do mesmo e com a possibilidade de execução de cuidados técnicos diferenciados no âmbito da ventilação e monitorização invasivas, bem como o estabelecimento de uma comunicação eficaz com o mesmo, tentando dar o início a uma relação terapêutica.

No decorrer deste estágio senti a necessidade de revisão de alguns conceitos e temas, sobretudo relacionados com a Ventilação Invasiva. Reuni alguma documentação que consultei e se encontra referida nas referências deste jomal de aprendizagem.

Documentos Relevantes:

Direção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Marcelino, P. (2009). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto. Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.

Ordem do Enfermeiros (2009). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – fundamentos processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*.

APÊNDICE VII

Estudo de caso

<i>Estudo de Caso</i>	
Serviço	Semanas
Serviço de Urgência Central (SUC)	02/12/2013 – 17/01/2014

Tutores	Florinda Galinha de Sá Miguel Soares de Oliveira
Enfermeira Orientadora	Célia Cardoso
Aluna	Margarida Maria Ribeiro Domingos

Introdução:
<p>Este estudo de caso surge inerente ao segundo momento de estágio no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com relatório, inserida no 3º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica com o intuito de refletir sobre as intervenções especializadas em enfermagem à pessoa que tem a sua vida ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2011).</p> <p>Este período de estágio foi desenvolvido num Serviço de Urgência Central (SUC) com o intuito de desenvolver o projeto proposto com o tema: "Cuidar a pessoa que vivencia uma situação de exceção: Uma intervenção especializada de enfermagem".</p> <p>Considerando situação de exceção como aquela "em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis" (INEM, 2012).</p> <p>O SUC onde realizei este estágio apresenta na sua essência características muito específicas e conseqüentemente diferentes das existentes no Serviço de Urgência Médico Cirúrgico onde exerço a minha atividade profissional. Foi-me permitida a perceção de uma realidade diferente e de algum modo complementar daquela que vivencio no meu quotidiano profissional uma vez que ambas se referem a prestação de cuidados em Serviço de Urgência com vivências similares dentro das diferenças organizacionais.</p> <p>A realização deste estágio permitiu a "observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada dos dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil" (Ordem dos Enfermeiros, 2011).</p>

necessárias à reflexão e posterior elaboração de estudo de caso.

Definindo estudo de caso como uma abordagem de pesquisa, usada para aprofundar um conhecimento acerca de uma questão complexa de um contexto real, nascendo o seu princípio da necessidade de explicar, descrever ou explorar determinado evento ou fenómeno (Crowe et al., 2011).

Uma situação de exceção pode provir de vários vetores, nomeadamente de acidentes rodoviários, os quais têm em inerência e face à sua especificidade, pessoas vítimas de uma situação de trauma. Em que situação de trauma se defina como "uma lesão sofrida pelo organismo, de aparecimento súbito e de suficiente intensidade, como a violência ou o acidente, podendo provocar lesões imediatas e com necessidade de atendimento imediato" (Dicionário Médico, 2008).

Assim, este estudo de caso irá basear-se numa situação decorrida pela queda accidental de uma pessoa para uma linha de comboio, da qual resultou elevada transferência de energia com conseqüente lesão traumática por esmagamento e como tal, com necessidade de abordagem imediata por parte dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar de saúde em que se inserem, o que se enquadra no descrito pela Society of Trauma Nurses (2008), onde é referido que o mecanismo de trauma descrito pelo Pré-hospitalar engloba frequentemente lesões que envolvem transferências de energia como quedas e esmagamentos.

Realiza-se deste modo uma reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica norteado pelo quadro de referência de enfermagem, da Teoria das Transições de Meleis, centrada na transição como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. O qual se refere tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa-ambiente.

Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação. (Meleis & Trangenstein, 1994). A escolha deste quadro de referência recai no facto da Pessoa em Situação Crítica vivenciar situações de transição que abrangem tanto o seu estado de saúde, como papéis sociais, expectativas e capacidades, exigindo a aquisição de novos conhecimentos e alteração de comportamentos. Isto irá implicar uma mudança significativa quer no seu eu, quer no contexto social em que se insere, o que vai de encontro à situação de cuidados sobre a qual incidirá este estudo de caso.

A descrição do caso e abordagem prestada no âmbito deste estudo de caso foi realizada mediante as prioridades ABCDE: (Airway-Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical), B (Breathing-Respiração com ventilação e oxigenação), C (Circulation-Circulação com controlo de hemorragia), D (Disability-Disfunção neurológica) e E (Exposure-Exposição com

controlo de hipotermia) de acordo com o descrito pela Society of Trauma Nurses (2008), e à qual achei importante adicionar as prioridades, F (Focused Adjuncts/Family Presence-Facilitar a presença da família) e G (Give comfort measures-Promover medidas de conforto) descritas entre outras, por Boering et al. (2007).

O recurso às prioridades descritas assume-se pelo facto de ser uma linguagem comum estabelecida entre os profissionais da equipa multidisciplinar de saúde, no que concerne à abordagem da Pessoa em Situação Crítica desde o Pré até ao Intra-Hospitalar.

Este trabalho desencadeia-se com a descrição do caso com referências teóricas, análise das intervenções de enfermagem e conclusão.

Descrição do caso:

A Sra. A.O., de 51 anos de idade, deu entrada no SUC no dia 04/12/2013, vítima de queda accidental para uma linha de comboio, da qual resultou amputação traumática bilateral dos membros inferiores. Foi assistida no local pela VMER, apresentando na altura um GCS=15. Foi submetida a entubação oro-traqueal (EOT) de sequência rápida após indução anestésica com ketamina (100mg) e vecurónio (10mg) e sedação com propofol (150mg), com um tubo oro-traqueal (TOT) de nº 7.5, o qual ficou localizado ao nível 20 na comissura labial. Posteriormente manteve-se sedação com propofol a 2% a 3cc/h e analgesia com morfina em perfusão 50mg a 2cc/h e conectada a prótese ventilatória invasiva na modalidade ventilatória de Volume Controlado, com boa adaptação à ventilação.

A pessoa vítima de trauma requer avaliação rápida, correta e sistemática, identificando e intervindo nas lesões que ameacem a vida (Society of Trauma Nurses, 2008).

Não foi possível apurar os Antecedentes Pessoais, uma vez que a Sra. A. O. não tinha episódios anteriores naquele Serviço/ Hospital e deu entrada no mesmo, já sob entubação oro-traqueal, sedada e ventilada em modo invasivo, sem presença de familiares ou entes significativos a acompanhá-la.

A Sra. A. O. vivencia uma situação de transição saúde-doença, pela rutura no seu estado de saúde que transformou a sua vida, transição essa que pode ser caracterizada como uma alteração súbita ou gradual de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica e vice-versa (Schumacher & Meleis, 1994).

Os enfermeiros que cuidem esta utente têm assim e face à situação que vivencia, um papel preponderante como facilitadores do processo de transição saúde-doença.

A – Airway (Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical) /

B – Breathing (Respiração com ventilação e oxigenação)

A Sra. A. O. encontrava-se entubada oro-traquealmente, assegurando a permeabilidade da via aérea, sendo a sua fixação assegurada com fita de nastro.

A via aérea havia sido mantida em posição neutra com estabilização da coluna cervical por recurso a colar cervical, até se ter realizado o despiste de edemas ou deformidades pelo recurso à palpação para antecipação da necessidade de realização de Tomografia axial computadorizada (TAC) para exclusão de lesões cervicais ou artérias. Pela palpação entendeu-se que não existiam deformidades ou alterações, tendo sido tomada a decisão entre a equipa multidisciplinar em retirar o meio de imobilização cervical inicial, mantendo no entanto o alinhamento corporal.

Para despiste de Traumatismo crânio-encefálico (TCE) foi palpado o crânio, sem sinais de deformidades ósseas ou hemorragia e observados os pavilhões auriculares e nariz os quais não apresentavam drenagem de líquido ou hemorragia.

À entrada na sala de Reanimação 1, foi verificado o posicionamento do TOT, o qual se mantinha adequado após a passagem/ movimentação da Sra. A. O. para a maca do SUC. Esta avaliação foi realizada de acordo com o que é preconizado pela Society of Trauma Nurses (2008):

- Auscultação primária ao nível do epigastro para confirmação da ausência de sons;
- Auscultação dos murmúrios vesiculares, anterior, bilateral e lateralmente;
- Visualização da expansibilidade torácica simétrica;
- Capnografia (não utilizada por indisponibilidade do mesmo no SUC);
- Confirmação da profundidade do tubo (descrita pela equipa médica do Pré-hospitalar);
- Fixação do tubo (Verificação da fixação já existente);
- Realização de RX tórax para confirmação do adequado posicionamento do TOT;

- E reavaliação dos murmúrios vesiculares sempre que seja movimentada.

A Sra. A. O. não apresentava à inspeção contusões, feridas ou movimentos paradoxais da parede torácica nem alterações aos níveis torácico ou clavicular após a palpação.

Ocorreu a necessidade de aspiração de secreções brônquicas (fluidas), uma vez que pela respiração artificial se torna habitualmente necessária a higiene brônquica para evitar a obstrução do TOT.

Veiga et al. (2011) definiram orientações para a execução da aspiração das secreções traqueobrônquicas:

- Usar técnica asséptica;
- Aplicar máscara durante o procedimento;
- Hiper-oxigenar o doente antes da aspiração para prevenir hipoxémia, exceto em doentes com DPOC;
- Introduzir sonda com suavidade, retirando-a com movimentos de rotação;
- Introduzir a sonda com o dispositivo de sucção desativado;
- Utilizar uma sonda para cada sessão de aspiração, (entendendo-se por sessão de aspiração, uma única aspiração ou aspirações repetidas e intervaladas por períodos para lavar a sonda);
- Limitar o tempo de duração de cada aspiração de 10 a 15 segundos, pelo risco de hipoxémia, broncospasmo e alterações cardíacas;
- O calibre da sonda de aspiração não deve ser mais de metade do calibre da cânula;
- Voltar a cabeça do doente para o lado direito, alinhando o queixo com o ombro direito, para aspirar o brônquio principal esquerdo, para aspirar o brônquio principal direito proceder da forma inversa, mantendo o alinhamento cervical;
- No fim do procedimento, auscultar sons pulmonares para assegurar a eficácia da aspiração.

Durante o tempo de permanência da Sra. A. O. no SUC, foi sempre necessário o recurso a entubação oro-traqueal com ventilação invasiva na modalidade de Volume Controlado, a qual é controlada a volume e na qual a utente é um elemento passivo, sendo o ventilador o único responsável pela ventilação, com parâmetros ventilatórios instituídos de PEEP de 4cmH₂O, Frequência Respiratória de 16cpm, MVE de 7.5l/min e FiO₂ de 55%, com uma boa adaptação da mesma à ventilação (Marcelino, 2009). Esta foi mantida pela necessidade de manutenção da sedação, mantendo uma ventilação adequada e servindo de meio de suporte até à adequada recuperação da Sra. A. O.

Avançou-se a entubação com Sonda oro-gástrica (SOG) e posterior colocação em drenagem passiva com saída de 100cc de conteúdo biliar. Esta colocação torna-se pertinente uma vez que pela natureza inesperada do trauma, a vítima poderá ter ingerido recentemente alimentos ou bebidas sendo sempre um potencial "estômago cheio", devendo esta sonda prevenir o potencial de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico. Mesmo estando a Sra. A. O. sob EOT e como tal com a via aérea protegida, esta SOG irá sempre proporcionar uma descompressão do estômago e observação do seu conteúdo, podendo revelar a existência de hemorragias quando houver suspeita de lesão no trato digestivo superior.

C – Circulation (Circulação com controlo de hemorragia)

No momento da admissão da Sra. A. O. foram identificados os sinais de hemorragia presentes ao nível dos membros inferiores, não sendo possível a avaliação do estado mental pela sedação endovenosa em curso. Se a utente não se apresentasse sob sedação contínua e apresentasse uma alteração no estado de consciência, ansiedade e/ ou agitação poderia ser facilmente associado a hipoperfusão cerebral secundária a perda de sangue, face ao contexto de trauma vivenciado pela mesma.

Sem movimentos desnecessários da bacia foi efetuada palpação em busca de crepitação ou sinais de instabilidade os quais se encontravam ausentes.

Foi realizada a avaliação dos pulsos quanto à qualidade, frequência e regularidade e ainda colocada a monitorização cardíaca. Apresentava um pulso palpável ao nível radial (TA sistólica de 80mmHg), com estreitamento da pressão do mesmo e regular, com uma monitorização cardíaca com ritmo de base sinusal e com uma frequência cardíaca entre as 90 e as 110ppm. A Saturação periférica de O₂ oscilou entre os 96 e os 98% no decorrer da abordagem. A glicémia capilar avaliada encontrava-se num valor de 130mg/dl, não pressupondo necessidade de intervenção neste sentido.

O valor de frequência cardíaca atrás mencionado, remete-nos para uma Classe II de Hemorragia de acordo com o descrito pela Society of Trauma Nurses (2008), o que implica uma perda sanguínea na ordem dos 15 a 30%, ou de 800 a 1500cc.

Avaliada coloração da pele, apresentando-se pálida, com diaforese e hipotermia corporal com temperatura auricular de 35.2°C associadas.

Não foram aplicados torniquetes no que à amputação dos membros inferiores refere, uma vez que a hemorragia externa estava já controlada pela pressão direta exercida pelos profissionais de saúde do meio Pré-hospitalar, sem sinais visíveis de hemorragia activa. Foi sempre tida em consideração pela equipa multidisciplinar, a pertinência da região do corpo afetado no que diz respeito à possível contribuição para o tipo mais habitual de choque na pessoa vítima de trauma - choque hemorrágico/ hipovolémico (Society of Trauma Nurses, 2008).

A perda estimada de sangue para a fratura do fémur e tibia são respetivamente e de acordo com a Society of Trauma Nurses (2008) de 800 a 1200cc e de 350 a 650cc. E assim uma perda total importante, estimada num valor variável entre 1150 e 1850cc.

A Sra. A. O. apresentava esmagamento de ambos os membros inferiores, com fratura exposta do 1/3 superior do membro inferior esquerdo com destruição de massa muscular e deslucamento cutâneo e fratura do fémur ao nível do 1/3 médio do membro inferior direito com grande destruição miocutânea associada. Ambos os membros inferiores apresentavam de modo distal às lesões supra descritas, esmagamento e múltiplas fraturas que inviabilizavam a reconstrução dos mesmos.

Foi realizada a colocação de lençóis estéreis ao nível dos membros inferiores, conforme protocolo do SUC para proteção dos mesmos e preservação da imagem da Sra. A. O.

Foram identificados sinais de hemorragia externa e verificada a ausência de sinais de hemorragia interna de víscera oca quer à palpação dos quadrantes abdominais (sem sinais de rigidez aparente ou lesões traumáticas), quer através da avaliação ultrassonográfica direcionada para trauma (FAST), o qual de forma não invasiva e célere (por profissional treinado) foi realizada à beira do leito da Sra. A. O. na Sala de Reanimação 1. (Colégio Americano de Cirurgiões, 2008).

Após a avaliação rectal para despiste de lesão pélvica/ genitourinária, foi inserida uma sonda vesical de curta duração nº 16 a qual permite em associação com avaliação dos valores médios de TA, avaliar o nível de perfusão tecidual, uma vez que pela perceção de um débito urinário entre 0.5 e 1cc/Kg/h se depreende uma perfusão renal adequada e como tal uma perfusão orgânica mantida (Jarman, 2007). Os débitos urinários de urina límpida, sem hematúria macroscópica na ordem dos 80cc/h, foram assim sugestivos de uma perfusão renal apropriada.

Neste momento torna-se pertinente a deteção da presença ou não de choque hemorrágico/ hipovolémico para atempado controlo da hemorragia, reposição do volume vascular, prevenção da hipoperfusão prolongada e melhoria das funções da coagulação sanguínea. Tendo sempre presente a consciente perceção das potenciais complicações associadas à reposição maciça de fluidos (Society of Trauma Nurses, 2008).

Os profissionais de saúde do meio Pré-Hospitalar haviam já colocado dois acessos venosos de calibre n.º 18, os quais traziam já ao momento da entrada no SUC lactato de Ringer em curso. Ao momento da entrada na sala de Reanimação 1, foi colhido sangue para exames laboratoriais, tipagem sanguínea, prova cruzada, álcool e drogas e ainda para gasimetria arterial para avaliação dos níveis séricos de lactatos.

Posteriormente a Sra. A. O. foi submetida à colocação de um cateter venoso central (CVC) de três lúmens, na subclávia direita, com início de protocolos terapêuticos, nomeadamente com perfusões de sedação e analgesia (propofol a 2% a 3cc/h e morfina 50mg a 2cc/h). Foram ainda administradas por este meio e de acordo com a Classe II de Hemorragia anteriormente descrita, Lactato de Ringer aquecido e ainda face à grande hemorragia externa descrita pelo Pré-hospitalar, administradas três Unidades de Concentrado Eritrocitário aquecidos de grupo DRh-, ainda sem valores analíticos de hemoglobina conhecidos e sem resultados da tipagem sanguínea e provas cruzadas realizadas. Tal administração decorreu de acordo com protocolo do SUC com o Serviço de sangue para situações de emergência.

O recurso a fluidos endovenosos aquecidos é vital ao contexto descrito de hipotermia, tendo sido efetuado por recurso a um dispositivo de aquecimento adequado.

Foram obtidos exames radiográficos de tórax (Confirmação da correta colocação do TOT e do CVC), bacia e membros inferiores para confirmação da extensão das lesões traumáticas.

Iniciou-se então a preparação da Sra. A. O. para o acompanhamento ao serviço de Imagiologia para realização de exames complementares de diagnóstico, (TAC crânio-encefálica, da coluna cervical, dorsal, lombar e sacro e ecografias renal, supra-renal e abdominal superior) e posteriormente ao Bloco Operatório para uma intervenção cirúrgica necessária.

Foram realizados os contatos com os Serviços de Imagiologia e de Bloco Operatório que iriam receber a utente, necessários para assegurar a correta receção da mesma.

xl

D – Disability (Disfunção neurológica)

A realização de um exame neurológico rápido e direcionado é imperativo à abordagem ABCDE, sendo o nível de consciência comumente avaliado pelo recurso à Escala de Coma de Glasgow (GCS), sendo o GCS=15 a melhor resposta e o GCS=3 a pior resposta desta escala, sendo associável a estado comatoso.

Desde a entrada no SUC a Sra. A. O. manteve-se sedada por via endovenosa, com Propofol a 2% em perfusão a 3cc/h, com GCS de 3 (O-1; V-1; M- 1) e com pupilas isocóricas e isoreativas, com diâmetro pupilar médio (aproximadamente 4mm).

E – Exposure (Exposição com controlo de hipotermia)

A Sra. A. O. apresentava hipotermia à chegada ao SUC, com uma avaliação de temperatura auricular de 35.2°C, pelo que se procedeu ao aquecimento corporal externo.

A Sala de Reanimação 1 foi aquecida aumentando a temperatura da mesma, com manutenção possível das portas da sala fechadas, pela administração de O2 humidificado via circuito do ventilador mecânico, pela remoção das roupas molhadas, pela minimização da exposição corporal aquando da realização de Exames Complementares de Diagnóstico no SUC, pelo recurso ao uso de manta térmica e ainda pela administração das transfusões sanguíneas aquecidas por dispositivo adequado.

A Sra. A. O. foi movimentada em bloco, na momento de remoção das roupas molhadas e em simultâneo foi inspecionada e palpada toda a superfície posterior corporal e coluna, para verificar a presença de lesões e ainda com o intuito de minimização do tempo de exposição corporal.

A lesão musculoesquelética resultante da situação de trauma sofrida pela Sra. A. O. apresentou características de gravidade que foram tidas em consideração desde o momento da sua entrada no SUC, com a perceção da ameaça real aos membros inferiores, sem viabilidade para reconstrução dos mesmos (Society of Trauma Nurses, 2008).

F – Focused Adjuncts/Family Presence (Facilitar a presença da família)

Não foi possível o diálogo com os familiares/ entes significativos da Sra. A. O. uma vez que desde o momento da chegada da mesma ao SUC até ao momento do acompanhamento ao Serviço de Imagiologia para realização de exames complementares de diagnóstico e ao Serviço de Bloco Operatório, os mesmos ainda não haviam chegado ao SUC. Tal poderá ter ocorrido face ao facto de a Sra. A.O. se encontrar sozinha na estação de comboios e o seu reconhecimento à chegada ao SUC ter acontecido devido à presença de documento identificativo com a mesma.

O fato de não ter dialogado com os seus familiares/ entes significativos, não me permitiu conhecer a funcionalidade da família em que se integra a Sra. A. O., não conseguindo assim descortinar se esta família poderá ou não ter um papel de facilitadora face a esta situação evidente de transição saúde-doença da Sra. A. O.

Os significados atribuídos a transições variam de pessoa a pessoa e, assim, influenciam o resultado das mesmas. A família poderá ser considerada como um sistema movendo-se através do tempo possuindo propriedades diferentes de outros sistemas, indicando que os significados de transições mudam de família a família bem como de família a sistema (Zagonel, 1999).

Se tivesse tido oportunidade de diálogo com os seus familiares tentaria entender qual o impacto desta situação de trauma no seio da família tentando optar por fornecer informação simples e adaptada a uma compreensão facilitada, permitindo-lhes a aquisição de algum controlo, mas também permitindo-lhes a perceção realista do sucedido e dos factos conhecidos até ao momento (Wright & Leahey, 1984).

G – Give comfort measures (Promover medidas de conforto)

A Sra. A. O. manteve perfusão de Morfina 50mg a 2cc/h por via endovenosa, como terapêutica analgésica, não manifestando sinais fisiológicos ou fácies sugestivos de dor.

O tratamento da dor na pessoa vítima de trauma é extremamente importante, devendo ser realizado de forma contínua, com constantes reavaliações para titulações sempre que necessário com a finalidade de promover o conforto sem promoção de alterações hemodinâmicas em contrapartida.

No que respeita aos doentes com incapacidade de comunicação, devido ao seu estado físico ou a níveis de sedação, estes devem ser avaliados através de parâmetros fisiológicos (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, diaforese, pressão intracraniana) ou comportamentais (expressão facial, agitação, postura), não obstante de constituírem um método indireto e pouco específico de monitorização (Vilela & Ferreira, 2006).

De acordo com a Circular Normativa N.º 9/ DGS de 2003 a Dor é instituída como 5.º sinal vital, dependendo o sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada da monitorização da dor em todas as suas vertentes, sendo reconhecida como transversal à generalidade das situações patológicas e como tal à pessoa em situação crítica se tivermos em consideração todos os procedimentos invasivos e consequentemente dolorosos, passíveis de serem realizados neste contexto.

Assim e na impossibilidade de expressão da Sra. A. O. toma-se ainda mais pertinente o papel do enfermeiro na interpretação de sinais físicos mas também comportamentais das necessidades da Pessoa em situação crítica que vivencia uma transição saúde/ doença.

O conforto nestes doentes está também muitas vezes associados à correção da hipotermia já descrita, a cuidados de higiene sumários e à remoção/substituição precoce de meios de estabilização do pré-hospitalar por macas stryker ou outras, pelo risco de úlceras de pressão.

Conclusão:

Para a afirmação da enfermagem, é essencial que os enfermeiros estabeleçam a ponte entre a teoria e a prática, enriquecendo o corpo de conhecimentos, complexo e multifacetado que dá vida à profissão de enfermagem, com a sua reflexão crítica sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes que mobilizam na sua praxis. (Benner, 2001).

Durante o tempo de permanência da Sra. A. O. no SUC, foram sempre antecipadas as intervenções de enfermagem referentes à iminência de situações de instabilidade e de falência orgânica, indo de encontro ao preconizado na definição de Pessoa em situação crítica segundo a (OE, 2011), só possível pela excelente dinâmica e articulação entre todos os elementos

integrantes da equipa multidisciplinar de saúde.

A realização deste estudo de caso revelou-se muito importante, uma vez que proporcionou durante este período de percurso de aquisição de competências, a reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados na área da pessoa em situação crítica prestados com espírito crítico, baseado na evidência.

Este trabalho revelou-se assim um estímulo à vontade de estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática deveras importante para complementar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências decorrido durante este estágio e para o alcance do tão ambicionado olhar de enfermeira especializada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Bibliografia:

- Benner, Patricia (2001) – De Iniciado a perito. Lisboa, Quarteto Editora ISBN: 972-8535-97-X.
- Boering, B. A. Et al. (2007). TNCC – Trauma Nursing Care Course, Provider Manual. 6.ª ed., United States of America: Emergency Nurses Association.
- Colégio Americano de Cirurgiões (2008). ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos (8ª ed.), Chicago: Colégio Americano de Cirurgiões – Comitê de Trauma (p. 321).
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. BMC medical research methodology, 11(1), 100. doi:10.1186/1471-2288-11-100.
- Dicionário Médico (2008). Trauma. Acedido a 18/05/2013, disponível em:
<http://www.xn--dicionariomdico-0gb6k.com/trauma.html>
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular normativa N.º 9: A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa (pp. 1–4).
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) – Situação de Exceção. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Jarman, H. (2007). INVASIVE HAEMODYNAMIC MONITORING: THE ROLE OF EMERGENCY NURSES IN HELPING TO PROVIDE CRITICAL CARE. Emergency Nurse, 15(1), 20–24.

- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., Ribeiro, P., et al. (2008). Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico. (Lusociência, Ed.) (p. 256). Loures.
- Meleis, A., Trangenstein, P. – Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook, 42 (6), Nov/Dec 1994, (p. 39).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011, (p. 8656-8657).
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept In Nursing. Journal of Nursing Scholarship, 26(2), 119–127.
- Society of Trauma Nurses. (2008). ATCN - Advanced Trauma Course for Nurses - Manual do Curso de Alunos. (Society of Trauma Nurses, Ed.) (8a ed.). Lexington.
- Velga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., Coelho, M., et al. (2011). Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos. (ACSS - Ministério da Saúde, Ed.) (2a ed., p. 285). Lisboa.
- Vilela, H., & Ferreira, D. (2006). Analgesia , Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos Cardíacos. Rev Port Cardiol, 25, 89–98.
- Wright, L. M.; Leahey, M. (1984) Nurses and Families – A guide to Family Assessment and Intervention, EUA, F. A. Davis Company Philadelphia, p.268.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Rev.latin-am.enfermagem, 7(3), 25–32.