



Sara Antunes
(Aluno nº100519021)

RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO

Guia de Transferência inter-hospitalar de Doente Crítico

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em (designação da área científica do mestrado), realizada sob a orientação científica da Professora Alice Ruivo

Maio
2013



Sara Antunes
(Aluno nº100519021)

Tutora:
Enfermeira Suzel
Poucochinho

Local de estágio:
Serviço de Urgência de
Portimão do
Centro Hospitalar do
Barlavento Algarvio

Docente Orientadora:
Professora Alice Ruivo

Relatório de Trabalho de Projeto

Unidade Curricular: Enfermagem Médico-
Cirúrgica II
Módulo: Estágio III

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em (designação da área científica do mestrado), realizada sob a orientação científica da Professora Alice Ruivo

Maio
2013

*Em todas as coisas o sucesso depende
de uma preparação prévia, e sem tal
preparação o falhanço é certo*

Confúcio (479 a.C.)

AGRADECIMENTO

A Deus pela vida que me deu...

Ao meu marido e filho, por todo o amor, alegria e força, motivo pelo qual não desisti.

À restante minha família e amigos, que compreenderam e aceitaram as minhas ausências, sem nunca deixarem de me apoiar.

À minha tutora Enfermeira Suzel Poucochinho, pela persistência e confiança nas minhas capacidades.

À minha orientadora, professora Alice Ruivo, pelo contributo que deu na minha formação, assim como, aos restantes docentes.

Aos colegas de curso e do serviço onde trabalho, pelo carinho que demonstraram.

A todas as pessoas que de uma maneira ou de outra partilharam e fizeram parte desta caminhada.

RESUMO

Este relatório fala-nos de um estudo, com recurso à metodologia de trabalho de projeto, em torno da identificação de um problema em Enfermagem Médico-Cirúrgica, planeamento de intervenção, execução e avaliação. Realizado em três estágios articulados entre si, tendo como objetivos, proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas em Enfermagem em Pessoa em situação crítica, obtenção de grau de mestre e desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. Relatório com duas dimensões: num Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e num Projeto de Aprendizagem Competências/Clínicas (PAC).

O PIS, centrou-se nas transferências inter-hospitalares, realizadas num serviço de urgência, onde se detetou a necessidade da existência de um guia que sistematiza-se procedimentos, de modo a proporcionar qualidade e segurança na prestação de cuidados, ao doente transferido. Fundamentada pela Teoria Merle Mishel, Uncertainty in Illness Scale ou Teoria da Incerteza na doença, uma vez que, foi desenvolvida para abordar a incerteza durante as fases de diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou uma doença com uma evolução negativa (Mishel, 1988).

O PAC, das competências específicas ainda por adquirir, seria a Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção (OE, 2010). Foi adquirida, através da ligação com os elos de reestruturação do Plano de Emergência Externo (PEE), com a elaboração de um capítulo referente à organização/ gestão dos recursos humanos no PEE do SU, em falta, no plano existente.

Realizada uma análise das competências adquiridas do Mestre, com o objetivo de contribuir para o progresso da profissão, sustentado num estudo de evidência, com contribuição benéfica no desenvolvimento dos saberes teóricos e na prática. Por fim, reflete-se sobre o crescimento pessoal e profissional, através de um desenvolvimento de conhecimento teórico e prático de enfermagem na área da especialidade.

SUMMARY

This report talks about a study, using the methodology of project work, in order to identify a problem related to a Medical-Surgical nursing, intervention planning, implementation and evaluation. Realized in three traineeships interrelated, with the objective to obtain learning capacity and develop competence in order to specialize in common and specific nursing on patients in critical condition, obtaining master degree and develop a good practical working context. This report has two dimensions: an Intervention Project in Service (PIS) and a Project Learning Skills / Clinics (PAC).

The PIS, focused on inter- hospital transfers, performed in an Emergency department, where the need for the existence of a guide line which organizes up procedures in order to provide quality and safe care, the patient transferred. Based on the theory of Merle Mishel, Uncertainty in Illness Scale or Theory of Uncertainty in disease, developed to approaching the uncertainties during the stages of diagnosis and treatment of an acute illness or a disease with a negative development (Mishel, 1988).

Related to the PAC, specific skills yet to acquire would be Streamlines response to disasters or emergency multi-victim, from start to action (OE, 2010). Acquired, in collaboration with the connecting the links responsible for the restructuring the External Emergency Plan (PEE), together with the application of a chapter regarding to the organization/management of human recourses in PEE of Emergency Service, missing in the existing plan.

Performed an analysis of the skills acquired from the Master; in order to contribute to the advancement of the profession, supported by an evidencing study, with the benefice contribution of the theoretical and practical development. Finally, a reflection about theoretical knows and professional growth, through a theoretical and practical development of specialized nursing area.

SIGLAS

AO	Assistente Operacional
CA	Conselho de Administração.
CCI	Comissão de controlo de Infecção
CIPE	Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
CRRNEU	Comissão para a reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
DC	Doença coronária
DGS	Direção Geral de Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG	Eletrocardiograma
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
MEMC	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OM	Ordem dos Médicos
OTE	Orientação técnica de Enfermagem
PAC	Projeto de Aprendizagem competências/clínicas
PIS	Projeto de intervenção em serviço
REPE	Regulamento do exercício profissional de Enfermagem
SAV	Suporte avançado de vida
SCA	Síndrome Coronário aguda
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU	Serviço de urgência
SUB	Serviço Urgência Básica
SUMC	Serviço Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	Serviço Urgência Polivalente
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and threats
TID	Teoria da Incerteza na doença
TMA	Teoria de médio alcance
TRID	Teoria Reconceptualizada da Incerteza na Doença
UC	Unidade Curricular

ABREVIATURAS

P. Página

nº Número

Ex.^a Excelência

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
1.1 TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA (TID)	15
1.2 ENFERMAGEM DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.....	19
1.3 TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO	22
2 PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS)	24
2.1 TRABALHO DE PROJETO	24
2.2 EXPLICITAÇÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO E RAZÕES DA ESCOLHA.....	24
2.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	26
2.3.1 Definição geral do problema.....	26
2.3.2 Análise do problema.....	27
2.3.3 Ferramentas de diagnóstico.	27
2.3.4 Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral..	29
2.3.5 Determinação de prioridades.....	30
2.4 OBJETIVOS DO PROJETO	30
2.5 PLANEAMENTO DO PROJETO E CRONOGRAMA INICIAL.....	31
2.5.1 Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar	34
2.6 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E CRONOGRAMA FINAL.....	35
2.7 ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	41
2.7.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	41
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	57
3.1. PLANEAMENTO E CRONOGRAMA INICIAL.....	57
3.2. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E CRONOGRAMA FINAL.....	60
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE	65
5. CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS.....	73
BIBLIOGRÁFICAS	73
ELETRÓNICAS	75
APÊNDICES.....	81

APÊNDICE 1: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CA DO HOSPITAL PARA A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	82
APÊNDICE 2: CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO..	84
APÊNDICE 4: ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS.....	89
APÊNDICE 5: ANÁLISE SWOT.....	101
APÊNDICE 6: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PLANEADAS	103
APÊNDICE 7: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES EXECUTADAS	106
APÊNDICE 8: CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	108
APÊNDICE 9: DIAPOSITIVOS DO GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO	110
APÊNDICE 10: PLANO DE SESSÃO	119
APÊNDICE 11: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	121
APÊNDICE 12: ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	123
APÊNDICE 13: CHEK LIST DE VIA VERDE.....	129
APÊNDICE 14: GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO	133
APÊNDICE 16: TRABALHO DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS	226
APÊNDICE 17: CRONOGRAMA INICIAL DO PAC	237
APÊNDICE 18: CRONOGRAMA FINAL DO PAC	239
APÊNDICE 19: ORGANIZAÇÃO/GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NO PEE DO SU. .	241
APÊNDICE 20: CARTAZ DE DIVULGAÇÃO, PARA A SESSÃO DE FORMAÇÃO SURPRESA.....	271
APÊNDICE 21: ANÁLISE DO ESTUDO, DE COMO CONTATAR OS ELEMENTOS, NA FASE DE ATIVAÇÃO	273
APÊNDICE 22: SIMULAÇÃO DE UM CASO EM SALA DE AULA	277
APÊNDICE 23: TESTE AVALIATIVO E ANÁLISE DOS RESULTADOS, DA SIMULAÇÃO	282

APENDICE 24: REFLEXÃO NA TOMADA DE DECISÃO EM ANÁLISE ÉTICA E DEONTOLÓGICA.....	288
APÊNDICE 25: ARTIGO.....	298

INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e inseridos no contexto da Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, decorreram três estágios: o estágio I e II integrado no 2º semestre do curso, durante dezasseis semanas, entre 26 Setembro e 8 Fevereiro de 2012, e o estágio III integrado no 3º semestre do curso, durante dezasseis semanas, entre 19 Março de 2012 e 11 de Julho de 2012.

A realização de um conjunto de estágios articulados entre si, tem como objetivo a possibilidade de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas aos enfermeiros especialistas em Enfermagem em Pessoa em situação crítica. Aprendizagem ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. Orientados em duas dimensões distintas: no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e no desenvolvimento de um Projeto de Aprendizagem Competências/Clínicas (PAC).

A metodologia utilizada foi, a trabalho de projeto, “... *baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência*” (Ferrito & et al, 2010, p.2). Possibilita ao investigador um conhecimento concreto da realidade que o rodeia e da população que é afetada pelo problema diagnosticado, criando um planeamento adequado e a uma ação direta, dirigida para modificar essa realidade (Leite em Ferrito & et al, 2010).

Todos os estágios, decorreram num serviço de urgência (SU) geral de um hospital Médico-Cirúrgico, no qual desempenho funções há 14 anos, onde surgiu a possibilidade de desenvolver um projeto que fosse útil em termos académicos e principalmente que fosse vantajoso ao serviço, com o intuito de promoção da qualidade e segurança, dos nossos cuidados prestados diariamente.

Nos estágios I e II elaboramos o diagnóstico de situação e planejamos as atividades, meios e estratégias para a concretização do PIS, no âmbito de uma problemática clínica de EMC (problema/oportunidade) em estágio, que consistiu na realização de um guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico. No que respeita à aquisição das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica, neste estágio passado também delineamos atividades para o PAC.

O estágio III veio dar continuidade aos estágios anteriores, pela execução e avaliação das atividades planeadas no PIS e PAC.

Este relatório tem como objetivos:

- Proporcionar um momento de avaliação do estágio III.
- Refletir de forma estruturada sobre os aspetos conceptuais escolhidos nos estágios anteriores, e sua mais-valia, na prática dos cuidados.
- Descrever o percurso do estágio.
- Apresentar a metodologia usada no desenvolvimento do projeto e resultados obtidos.
- Demonstrar a importância de cada aporte lecionado, com reflexão na aquisição de competências do enfermeiro especialista e Mestre.
- Refletir nas aprendizagens adquiridas, durante a realização do estágio. Quer no domínio, das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e as do Mestre.

Considerando que este relatório do estágio tem como base uma metodologia reflexiva, que reverte explicitamente todo o processo aprendizagem ao longo do curso e por fim articulado à sua defesa para obtenção de grau de mestre. Assim no primeiro capítulo é feito um Enquadramento Conceptual com base em conceitos que se consideram pertinentes na aquisição de conhecimentos inerentes às questões propostas. Nesta parte, coloca-se três subcapítulos: no primeiro aborda-se a Teoria de Enfermagem adoptada fundamental para a prática da profissão, pois confere significado ao conhecimento e uma melhoria dos cuidados prestados, utilizada a de Merle Mishel, Uncertainty in Illness Scale ou Teoria da Incerteza na doença (TID), no a evolução de Enfermagem Urgência/ Emergência e por fim, especifica-se no Transporte de doente crítico. No segundo capítulo, é descrito todo o percurso da realização do PIS, formulação do

diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação, no âmbito de uma problemática clínica de EMC (problema/oportunidade) em estágio; e faz-se uma ligação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista mobilizadas, assim como os contributos teóricos lecionados durante o semestre. No terceiro capítulo, é descrito o PAC, que orienta aquisição/aprofundamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica. No capítulo seguinte, é feita uma análise das competências adquiridas do Mestre e por fim, concluindo através de uma reflexão, com a certeza de um crescimento pessoal e profissional, através de um desenvolvimento de conhecimento teórico e prático de enfermagem na área da especialidade.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nesta parte do capítulo são definidos os conceitos que se consideram pertinentes na aquisição de conhecimentos que estão inerentes a todas as questões propostas a quem investiga, permitindo assim atingir os objetivos da realização deste estudo. Teve-se em linha de conta referências bibliográficas e marcos históricos relativamente ao estudo em causa.

2.1 TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA (TID)

Para qualquer disciplina profissional é fundamental o desenvolvimento de um corpo de conhecimento que possa ser aplicado à prática. A teoria é uma sistematização de conceitos, que provém de modelos de enfermagem ou paradigmas, que permite compreender, explicar e antecipar os fenómenos em determinada área do conhecimento (Alligood & Tomey, 2004). Segundo as mesmas autoras, defendem que o corpo de conhecimento em Enfermagem é tão importante nas teorias e na investigação, como disciplina ou profissão.

A atual prática de Enfermagem dá relevância às teorias de médio alcance (TMA), com atenção a particularidades, por exemplo, dá-se importância à “*idade da pessoa*”, “*à situação*” e/ou “*a ação do enfermeiro*”. A prática baseada numa teoria é benéfica para a pessoa, porque fornece uma perspetiva sistemática de raciocínio, com pensamento crítico e tomada de decisões na prática de Enfermagem.

Quando se fala de doente crítico, só por si há uma série de dúvidas que inundam o nosso pensamento como enfermeiros, sabemos a definição de doente crítico e tudo que pode advir dessa situação. Quando falamos numa teoria que transmite o conhecimento da nossa prática clínica e dentro do contexto envolvente de transporte inter-hospitalar de doente crítico, só uma nos submerge com maior sentido, uma TMA, pois encontram-se num nível menos abstrato do conhecimento que os modelos teóricos ou conceptuais e incluem pormenores característicos da prática de enfermagem com um foco de interesse mais limitado, ou seja, encontram-se num nível de teorização centrado em práticas contextuais

(Alligood & Tomey, 2004). Neste sentido a teoria que mais fundamenta o tema do transporte de doente crítico será a de Merle Mishel, *Uncertainty in Illness Scale* ou Teoria da Incerteza na doença (TID), uma vez que segundo a própria, ela foi desenvolvida para abordar a incerteza durante as fases de diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou uma doença com uma evolução negativa (Mishel, 1988).

A TID é uma teoria conceptualizada através de dissertação com resultados qualitativos e quantitativos, com experiências de adultos em incerteza relativa à doença crónica que ameaça a vida e à doença aguda (Liehr & Smith, 2008). Surgiu a partir de modelos de processamento da informação existente da investigação da personalidade da disciplina de psicologia. Caracterizou a incerteza como um estado cognitivo resultante de pistas insuficientes, onde nas quais se formam um esquema cognitivo ou uma representação interna de uma situação ou evento (Bailey & Stewart em Alligood & Tomey, 2004).

Mishel vai buscar um pouco à Teoria do Stress e Coping de Lazarus, descrita como sendo fenomenológica, ou seja, a pessoa é entendida como um ser constituído por sentidos. O Stress é descrito como a rutura dos sentidos e o coping como a resolução da pessoa a essa rutura (Brykczynski em Alligood & Tomey, 2004). Ela atribui a estrutura de stress/ adaptação no contexto de doença, associando-se também à Teoria de Caos, uma vez que possibilita a exploração e aprofundamento da compreensão da totalidade da experiência humana (Gunther em Alligood & Tomey, 2004). Permite assim, uma representação mais precisa, como a doença que provoca desequilíbrio e como as pessoas podem assimilar a incerteza na doença com a descoberta de um novo sentido.

Mishel usou a TID, de modo adaptar respostas à situação de incerteza na doença. Apreciando a incerteza como uma oportunidade de readaptação, através de uma aprendizagem, onde a pessoa veja a incerteza da sua doença, como uma nova vida com inúmeras probabilidades (Bailey & Stewart em Alligood & Tomey, 2004). Mishel reformulou a TID passando a denominar-se de Teoria Reconceptualizada da Incerteza na Doença (TRID) (Liehr e Smith, 2008).

A teoria é explicada através de quatro etapas, da reação do individuo aos estímulos existentes na doença:

- 1) Relevância aos **antecedentes da pessoa** e como estes geram a incerteza;
 - Através de um quadro de estímulos que percepção os estímulos:
 - ✓ O Padrão de sintomas, o grau em que os sintomas estão presentes, de forma a criar um modelo na pessoa;
 - ✓ A Familiaridade do evento, o grau em que a situação torna-se habitual, ou seja, familiar;
 - ✓ A Congruência do evento que corresponde à coerência entre os eventos associados à doença, que os torna comuns.
 - Capacidade cognitiva, que influencia o quadro de estímulos, onde de forma inata ou adquirida, a pessoa processa toda a informação.
 - Estruturas de apoio, ou seja, recursos disponíveis para ajudarem a pessoa na interpretação do quadro de estímulos: autoridade credível, que traduz o grau de confiança depositada naqueles que lhe prestam cuidados de saúde; apoios sociais e de educação, que influenciam a incerteza contribuindo na forma, como a pessoa interpreta o significado dos eventos.
- 2) **Avaliação da incerteza** saber como é encarada na pessoa, como ameaça ou oportunidade;

Nesta avaliação fazem parte dois componentes:

 - A inferência construída pelos exemplos já existentes, ou seja, pela personalidade, experiências prévias, o conhecimento e os tratamentos contextuais;
 - A ilusão construída pelas crenças formadas a partir da incerteza, com uma perspectiva positiva.
- 3) Criação de **estratégias de coping** para reduzir ou manter a incerteza, após ter sido assumida como ameaça ou oportunidade.
- 4) **Estado de adaptação** que resulta das estratégias de coping adoptadas (Liehr & Smith, 2008).

É fundamental ao enfermeiro perceber quais as certezas e incertezas da situação de doença na pessoa/família. Com base nesta apreciação, são prescritas estratégias de gestão sob a forma de intervenções de enfermagem. Mas se a pessoa vê a incerteza como uma oportunidade, então essas intervenções podem

ser prejudiciais quebrando o processo de esperança do indivíduo (Wurzbach mencionado em Alligood & Tomey, 2004).

Este processo é primordial que ocorra também no sentido inverso, ou seja, o uso da teoria, no enfermeiro. Num enfermeiro que se depara com uma situação clínica no qual ele sente dificuldade ou pela sua inexperiência (familiaridade e congruência do evento), essa insegurança é sentida e desencadeia receios e insegurança na própria prestação de cuidados. Primeiro faz uma **apreciação**, através dos dois processos já mencionados, a inferência e a ilusão. Neste caso a **inferência** é construída pela personalidade, a mestria, desenvoltura aprendida, a localização do controle, em que o enfermeiro é capaz de deduzir o que pode ocorrer naquela situação específica que transfere. Depois na **ilusão**, o enfermeiro pode criar uma realidade com aspetos favoráveis de aprendizagem. Através da apreciação a incerteza é interpretada ao enfermeiro, como perigo ou oportunidade, melhorando a sua prestação.

Ao tentar melhorar todo o processo de transporte, ou seja, através de um guia que dê suporte teórico e prático; com o preenchimento correto das chek list existentes na preparação da pessoa que vai ser transferida; a resolução de problemas que possam ocorrer durante o transporte; os cuidados a ter em diversas situações clínicas e por fim a descrição de todo o processo burocrático e respetivos passos a cumprir. Todos estes aspetos, referenciados num guia disponível, cria um sentimento de segurança e certeza de todo o processo de transferência inter-hospitalar de doente crítico, facilitando assim o processo de apreciação e por conseguinte, melhorando o **coping** do enfermeiro e a sua prestação de cuidados durante o transporte.

Na perspetiva, da pessoa que é transferida, essa segurança de competência transmitida pelo enfermeiro que o acompanha, facilita a visão de uma **autoridade credível**, com suporte de confiança, que leva a um processo de coping positivo e esperançoso, na sua recuperação. Mishel descreve este processo como uma nova visão na qual a incerteza passa de perigo, para ser vista como uma oportunidade. Para que isso ocorra, é preciso dar à pessoa/família um bom suporte de apoio, em que os prestadores de cuidados são credíveis e seguros e que transmitam esperança, centrando-se no

reconhecimento da incerteza e na sua gestão, através da capacidade de formação de pensamento probabilístico (Alligood & Tomey, 2004).

O reconhecimento da importância da incerteza, em contexto de urgência/emergência, pode mudar a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitem uma adaptação positiva à situação de doença súbita e inesperada.

2.1 ENFERMAGEM DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Enfermagem é uma profissão com responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade e destaca-se por ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades da sociedade, *“a enfermagem deve ser direccionada para a pessoa que integra todas as partes num todo, unificado e significativo”* (Watson, 2002, p. 52). Reforçando também que os cuidados de enfermagem são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável às pessoas em determinadas circunstâncias da vida.

Enfermagem de Urgência teve início desde a época de Florence Nightingale, sendo que a partir da década de 70, sentiu-se uma maior necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de urgência e emergência, começando-se a investir em profissionais que atuavam neste setor. Como refere Benner, a competência dos cuidados de enfermagem necessita de programas de educação bem planificados (Pontes, 2008).

Para Sheehy referenciando Macphail (2001, p. 3) *“...enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.”* Também diz, que enfermagem de urgência envolve uma avaliação prévia, um diagnóstico, tratamento e avaliação final num quadro súbito e em ambientes variados. Com atenção pluridimensional, pois implica conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários diferentes.

Estes *“cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, normalmente, agudos visando a resolução de problemas, através de cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente e família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais”* (Sheehy mencionando Macphail, 2001, p. 5).

De acordo com Vaz e Catita (2000), o enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, mas com “...a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes reflectem risco de vida ou de morte para o doente” (p.14).

Contudo, na atuação do enfermeiro na urgência/emergência em relação aos limites da sua intervenção e qualificação profissional, o Regulamento do exercício profissional de Enfermagem (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) referenciam as seguintes situações: emergência pré-hospitalar; transportes inter-hospitalares ou intra-hospitalares de utentes efetuados apenas com acompanhamento de um enfermeiro; utente transportado pela corporação de bombeiros, na qual há um enfermeiro tripulante; qualquer situação de emergência que surja nos serviços de internamento, consulta externa ou outro serviço, estando apenas presente o enfermeiro.

Segundo o REPE (REPE, 1996, p. 2960), descrito no Decreto-Lei nº 161/96: “...enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária [enquanto que] cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”

A OE ao definir os Padrões de Qualidade que regem a prestação de cuidados; regula o modelo de desenvolvimento dentro da profissão e define o perfil das competências do enfermeiro de cuidados gerais e de especialista. Descritas nas competências do enfermeiro de cuidados gerais na gestão de cuidados, estão a criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco (OE, 2001).

Para garantir a qualidade dos cuidados, os hospitais implementam um processo de acreditação, como um processo de reconhecimento precoce, com o intuito de cumprir os critérios específicos, de modo, atingirem padrões de melhoria de cuidados de saúde prestados e a promoção de um ambiente seguro. A Gestão de Risco tem como objetivos: o desenvolvimento e implementação de processos

que identifiquem situações de riscos; a prevenção da infeção; evita o erro profissional, a insegurança de locais e práticas e por fim, uma revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos. Ao existir eficácia dos serviços prestados e avaliar os ganhos decorrentes da prestação de um determinado serviço, então temos ganhos em qualidade de saúde. (Gonçalves, 2008). Assim desenvolveram-se estratégias de gestão do risco, com vista a um maior controlo de eventos adversos evitáveis na prática clínica, pela criação e manutenção de um ambiente seguro na prestação de cuidados de enfermagem.

De acordo com os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizados e definidos pela OE (2001, p.41), *“O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenção de enfermagem. Intervenções interdependentes (iniciadas por prescrição de outros técnicos) e intervenções autónomas (iniciadas pela prescrição e responsabilidade do enfermeiro). Relativamente às intervenções de enfermagem iniciadas pela prescrição de outro técnico de equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções autónomas, o enfermeiro assume a total responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.”*

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou do grupo (família e comunidade), após efetuada a identificação da problemática da pessoa, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001). Neste sentido, a OE emitiu um enunciado de posição com as seguintes orientações para as intervenções de enfermagem:

- *“(...) actuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;*
- *(...) garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;*

- (...) *assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;*
- (...) *garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento*” (OE, 2007, p. 1-2).

2.1 TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) menciona o guia de transporte de doentes críticos como um documento, que apresenta um requisito mínimo ao transporte de qualquer doente crítico, sendo primordial que cada instituição deva operacionalizar uma política formal de transporte, com responsabilidades identificadas, organização das equipas e formação específica (SPCI & OM, 2008).

A SPCI e a Ordem dos Médicos (OM) (2008, p.9) definem doente crítico como: “ *aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.*” Deste modo, o doente crítico pela complexidade de cuidados e pelas mais variadas situações clínicas exigem uma atuação criteriosa. A SPCI redigiu linhas orientadoras e normas de boas práticas para o transporte de doentes críticos. Em Portugal, existem instrumentos legais relevantes que facilitam a aplicação dessas normas: Portaria n.º 402/2007, de 10 de Abril, com o regulamento de transporte de doentes; Decreto-Lei n.º 38/92, com o enquadramento legal do transporte de doentes; a Lei n.º 48/90 de Bases da Saúde; Lei n.º 12/97 que regula a atividade de transporte de doentes por corpos de bombeiros e cruz vermelha Portuguesa e ainda o regulamento do tipo de ambulância a usar no transporte inter-hospitalar de doentes graves/críticos, através da Portaria n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro.

O transporte deve ser refletido através do risco/benefício à pessoa, mas justifica-se a sua realização entre hospitais, pela necessidade de um nível assistencial superior, quer pela especialidade ou por valências inexistentes na instituição que assegure de forma mais eficaz a continuidade dos cuidados ou ainda para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis na instituição. (SPCI & OM, 2008). A mesma

sociedade refere que a transferência de doentes, só por si já envolve riscos, quer para a pessoa e para a equipa que o transporta, por isso, recomenda que todas as medidas apropriadas sejam realizadas antes da sua efetivação, pois se surgir alguma alteração que seja inerente à patologia e não decorrente ao transporte em si. Isto significa que, se há potencial benefício da transferência, o nível e qualidade dos cuidados prestados no transporte, devem ser considerados como uma extensão da unidade de saúde (SPCI & OM, 2008).

Relativamente ao acompanhamento do doente o Código Deontológico alínea a) do Artigo nº 83 diz, que o enfermeiro deve *“co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”*. Na alínea d, nº 4, Artigo 5º do REPE também diz *“mais, os cuidados de enfermagem são caracterizados, por englobarem, entre outros, de acordo com o grau de dependência da pessoa, o encaminhamento para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou a promoção da intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro”*.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS)

O PIS foi realizado através de estágios sequenciais e realizados ao longo dos dois últimos semestres, todos eles, no mesmo serviço. Foi utilizado o trabalho de projeto, em torno da identificação de um problema clínico em enfermagem médico-cirúrgica, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e, por fim, avaliação.

2.1 TRABALHO DE PROJETO

Ao usarmos o trabalho de projeto, temos como principal objetivo, a resolução de problemas e aquisição de competências na resolução dos mesmos, através da ligação entre a teoria e a prática, uma vez, que o seu suporte é teórico e posteriormente colocado em prática (Ferrito & *et al*, 2010), ou seja, o trabalho de projeto, é definido como conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real (Guerra referenciado em Ferrito & *et al*, 2010, p.3). Desde modo, o significado e objetivo do trabalho de projeto, teve uma evolução histórica, no qual nos enquadra atualmente num conceito de intencionalidade e aplicação de uma série de ações com um propósito de se “projetar” a onde se quer chegar (Ponte mencionado em Ferrito & *et al*, 2010).

No trabalho de projeto, passamos por um conjunto de técnicas e procedimentos que permitiram prever, orientar e preparar o percurso que ao longo de todo o projeto, com base na resolução do problema detetado (Leite referenciado em Ferrito & *et al*, 2010). Assim no PIS, vamos tentar proporcionar uma base científica, contextualizando alguns aspetos fundamentais à sua realização.

2.2 EXPLICITAÇÃO DA ÁREA DE INTERVENÇÃO E RAZÕES DA ESCOLHA

A área de intervenção em que propomos desenvolver o PIS, será num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e incidirá na realização de um guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico.

Segundo o Despacho nº 18/459 de 30 de Julho, de sua Ex^a o Ministro de Saúde e publicado a 12 de Setembro, os níveis de urgência deverão ser classificados segundo três níveis:

- Serviço de Urgência Polivalente (SUP) - o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/ emergência;
- SUMC- o segundo nível de acolhimento das situações de urgência;
- Serviço de Urgência Básica (SUB) – o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência (Ministério da Saúde, 2007).

Como se trata de um SUMC, na região sul, com carência de especialidades fundamentais na resolução de algumas patologias e segundo o relatório de contas do hospital em questão, tem havido ao longo dos anos um aumento significativo de transferências de doentes críticos para outras unidades hospitalares, sendo o último registo anual de 1,4%, cerca de 1844 doentes transferidos para unidades com maior diferenciação, perfazendo uma média diária de cinco transferências (CHBA, 2010).

Como o enfermeiro é um dos profissionais que exerce um papel crucial e fundamental na equipa multidisciplinar responsável pela transferência do doente crítico e segundo a Orientação técnica de Enfermagem (OTE) Nº1/E/OT do hospital em estudo, diz *“... todos os profissionais envolvidos estão obrigados a participar nas transferências de doentes para outros hospitais...”*, de acordo com os padrões de Qualidade da OE em relação à organização dos cuidados de enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional e ao nosso Código Deontológico (artigo 83^a), no direito ao cuidado, assegurando a continuidade. Todos os colegas estão sujeitos a acompanhamento de doentes críticos.

No serviço onde desempenho funções há 14 anos, conhecendo a sua realidade e as suas necessidades e como chefe de equipa, sou constantemente abordada com diversas dúvidas dos colegas que efetuam transferências de doentes críticos. Testemunhando esta necessidade, ao elevado número de transferências diárias realizadas, pelo conhecimento prévio da recomendação da SPCI, que foca ser primordial que cada instituição deva operacionalizar uma

política formal de transporte, com responsabilidades identificadas, organização das equipas e formação específica (OM & SPCI, 2008). Pela obrigatoriedade de cumprimento da OTE da instituição, já em cima mencionado e após uma pequena entrevista não estruturada com a Enfª Responsável, surgiu a oportunidade de abordar esta temática.

É fundamental termos a noção que a efetivação do processo de transferência de um doente envolve uma série de ações e riscos, relacionadas com a patologia, com os recursos humanos e os recursos materiais. A maior parte das complicações ocorrem por falta de sistematização no planeamento, na preparação e pela necessidade de formação específica da equipa em situações de exceção, que possam ocorrer durante o transporte (Nogueira, Marin e Cunha, 2004). Para que esta situação não ocorra e na busca de constante qualidade dos cuidados de enfermagem durante o transporte, optamos na criação de um guia de orientação ao transporte seguro inter-hospitalar de doentes críticos.

2.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Nesta etapa de diagnóstico de situação, é a fase no trabalho de projeto que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende trabalhar e mudar (Ferrito & *et al*, 2010).

Foi feita uma análise das necessidades existentes no serviço, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, aproveitando os recursos existentes, estabelecendo e fomentando um trabalho em equipa, envolvendo os profissionais para que estes também se sintam motivados a mudar e a solucionar o problema existente e identificado por todos.

2.3.1 Definição geral do problema

No SUMC em estudo, com seu acréscimo anual de transferências de doentes, houve necessidade de um referencial na área dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa que é transferida, de modo a dar continuidade ao seu tratamento, por falta de recursos ou valência específicas (CHBA, 2010).

Neste sentido, o problema identificado como prioridade em ser resolvido era a inexistência de um documento que sistematizasse procedimentos necessários e prévios, à transferência inter-hospitalar de doentes críticos.

2.3.2 Análise do problema

Como o principal motivo para a transferência de uma pessoa para outra unidade hospitalar é a inexistência de recursos humanos e técnicos para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, e de acordo com a OTE Nº1/E/OT do hospital, que refere a obrigatoriedade contratual dos enfermeiros no acompanhamento de doentes críticos (CHBA, 2010). Deparamo-nos diariamente a acompanhar doentes críticos, sem formação prévia, acarretando riscos associados a uma série de fatores que nos levou a priorizar este tema.

A SPCI refere que a transferência de doentes, só por si já envolve riscos, quer para a pessoa e/ou para a equipa que o transporta, por isso, recomenda que todas as medidas sejam realizadas antes da sua efetivação, pois se surgir alguma alteração, que seja inerente à patologia e não decorrente ao transporte em si. Para que a taxa de complicações do transporte de doente crítico seja reduzida, as instituições hospitalares devem promover esquemas organizativos de transporte secundário, para que a esta seja benéfica e que a qualidade dos cuidados prestados no transporte, sejam considerados como uma extensão da unidade de saúde (SPCI & OM, 2008).

2.3.3 Ferramentas de diagnóstico.

Para fundamentar a realização do guia de transferência inter-hospitalar de doente crítico, aplicamos um questionário misto, com o intuito de conhecer a opinião da equipa de enfermagem acerca desta problemática. Para isso, foi feito um pedido de autorização consentida pela Enf^a responsável e respetivo conselho de administração (CA) (apêndice 1) e realizado um questionário individual e com consentimento informado (apêndice 2).

O uso do questionário leva-nos à tradução de objetivos do estudo possíveis de criar variáveis mensuráveis, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de forma que as informações procuradas possam ser colhidas de forma rigorosa e sem enviesamentos. Pode comportar diversos níveis de

estruturação: questões fechadas, em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis e/ou questões abertas que pedem respostas escritas da parte dos sujeito (Fortin, 2003).

Aplicamos um questionário com 16 perguntas (Apêndice 3), das quais 4 são de resposta aberta, conseguindo dividir por categorias, após tratamento dos dados. Numa população de 71 enfermeiros, apenas 58 prestam cuidados a doentes críticos transferidos para outras unidades hospitalares, uma vez que os restantes fazem parte do grupo excluído com indicação do CA, ou seja, quatro são chefes de equipa, três grávidas, duas em licença de aleitamento, duas em licença de amamentação, uma em licença sem vencimento e uma por doença. Colocado o questionário aos restantes 58 enfermeiros que efetuam as transferências, retomando apenas 54 questionários, os restantes quatro enfermeiros, encontravam-se ausentes do serviço.

As razões que tivemos em consideração para aplicação dos questionários foram a constante abordagem e necessidade expressa verbalmente pelos enfermeiros deste serviço, relacionado com dúvidas nas transferências de doentes críticos. Começamos por demonstrar na análise dos questionários (apêndice 4), que a equipa é muito jovem, com uma média de idade de 27 anos e com 4 anos de profissão. Cerca de 89% dos questionados, não tiveram integração na equipa de transferências e 81% referem que sentiram dificuldade na preparação do doente crítico a transferir. Na questão colocada “...se se sente seguro?”, cerca de 54% responderam que não. Por fim, se “*Pensa que a criação de um guia de apoio de transferências inter-hospitalares a doentes críticos seria pertinente?*”, 100% dos inquiridos responderam afirmativamente. Foi colocado possibilidade de colocarem sugestões, que após análise das respostas dadas dividiu-se em cinco categorias: em relação ao transporte, à mala de transferências, à formação específica, à integração e à criação de guia de referência na área de transporte de doentes. O principal resultado, que podemos retirar desta ferramenta, é que se trata de uma equipa muito jovem, com pouca experiência profissional; demonstram dificuldades desde a preparação e efetivação do transporte; referem falta de conhecimento no apoio logístico, no foro clínico e sem formação específica. Sentem necessidade da existência de suporte de apoio que seja uma referência ao esclarecimento de dúvidas. Tendo em vista todos estes aspetos, podemos confirmar que há necessidade da criação de um

guia que sistematize procedimentos necessários e prévios, à transferência inter-hospitalar de doentes críticos.

Após aplicação do questionário e feita a análise dos dados, foi realizada uma Análise SWOT, ou seja, foi usada uma ferramenta de gestão utilizada para fazer análise de um cenário. É uma ferramenta de análise estratégica que expõe os pontos fracos e fortes de uma organização, enquadrada pelo meio envolvente, com as suas oportunidades e ameaças (Santos, 2007). Na análise do cenário em estudo comprovou-se que existem mais oportunidades e pontos fortes, que nos levam a investir nesta temática (apêndice 5). Temos como exemplo, nas oportunidades: a recomendação da SPCI na criação de um manual de transferências de doente crítico, o aumento significativo de transferências, assim como a obrigatoriedade dos enfermeiros na participação das transferências pela instituição. Relacionado com os pontos fortes, temos exemplos como: a presença de uma equipa fixa de transferência que facilita no esclarecimento de dúvidas; a existência de um guia que aumente a segurança nos cuidados prestados durante uma transferência inter-hospitalar, assim como diminua o risco de erro. Ou ainda, a aplicação de um questionário, com resposta a 100% à questão “*se acha pertinente a existência de um guia de apoio às transferências inter-hospitalares*”.

2.3.4 Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

No contexto do problema identificado no serviço, o que nos parece estar em falta é, sem dúvida, um referencial que sirva de apoio aos profissionais que efetuam transferências inter-hospitalares de doentes críticos, uma vez que foram detetados vários pontos, que passamos a mencionar:

- Insegurança e inexperiência dos Enfermeiros na realização de transporte de doentes críticos, pela falta de formação específica e integração;
- A inexistência de responsabilidades atribuídas e protocolizadas, através de um documento de apoio;
- Inexistência de um referencial de apoio que esclareça dúvidas à restante equipa;

2.3.5 Determinação de prioridades

1. Pesquisa bibliográfica sobre a criação do guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico;
2. Realização de um protótipo de guia de atuação ao transporte inter-hospitalar do doente crítico, como um documento referencial. Com a criação de chek list que funcionem como suporte e orientação.
3. Criação de um plano formação específica, que entre no plano anual de formação do serviço, com vários temas relacionados com o transporte inter-hospitalar de doente crítico.
4. Apresentação do protótipo guia, a todos os elementos do serviço, para avaliação, modificação e validação;
5. Implementação do guia no serviço de urgência, se a chefia do serviço e CA, o aceitar.

2.4 OBJETIVOS DO PROJETO

Os objetivos na metodologia de projeto, têm como finalidade chegar a um resultado que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis, que vão do geral ao específico (Mão de Ferro mencionado em Ferrito & *et al*, 2010). A formulação de objetivos deverá ser precisa, sem ambiguidades e deverá partir do conhecimento da realidade.

Identificamos os objetivos que pretendemos alcançar com o PIS, que se distinguem em gerais e específicos. Os objetivos gerais definem a grande intenção e orientação do projeto, identificando o que se pretende modificar. Os objetivos específicos são mais concretos, precisos, exprimem o que queremos alcançar e devem ser definidos em termos operacionais, concretizados através de atividades (Mateus, 2011).

OBJETIVO GERAL: Melhorar os cuidados prestados ao doente crítico que é transferido para outra unidade hospitalar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar um guia de atuação estruturado e sequencial, através da criação de chek lists, no transporte de doente crítico;
2. Divulgar o guia através de ações de formação sobre o transporte de doente crítico;
3. Implementar o guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, após validação.

2. 5 PLANEAMENTO DO PROJETO E CRONOGRAMA INICIAL

Esta é a terceira fase deste projeto, com a planificação do esboço do projeto, com o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do trabalho, são definidas as atividades propostas à realização dos objetivos, quais os diferentes elementos do grupo a precisar e os seus respetivos papéis, definir os métodos e técnicas usadas de pesquisa e realizar um cronograma de orientação (Hungler referenciado em Ferrito & *et al*, 2010). Assim um bom planeamento previne as improvisações, constrói um caminho ou sequência e conjuga estratégias e recursos (Mateus, 2011).

Através de cada objetivo específico, vamos delinear as atividades pretendidas de modo a operacionalizar o PIS, identificando quais os profissionais com quem vamos articular cada intervenção, menciona-se os recursos materiais de que iremos precisar, assim como os indicadores de avaliação para cada um dos objetivos específicos. Nesta fase faremos ainda referência a previsões de constrangimentos que possam surgir durante todo o processo e a formas como os ultrapassar. O cronograma inicial e as atividades planeadas, serão apresentados em apêndice (Apêndice 6).

1º OBJETIVO ESPECÍFICO: Elaborar um guia de atuação estruturado e sequencial, através da criação de chek lists, no transporte de doente crítico

Para concretizar este objetivo as atividades a desenvolver serão:

1. Esclarecimento e apresentação do meu PIS através: pesquisa bibliográfica; apresentação dos resultados dos questionários realizados aos colegas, mostrando a pertinência do tema; mostrar disponibilidade, quer pessoal ou por

acesso electrónico, de sugestões sobre o tema; apresentar a proposta da criação de um guia de atuação aos enfermeiros, Enf^a orientadora e Enf^a responsável do serviço.

2. Criação de um protótipo de guia de atuação ao transporte inter-hospitalar do doente crítico, com colocação: aspetos éticos/legais do transporte de doente crítico; etapas do transporte; fisiopatologia do transporte; material de transporte; monitorização durante o transporte; mobilização e imobilização; ventilação mecânica no transporte; farmacologia no transporte; incidentes, acidentes e problemas potenciais; transporte do doente crítico infetado; procedimentos especiais e manobras de SAV durante o transporte; e anexos: chek lists.

3. Criação de chek list em diferentes fases do processo de transporte inter-hospitalar do doente crítico e disponibiliza-las num dossier na sala de reanimação: ficha de avaliação de decisão de acompanhamento, monitorização e equipamento a levar; equipamento da mala (níveis de reposição e validades); verificação do material da ambulância de via verde; participação à família, confirmação do serviço e do médico que recebe, registos e exames a levar, observação do doente (monitorização, reposição de medicação em perfusão...), passos a seguir e a confirmar antes de iniciar o transporte.

4. Divulgação do protótipo do guia de transporte de doente crítico à professora, à Enf^a orientadora, chefia do serviço e restante equipa, para avaliação e validação.

5. Recolha de sugestões e reformulação do protótipo para apresentação do guia final de transporte inter-hospitalar de doente crítico.

Os recursos humanos com quem vou articular nesta fase do planeamento serão: os enfermeiros do SU, a Enf^a responsável do serviço, a Enf^a orientadora e professora, a equipa de transferências, responsável pela formação, CA, elo de ligação à comissão de controlo de infeção (CCI) e central de transporte.

Os recursos materiais de que vou precisar: material de apoio informático, com transmissão de informação e disponibilizar um acesso electrónico; sala de reuniões; papel e dossier.

Os indicadores de avaliação das atividades delineadas são: apresentar em dossier o guia de transporte de doentes críticos (após validação pela professora, orientadora, chefe de serviço e restantes colegas).

2º OBJETIVO ESPECÍFICO: Divulgar o guia através de ações de formação sobre o transporte de doente crítico.

Para concretizar este objetivo as atividades a desenvolver serão:

1. Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
2. Planeamento das sessões de formação sobre a temática;
3. Divulgação do guia através de várias sessões de formação em serviço: procedimento de transporte inter-hospitalar do doente crítico e fisiopatologia do transporte; incidentes, acidentes e problemas potenciais durante o transporte; farmacologia no transporte de doente crítico (analgesia, sedação, fármacos vasoactivos); apresentação do material para transporte do doente crítico e preenchimento das chek list no transporte inter-hospitalar do doente crítico; recomendações da CCI no transporte do doente crítico infetado e transporte de doente crítico sob ventilação mecânica.
4. Avaliação das sessões de formação, por questionário e observação na preparação de uma transferência de um doente crítico.

Os recursos humanos com quem vou articular serão: os enfermeiros do SU, a Enf^a responsável do serviço, a Enf^a orientadora e a professora, responsável pela formação, CA, elo de ligação à CCI, central de transporte, apoio administrativo e centro de cópias.

Os recursos materiais de que vou precisar: material de apoio informático, computador e retroprojektor para as sessões de formação; slides aprovados pela professora, orientadora e chefia do serviço; questionários de avaliação das sessões de formação; esferográficas disponíveis, para preenchimento dos questionários; sala de reuniões disponível para as sessões de formação; disponibilidade em plano da formação anual do serviço; papel para fotocópias e dossier, para colocação das chek lists.

Os indicadores de avaliação das atividades delineadas são: apresentação dos cartazes de divulgação das sessões de formação e planeamento das sessões de formação; apresentação dos power point das várias sessões de formação e suas respetivas avaliações (questionário realizado); criação e implementação de chek list (fotocópias diversas) em dossier; verificação e alterações na mala da ambulância de via verde após uma reunião agendada, para apresentação da proposta; colocar em dossier do guia de transporte de doentes críticos (após validação pela professora, orientadora, chefe de serviço e restantes colegas).

3º OBJETIVO ESPECÍFICO: Implementar o guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, após validação.

Para concretizar este objetivo as atividades a desenvolver serão:

1. 1. Após divulgação do protótipo, colocar em consideração dos colegas e da responsável pelo serviço para possíveis alterações e aceitação. Após concretização do guia final aprovado no serviço, colocar em validação à administração do hospital.

Os recursos humanos com quem vou articular nesta fase do planeamento serão: os enfermeiros do SU, a Enf^a responsável do serviço, a Enf^a orientadora, professora e CA.

Os indicadores de avaliação das atividades delineadas para cumprir este objetivo específico são: colocação das check lists e do guia, na sala de reanimação e delinear com a equipa um cumprimento em 90%, do preenchimento correto e execução de todos os passos efetivos, na concretização de transferências inter-hospitalares de doentes críticos.

2.5.1 Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar

Na realização do PIS, há uma série de constrangimentos que podem advir, neste sentido é fundamental prevê-los e tentar arranjar soluções de forma a ultrapassa-los.

1. Dificuldade em formar todos colegas, uma vez que a equipa é numerosa, desta forma, há que proporcionar várias sessões de formação que facilitem a escolha na frequência das mesmas. Juntamente com este constrangimento é de prever a possibilidade de pouca adesão, assim e em conjunto com a responsável pela formação, marcar com antecedência no plano anual e fazer publicidade referenciando a importância da formação.
2. Indisponibilidade da sala ou do material de projeção para as sessões. Deve-se então marcar com antecedência.
3. Indisponibilidade dos elementos da equipa de transferência, no apoio da criação de chek-list, por excesso de trabalho, uma vez que estão escalados em setores do SU. Pedir à chefe do serviço, a possibilidade de escalar os colegas em setores menos sobrecarregados, que disponibilizem algum tempo do turno.
4. Falta de financiamento à compra de uma nova mala de transferências. Pensar na possibilidade de reestruturar a antiga.
5. Indisponibilidade do serviço de transporte, para reter a ambulância de via verde, para se fazer alterações aprovadas. Se ocorrer este constrangimento, deve-se usar o dia já previsto de revisão pormenorizada ao material, para se fazer as alterações que a torne mais funcional.

2.6 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E CRONOGRAMA FINAL

Chegamos à fase de execução, ou seja de materializar a realização, colocamos em prática tudo o que foi previamente planeado (Ferrito & *et al*, 2010). Por fim a fase de avaliação, através da aplicação de instrumentos de avaliação, que vão sendo abordados à medida que os objetivos específicos, vão sendo expostos. O cronograma final das atividades realizadas será apresentado em apêndice (Apêndice 7).

Passamos então a enunciar os objetivos específicos delineados e quais as atividades executadas, de modo, concretizar cada um deles. No fim, identificamos quais os recursos humanos e materiais realmente utilizados, assim como os indicadores de avaliação.

1º OBJETIVO ESPECÍFICO: Elaborar um guia de atuação estruturado e sequencial, através da criação de chek lists, no transporte de doente crítico.

Para concretizar este objetivo, as atividades desenvolvidas foram:

1.1 Esclarecimento e apresentação do PIS através:

1.1.1 Pesquisa bibliográfica:

Todo o enquadramento teórico realizado para a elaboração deste guia nos pareceu pertinente e adequado para dar uma base científica ao documento produzido, tendo como base as recomendações da SPCI, que tem sido o grupo responsável e empenhado na promoção da boa prática no transporte do doente crítico, sendo exemplificativo a elaboração do Guia de Transporte do Doente Crítico em 1997, com revisão e atualização, numa iniciativa conjunta com a Ordem dos Médicos, em 2008; Assim como as da Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes, Grupo de Trabalho Urgências dos Hospitais SA; Abordagem clínica do doente crítico através das guideniles de Suporte Avançado / Imediato de Vida, Advanced Trauma Life Support e Fundamentals of Critical Care Support, e por fim, as recomendações da Ordem dos Enfermeiros Portugueses;

1.1.2 O uso dos resultados dos questionários realizados aos colegas, comprovaram a pertinência do tema;

1.1.3 Foi dada disponibilidade aos colegas, quer via pessoal ou por acesso eletrónico, para colocação de sugestões sobre o tema. No entanto não houve dúvidas ou sugestões transmitidas via acesso eletrónico, mas foram dadas sugestões e congratulações ao longo dos períodos de estágio.

1.1.4 Apresentamos a proposta da criação de um guia de atuação aos enfermeiros e Enf^a responsável do serviço. A proposta foi efetivada dentro do prazo estipulado no cronograma inicial, que facilitou positivamente, uma vez que desde o início do estágio, conseguimos realizar o questionário proposto com a autorização do CA atempadamente e com prazos cumpridos.

1. 2. Criação de um protótipo de guia de atuação ao transporte inter-hospitalar do doente crítico, dentro do prazo estipulado. Os temas foram ligeiramente alterados, ao longo dos estágios e das opiniões recolhidas, também pela realidade do hospital em causa. Todos os temas foram abordados, exceto a monitorização

durante o transporte, uma vez que no hospital só tem possibilidade de usar um tipo de monitorização, motivo pelo qual, apenas foi mencionado os outros tipos de monitorização existentes e não detalhados. O tema relacionado com o transporte do doente crítico infetado, foi alterado o nome para transporte de doente infetado/colonizado, por sugestão da CCI do hospital; procedimentos especiais e manobras de SAV durante o transporte; e anexos: chek lists, mantiveram-se como inicialmente planeados. Alterada a disposição da ambulância disponível ao transporte de doente por via verde coronária, assim como alterada a mala da via verde coronária, com a compra de uma mala, pelo CA.

1.3. Divulgação do protótipo do guia de transporte de doente crítico à professora, à Enf^a orientadora, chefia do serviço e restante equipa, para avaliação e validação. Este aspeto foi forçosamente alterado dentro do prazo que estava previsto no cronograma inicial, por dificuldade, relacionada com o tempo disponível para o realizar. Assim no cronograma final a primeira divulgação foi feita na primeira semana de Junho.

1. 4. Recolha de sugestões e reformulação do protótipo para apresentação do guia final de transporte inter-hospitalar de doente crítico. Uma vez que a divulgação foi tardia, as respostas também o foram, os peritos só deram resposta nas duas semanas após a sua divulgação. A divulgação foi feita à Enf^a orientadora, à professora, aos chefes de serviço, chefes de equipa e segundos elementos de equipa, à equipa de transferência e CCI. Dos dezanove emails enviados com o protótipo inicial apenas obtivemos oito respostas com poucas alterações, que já foram mencionadas anteriormente, a primeira relacionada com a monitorização e a segunda com o tema do transporte de doente infetado, que foi acrescentado, o termo colonizado.

Os recursos humanos com quem articulamos na fase de execução foram: os enfermeiros do SU, a Enf^a responsável do serviço e supervisor, a Enf^a orientadora e professora, a equipa de transferências, responsável pela formação, CA, elo de ligação à CCI e central de transporte. O único recurso humano acrescentado, foi o Enf^o Supervisor, uma vez que ele foi responsável pela criação da equipa de transferência, assim como tem feito diversos estudos sobre as transferências existentes no hospital, bem como as necessidades existentes.

Todos os recursos humanos planeados foram usados e disponíveis quando solicitados.

Os recursos materiais que foram precisos e utilizados, mantiveram-se os inicialmente proposto: material de apoio informático, com transmissão de informação e disponibilizar um acesso eletrónico; sala de reuniões; papel e dossier

Os indicadores de avaliação das atividades delineadas foram: apresentar em dossier o guia de transporte de doentes críticos, colocado em vigor no fim do estágio e em fase de aprovação pelo CA.

2º OBJETIVO ESPECÍFICO: Divulgar o guia através de ações de formação sobre o transporte de doente crítico.

Para concretizar este objetivo as atividades desenvolvidas foram:

2.1 Pesquisa bibliográfica através da forma como o divulgar:

2.1.1 Formação, divulgação e método expositivo: através de livros do Instituto para a Inovação na Formação; dissertação para grau de mestre, sobre Comunicação Educacional Multimédia da Universidade Aberta; livros das coleções “Formar Pedagogicamente” e “Revistas Formar”, pelo autor Mão de Ferro, edição IEFP

2.2 Marcada a sessão de formação sobre a temática, através da disponibilidade do serviço, da responsável pela formação e da escala de ocupação do auditório do hospital. Propagada através de um cartaz de divulgação exposto no serviço (Apêndice 8).

2.3. Divulgação do guia através de apenas uma sessão de formação em serviço, com 67 diapositivos (Apêndice 9). Ponto que teve que ser reestruturado, uma vez que inicialmente foi planeado a sua divulgação por fases, mas acabou por ser em apenas uma sessão, por vários motivos: o primeiro, pelo excesso de formações em serviço, já marcadas, que não disponibilizavam a sala; depois pelo fato de haver vários profissionais de férias, que não iriam comparecer a algumas

sessões, quebrando a divulgação global do guia e por fim, pela falta de tempo existente no período de estágio, para o divulgar em diversas sessões. Assim as sessões inicialmente propostas foram colocadas e resumidas em apenas uma sessão com cerca de 2 horas, alterada em cronograma para o dia 18/06/12.

Foi usado o método expositivo definido, como aquele que o formador desenvolve oralmente o assunto, dando todo o conteúdo, a estruturação e o resultado. Pode ser considerado um método massudo, mas depende do formador, para que consiga despertar o interesse dos formados, com vista a obter bons resultados (Mão de Ferro, 1992).

Colocada a informação de toda a formação, em plano de sessão utilizado pela instituição (Apêndice 10). Usado um plano de sessão, pois facilita na preparação prévia de cada assunto a ser exposto, salienta pontos chave e proporciona interesse a quem vai ouvir (Mão de Ferro, 1993)

2.4. Feita a avaliação da sessão de formação, por questionário (Apêndice 11). Compareceram à sessão, cerca de 17 enfermeiros do SU, desde chefia do serviço a elementos que fazem acompanhamento de doente crítico em transferências inter-hospitalares. A proposta de avaliação em três aspetos específicos, relacionados com a sessão formativa, com o formador e com os resultados do guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico. Para avaliação foi utilizada uma escala com os itens de insuficiente, médio, bom e muito bom. Toda a formação no geral teve uma avaliação muito boa, exceto o fator relacionado com a duração da sessão, onde obteve uma avaliação de Bom, colocou-se a hipótese de dividir por duas sessões, que ocorrerá posteriormente. A restante análise de avaliação da sessão de formação é colocada em apêndice (Apêndice 12).

2.5 Criação de fichas de chek List em diferentes fases do processo de transporte inter- hospitalar do doente crítico e disponibiliza-las num dossier em sala de reanimação, foi concretizado. Ficam disponíveis junto ao guia final e depois em pasta, com o intuito de serem reavaliadas o seu preenchimento. No tempo previsto em cronograma inicial, também foi alterado, sendo concluído na mesma altura que a conclusão do primeiro protótipo do guia, ou seja, no final de Maio e início do mês de Junho.

Os recursos humanos com quem articulamos na fase de execução foram: os enfermeiros do SU, a Enfª responsável do serviço e supervisor, a Enfª orientadora e professora, a equipa de transferências, responsável pela formação, CA, elo de ligação à CCI e central de transporte. O único recurso humano acrescentado, foi o Enfº Supervisor, pelo mesmo motivo referenciado no 1º objetivo. Todos os recursos humanos planeados foram usados e sempre disponíveis quando solicitados.

Os recursos materiais que foram precisos e utilizados, mantiveram-se os inicialmente proposto: material de apoio informático, computador e retroprojeter para a sessão de formação; slides aprovados pela professora, orientadora e chefia do serviço; questionário de avaliação da sessão de formação; esferográficas disponíveis, para preenchimento do questionário; sala de reuniões disponível para as sessões de formação, acabou por ser utilizado o auditório do hospital, pela afluência prevista à sessão de formação; disponibilidade em plano da formação anual do serviço; papel para fotocópias e dossier, para colocação do guia e das chek lists.

Os indicadores de avaliação das atividades foram: apresentação do cartaz de divulgação da sessão de formação e planeamento da sessão; apresentação dos power point da sessão de formação e sua respetiva análise de avaliação do questionário realizado; criação e implementação de chek list (fotocópias diversas) em dossier; verificação e alterações na mala da ambulância de via verde e da mala de transferência, sem necessidade de agendamento de uma reunião para apresentação da proposta, pela necessidade expressa inicialmente de alteração da estrutura da ambulância e das malas, após aprovação da chefia do serviço e administração, as alterações foram realizadas. A mala de transferência foi substituída e a mala de via verde foi comprada e no fim do estágio colocadas em uso, com chek list própria (Apêndice 13); colocação em dossier do guia de transporte inter-hospitalar de doentes críticos e as diversas chek list, do guia.

3º OBJETIVO ESPECIFICO: Implementação do guia final de transporte inter-hospitalar de doente crítico, foi concretizado no fim do estágio

Para concretizar este objetivo as atividades desenvolvidas foram:

3. 1. Na divulgação do protótipo, foi enviado por email aos peritos, com um prazo estipulado de resposta, para possíveis alterações e sugestões, que já foram mencionadas anteriormente. Após recolha e alteração feita com aprovação das chefias e professora, foi disponibilizado o guia final (Apêndice 14) no fim do estágio. Sem alteração da data prevista em cronograma inicial.

Os recursos humanos com quem articulamos nesta fase de execução, foram os inicialmente planeados: os enfermeiros do SU, a Enfª responsável do serviço, a Enfª orientadora, professora e CA.

Os indicadores de avaliação das atividades delineadas para cumprir este objetivo específico são: colocação das check lists e do guia, na sala de reanimação e delineado com a equipa, um cumprimento em 90%, do preenchimento correto e execução de todos os passos efetivos, na concretização de transferências inter-hospitalares de doentes críticos, a ser avaliado, nos próximos 6 meses.

2.7 ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste subcapítulo, é feita uma análise do processo de aquisição de competências ao enfermeiro especialista, desde das comuns, ou seja, análise das competências partilhadas a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, e uma análise das competências específicas, de acordo com o campo de intervenção definido para cada área de especialidade (OE, 2010)

2.7.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Na concretização destes objetivos e como especialista, tentamos aprofundar o nosso conhecimento específico de Enfermagem, neste sentido há vários domínios que abrangemos. Primeiramente no domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, tendo em conta o código deontológico e o regulamento profissional que regem a nossa profissão, com a criação de um guia que engloba a participação de toda a equipa. Neste projeto assumimos um papel de consultores e motivadores, com o propósito de resolução

de um problema que nos atinge a todos, em parceria com a pessoa, no qual esta vai beneficiar em qualidade e segurança. Reconhecemos a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, através de uma conduta preventiva, antecipatória, com a criação de chek list. Adotamos e promovemos a adoção de medidas apropriadas, com recurso às competências especializadas, sendo pois o transporte uma continuidade à prática de cuidados no hospital de origem, tendo em conta a promoção, o respeito pelos valores e o direito dos outros, assim como as responsabilidades profissionais.

Ao longo de todo o projeto, os princípios éticos inerentes a uma boa prática e à investigação de Enfermagem, foram patentes, nomeadamente, desde o pedido formal de autorização à instituição pela aplicação dos questionários e o consentimento informado aos participantes.

Numa situação de recusa ao transporte e conseqüente recusa à continuidade do tratamento, como profissionais podemos ter a noção, que se a pessoa não for transferida as hipóteses de sobrevivência ou de recuperação, serão mínimas.

Segundo a Constituição da República Portuguesa, no artigo nº 64 diz que *“Todos têm direito à protecção da saúde (...)”*, mas também está escrito na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, na sua base V, n.º 2, podemos ler que *“Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses”*. Na base V, na 1ª alínea diz *“os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde (...)”*. Na base XIV, na alínea b) diz *“decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta (...)”*, ou seja consoante a sua vontade e interesse. Na legislação específica dos enfermeiros, no código deontológico, incluso na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, aponta no seu artigo n.º 78º, n.º 1 refere que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* e no n.º 2, relacionado com os valores universais a observar na relação profissional, temos na alínea b), *“a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum”*. Assim, a recusa de tratamento é uma consequência do consentimento, ou seja, decidir sobre a sua saúde após toda a informação dada. Se a recusa for voluntária, deve ser respeitada (Serrão,1998).

O profissional deve ter como referência, na resolução de alguns dilemas, os princípios éticos, pois a sua aplicação depende de sabedoria prática. O princípio da beneficência, ou seja, fazer o bem ao outro. Mesmo que esta recusa ao tratamento exista, os cuidados de saúde devem ser mantidos e destinados a proporcionar alívio sintomático e conforto, dentro daquilo que a pessoa aceita. Associado com este princípio, está o princípio da não-maleficência, ou seja evitar o mal. O profissional de saúde ao cuidar, não pode submeter aos utentes, a um sofrimento desproporcionado que conduz a poucos ou nenhuns benefícios (Martins, 2004). Tendo sempre em conta, o respeito pela autonomia nas suas decisões de gestão dos seus cuidados de saúde (Nunes, 2006).

Como o enfermeiro, centra-se nas relações interpessoais, este deverá valorizar e respeitar os valores, crenças e desejos do indivíduo, agindo na defesa da autonomia e no respeito pelas opções das pessoas ao seu cuidado (Mendes, 2009).

No **domínio da melhoria da qualidade**, foi demonstrado a aquisição da competência pela realização do projeto de intervenção em serviço e todas as suas fases. Com a identificação de oportunidades de melhoria no serviço, relacionadas com a área de qualidade, através do desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, promoção de cuidados que sejam sistematizados, após a sua implementação, promoção e incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. A pesquisa bibliográfica foi uma permanente aquisição, com estabelecimento de prioridades e estratégias e por fim avaliação do projeto. Com o objetivo final de normalizar a atuação na preparação e efetivação do transporte de doente crítico com qualidade e em segurança. Assim, após efetuada a identificação da problemática da pessoa, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001). Neste domínio, foram criados vários capítulos no guia, com temas pertinentes e orientadores de recursos existentes de prestação de cuidados seguros, assim como, foram criadas check lists, com o objetivo de prevenção de incidentes, atuando na promoção de bem-estar, segurança e gestão do risco, ou seja, promove um ambiente seguro para as pessoas, quer no momento de preparação, da

efetivação, do material a utilizar, dos fármacos a levar e da importância da participação da família. Para a concretização de todos estes pontos, foi necessário a colaboração com algumas unidades institucionais, como a central de transporte e a CCI.

Nesta aquisição de competência, dentro do estágio, melhorando a unidade de competência *“Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo”*, houve a necessidade de abranger o tema cuidar no fim de vida, no SU, uma vez, que são situações que nos ocorrem com bastante frequência, e não há um “esquema” que possamos seguir. O módulo ***Cuidados ao cliente em fim de vida*** veio dar uma nova perspetiva do cuidar no SU. Tentamos aprofundar os conhecimentos, de modo, a proporcionar um cuidado de qualidade, tendo em vista diferentes dimensões do ser humano.

O principal objetivo, dos serviços de saúde, é a cura da doença. Neste contexto, a morte é quase considerada como fracasso da medicina. Por este motivo, e reconhecendo as falhas que existem no cuidado ao utente em final da sua vida, o Conselho da Europa, recomenda melhores condições, nomeadamente na prevenção da solidão e do sofrimento e na promoção da protecção da dignidade do doente incurável (Guerreiro, 2010).

A morte é uma realidade, cada vez mais presente nos hospitais e segundo dados estatísticos, cerca de 70% da população morre no hospital (Silva, 2006). Neste sentido, os enfermeiros têm, um papel fundamental nos cuidados em fim de vida, uma vez que há um aumento da transição destes cuidados, de casa para os hospitais. Estes podem, contribuir para um final de vida mais digno e de qualidade para o utente que morre e para a sua família.

Nos SU, por vezes deparamo-nos com dois tipos de situações, relacionadas com a morte. Dos utentes em internamento que nos chegam em situação terminal, numa fase avançada da sua doença crónica; e os utentes que recorrem ao serviço, consequentes de uma doença súbita ou acidente, ou seja de um acontecimento inesperado. Este processo poderá representar um fator de stress e consequentemente uma causa de disfunção familiar, daí a importância da assistência das pessoas que se deparam com este processo problemático e

doloroso (Martins, Ribeiro & Garret, 2003). No entanto, nestas situações independentemente da causa, por vezes, a morte é inevitável e o processo curativo deverá passar para um processo paliativo, com a finalidade de proporcionar conforto, permitindo uma morte digna.

Neste sentido, deve-se envolver os familiares explicando toda a situação clínica e o prognóstico; permitir flexibilidade na permanência de um familiar, junto da pessoa, uma vez que há estudos que confirmam ser benéfico para o próprio e para o processo de luto da família; e por fim controlar os sintomas e promover o conforto, pelo alívio da dor (Pacheco & Neves, 2004).

Após reflexão, destes aspetos abordados, na realização do guia de transporte inter-hospitalar, foi abordada em ação de formação, uma situação de transferência de um doente em fase terminal, alegando carência de determinadas especialidades, de forma a refletir. A decisão de transferir, é um ato médico, no entanto, toda a equipa deve estar envolvida, neste sentido e tendo o conhecimento que o transporte inter-hospitalar só se justifica, com a noção do risco/ benefício da transferência (SPCI & OM, 2008). Ou seja, relacionada com o princípio ético da beneficência, onde justifica o transporte secundário para outra unidade hospitalar, se interferir de forma positiva no prognóstico do doente transferido. Se não, deparamo-nos com um prolongamento de um sofrimento.

Dentro desta competência de forma abranger a unidade de competência “*cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*”, ainda abordamos, outro tema que era pouco evidenciado no SU, e pelo fato de ter sido abordado pelo **módulo *Espiritualidade e cuidados de Enfermagem***, pensamos ter aprofundado conhecimentos, dentro da espiritualidade de forma a nos dar capacidade no cuidar, noutra dimensão do ser humano.

A Espiritualidade é intrínseca ao ser humano, reconhecível quando surge como necessidade, intrinsecamente ligada ao *EU* interior, adquirida através de uma relação com o outro e com o transcendente. Assim como há uma relação estabelecida com o enfermeiro, então a avaliação desta necessidade é indispensável para a prestação de cuidados, no entanto, requer por parte da equipa de enfermagem conhecimento e estabelecimento de uma relação de

confiança com a pessoa, de modo a perceber quais as suas necessidades (Oliveira, 2006).

Na carta dos Direitos do Doente Internado, há linhas orientadoras para a promoção de um ambiente respeitador dos direitos humanos, ou seja, *“cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma entidade cultural e espiritual dos valores”*, por isso, estes aspetos são fundamentais na prática dos cuidados de saúde (DGS, 2005). Também no Código Deontológico, há referência, no artigo 82º, na alínea b) diz, *“Respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa”*. No sistema de Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), temos a existência de *Angústia Espiritual*, ou seja *“ruptura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra divindade”* (OE, 2010).

No SU, a prestação de cuidados espirituais, tem sido uma das áreas menos proporcionadas na nossa práxis diária, que pensamos ter colmatado um pouco essa lacuna, durante o estágio, através de reflexão junto aos colegas, passando a sermos referência às dúvidas existentes, na promoção de ambiente propício às necessidades espirituais do indivíduo / grupo. Foi uma área, que tentamos aprofundar conhecimentos, com leitura de artigos e referência disponibilizadas pela docente do módulo. E penso que dentro das nossas possibilidades físicas do serviço, há alguns cuidados espirituais que podemos concretizar. No entanto a essência do cuidar de uma forma holística e sem juízos de valor, em que o enfermeiro deve aceitar incondicionalmente o outro e as suas crenças, penso que nesta área, os objetivos foram alcançados e transmitidos à restante equipa.

Dentro do módulo **Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem**, foi-nos proposto a realização de uma reflexão prática. Ao surgir esta oportunidade de reflexão da nossa prática, dentro dos temas do módulo, podemos também usar o tema numa reflexão espiritual no SU. O tema escolhido foi, *“Espólios no serviço de urgência - uma reflexão prática”*, a reflexão foi feita dentro os objetivos dos módulos lecionados, mostrando que é um tema, um pouco controverso, uma vez

que há uma luta entre o cumprimento de uma norma hospitalar e um direito da pessoa sobre os seus bens. Dentro desta temática e apesar de não explorada, há um cuidar espiritual, ao permitir que a pessoa permaneça com os seus pertences, que o identificam como tal, com a sua identidade singular, mediante as ideias e valores adquiridos. A pessoa expressa a sua vontade mediante atos inteligentes refletidos dentro da cultura em que se insere e obtêm experiência pessoais, que o torna cada vez mais consciente dos seus direitos (Oguisso & Zoboli, 2006). (Apêndice 15)

No **domínio da Gestão dos Cuidados**, sendo chefe de equipa há 14 anos, também facilita este ponto, pois já frequentemente realiza liderança e gestão de cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados realizados. Neste projeto, no fundo, é uma continuidade ao trabalho diário, dando importância à assessoria na preparação de utentes transferidos para outras unidades hospitalares, juntamente com a restante equipa; alocar o enfermeiro que ficará responsável pela transferência; reorganizar a equipa na substituição do enfermeiro que sai; supervisionar em conjunto com o enfermeiro, que todo o material necessário à transferência está disponível e em bom estado; colaborar na preparação do doente transferido e por fim, realizar uma análise crítica do trabalho realizado e do desempenho da equipa multidisciplinar, com negociação constante a soluções eficazes.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, fomos agentes ativos no campo de investigação, usamos a metodologia de trabalho de projeto, aplicando sempre os princípios da investigação em todas as etapas, com o intuito de detetar no serviço um problema abrangente a todos os colegas, ainda não solucionado. Através desta oportunidade académica, vamos contribuir para um novo conhecimento na prática cuidativa e no desenvolvimento na área de investigação, visando ganhos em saúde aos cidadãos. Aplicamos um questionário, tendo em conta todo o percurso ético e deontológico, executada uma entrevista não formal à chefe do serviço, realizada pesquisa bibliográfica que suportavam e justificavam a importância de resolução deste tema. Após a realização do guia provisório, foi feita uma consulta de peritos, com recolha de sugestões e alterações pertinentes, relacionadas com a melhoria e funcionalidade

do guia. Depois das alterações feitas, realizamos uma ação de formação, com o objetivo de promover conhecimento, colocando à disposição de toda a equipa o guia final, facilitando o seu uso diário. Por fim, criação de indicadores de avaliação, juntamente com a responsável de serviço e restante equipa, que pretendemos vir a atingi-los após 6 meses, de colocação do guia em prática clínica.

Nesta aquisição de competência, há que ser mencionado todo o conhecimento adquirido dentro do módulo lecionado de **Supervisão de Cuidados**, onde todo o processo de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica foi refletido e justificado, com a formulação de problemas complexo, expostos em sala de aula, com a formulação de diagnóstico segundo a classificação CIPE, com identificação de resultados esperados, segundo a mesma classificação, e por fim, a nossa intervenção e tomada de decisão, com fundamento teórico e raciocínio crítico.

A supervisão de cuidados será um processo formal de aprendizagem e de suporte, no desenvolvimento integrado de competências, através da responsabilidade, promoção da qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em situações de alguma complexidade (Abreu, 2003). Neste sentido a supervisão de cuidados, ajudou na esquematização de orientações com vista a um propósito, assim como na capacidade de refletir e justificar para cada tomada de decisão, na realização das intervenções. Em sala de aula foi-nos proposto, em grupo, a reflexão de um caso de cuidados de enfermagem complexo, com a tomada de decisão no âmbito do Processo de Enfermagem (Apêndice 16).

A supervisão de cuidados veio facilitar a estrutura o conceito de cuidado, através de uma análise profunda, durante o ato profissional do enfermeiro, na sua práxis diária. Assim referente à preparação e prestação dos cuidados ao doente crítico que é transferido para outra unidade hospitalar, a estrutura é feita da mesma forma, assim como a tomada de decisão é refletida e justificada (Deodato, 2010).

2.7.2. Competências específicas do enfermeiro especialista

Segundo o artigo 4º do regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, aprovado pela Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, são:

- *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;*
- *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;*
- *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (OE, 2010)*

Na aquisição da primeira competência específica: ***Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica***, pensamos tê-la desenvolvido ao longo da realização do PIS, uma vez que foi criado um guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico. Todo o processo teve como objetivo geral, a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico e como objetivo específico, a prestação de cuidados durante o transporte inter-hospitalar a doentes críticos, de forma segura e sistematizada. Como a nossa prática é baseada numa teoria mais benéfica para a pessoa, pois fornece uma perspetiva sistemática de raciocínio, com pensamento crítico e tomada de decisão. Nesse caso foram prestados cuidados na sala de reanimação, sob o enquadramento da Teoria da Incerteza de Mishel, com o intuito de concretizar um guia de transporte de doente crítico e coloca-lo em prática com a prestação cuidados à pessoa em situação crítica, transferida para outra unidade hospitalar.

Objetivo concretizado na implementação do guia final, com os seguintes capítulos: Mobilização e imobilização do doente crítico; Ventilação mecânica no transporte do doente crítico; Farmacologia no transporte de doente crítico; Incidentes, acidentes e problemas potenciais, e qual a sua resposta; Abordagem geral do doente politraumatizado; Traumatismo crânio encefálico; Traumatismo vertebro-medular; Gravidez; Queimado e por fim, Procedimentos especiais e manobras de suporte avançado de vida (SAV) durante o transporte.

Através da realização deste guia, atingimos a unidade K1.1 “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica”, através da contribuição da temática lecionada no módulo **Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica**, onde adquirimos conhecimento das intervenções de âmbito especializado a prestar às pessoas/famílias com problemas decorrentes da falência multiorgânica e capacidade de planeamento de cuidados específicos.

Desenvolvemos esta aprendizagem adquirida, no PIS e PAC, pois ao cuidar de o doente crítico transferido, definido como *“aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”* (SPCI e OM, 2008, p.9) ou como *“um quadro clínico complexo, acompanhado nos casos mais graves, de falência respiratória, cardíaca e cerebral. Frequentemente a sua sobrevivência depende dos meios avançados de monitorização e terapêutica”* (Cunha, 2000, p.42-43). Há uma lista de exemplos de doentes críticos onde se incluem: traumatismo crânio-encefálico moderado a grave; traumatismo vertebro-medular; politraumatizados graves; hemorragias; tumores e abscessos cerebrais com deterioração do nível de consciência; angina instável; enfarte agudo do miocárdio; disseção aórtica e queimaduras graves. (Faia e Silva refere Torres, 2008).

Nesta unidade de competência, também nos deparamos com doentes do foro cardíaco, com descompensação hemodinâmica, que requerem cuidados específicos. À prestação de cuidados nestas pessoas com este tipo de patologia, houve um contributo benéfico do módulo **Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Problemas Cardiovasculares**, onde teve como objetivo, atingido a identificação e fundamentação dos diagnósticos de enfermagem à pessoa com problemas cardiovasculares e por consequente a sua intervenção.

A doença coronária (DC) é a mais prevalente das patologias cardiovasculares (Moreno referenciada Chaves e André, 2011).

Segundo a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) foi criada pelo Despacho nº 13377/2011, de 23 de Setembro, que decretou, para que seja eficaz, a reposição da circulação coronária deverá efetuar-se no menor espaço de tempo após o início dos sintomas, não devendo ultrapassar a janela terapêutica das quatro a seis horas. As Vias Verdes são sistemas de resposta rápida, com algoritmos clínicos de

avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico. Assim cabe aos SU, desempenhar um papel específico, na cadeia de resposta, de modo reduzir morbi-mortalidade (CRRNEU, 2011). Segundo o mesmo grupo, as vias verdes, iniciam-se no local do evento ou da apresentação dos sintomas, isto é, que os sistemas hospitalares garantam a continuidade e a integração de cuidados.

Os Síndromes coronárias agudas (SCA) são a causa mais frequente de disritmia maligna a que se pode seguir a morte súbita e têm como principal sintoma a dor torácica, mas a classificação é baseada no electrocardiograma (European Resuscitation Council, 2010):

- SCA com elevação do ST – reflete geralmente uma oclusão coronária total aguda, irá desenvolver um enfarte agudo do miocárdio (EAM). O objetivo terapêutico é conseguir uma reperfusão rápida, completa e mantida através de angioplastia primária ou terapêutica fibrinolítica
- SCA sem elevação do ST – podem apresentar depressão do segmento ST persistente ou transitória ou inversão da onda T, ondas T planas, pseudo-normalização das ondas T ou ausência de alterações no ECG. O diagnóstico inicial é baseado na medição das troponinas, deverá ser posteriormente qualificado em EAM sem elevação do ST ou angina instável.

No tipo de tratamento, de reperfusão por Angioplastia Primária, segundo dados estatísticos da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2011), houve em 2010, 2838 casos de procedimento com Angioplastias Primárias, a nível nacional e 184 a nível do Algarve. Uma vez que o nosso serviço é um SUMC, com carência de sala de hemodinâmica, há necessidade de transferir doente com EAM com elevação do segmento de ST, para o outro hospital na mesma região, com capacidade de reperfusão. Num estudo realizado em 2010, foram transferidos cerca de 100 utentes (CHBA, 2010).

No questionário aplicado na fase de diagnóstico foi questionado, *Há quanto tempo faz via verde coronária?* Apenas cerca de 15% dos enfermeiros da equipa, não faz transferência de doentes por Via verde coronária. Aos que fazem acompanhamento, foi questionado:

- *Tem conhecimento do material existente no interior da ambulância de Via Verde?* Nesta questão cerca de 98%, refere que tem conhecimento do material existente no interior da ambulância que o hospital tem disponível para dar apoio às transferências de Via Verde Coronária.
 - *Concorda com a sua disposição?* Cerca de 84% dos enfermeiros concorda com a disposição do material existente na ambulância de via verde coronária, no entanto, ainda 16% tem uma opinião diferente.
- Dos que discordam da disposição do material existente no interior da ambulância, as principais sugestões são: alteração da disposição do material que melhore a acessibilidade, disponho-lo por prioridades e a sua sinalização, facilitando a sua abordagem se necessário.

De modo a melhorar estes aspetos, e de acordo com o proposto na fase de execução do projeto, foi alterado a parte funcional da ambulância, assim como da disposição da mala disponível para as transferências de doentes por via verde coronária. Estas alterações tiveram como base pesquisa bibliográfica, que melhora a nossa intervenção ao doente coronário.

Outra unidade de competência trabalhada, foi a K 1.3 “ Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”, muito intervencionada durante o estágio. O módulo ***Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor*** veio dar importância na compreensão da complexidade do fenómeno dor e na discussão das intervenções de enfermagem à pessoa com dor.

Esta temática foi abordada na realização do PIS, onde foi criado um capítulo, dentro do guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, relacionado com a importância de dor aguda durante o transporte, com o título Farmacologia no transporte de doente crítico e com o subcapítulo sedo-analgesia.

Neste sentido é necessário perceber que a dor, é um fenómeno universal, vivenciado por todas as faixas etárias, independentemente do nível socioeconómico. A compreensão do controlo da dor passa por entender que há duas componentes que influenciam a dor aguda: o estímulo efetivo da pessoa e a sua interpretação cognitiva e emocional a esse estímulo (Trautman mencionado em Sheehy's, 2001). O processo de tratamento da dor envolve uma constante

avaliação, desde o tipo, a intensidade, a localização e as causas e é fundamental perceber que esta avaliação muda de indivíduo para indivíduo (Kazanowski & Laccetti, 2005).

Ao enfermeiro é fundamental a avaliação e despiste de alterações fisiológicas decorrentes da dor e mal-estar, que após a sua detecção há uma série de intervenções para alívio da dor: a necessidade farmacológica (analgésicos, opióides e anestésicos), que passa pela gestão e prescrição médica; o uso de técnicas não farmacológicas (relaxamento, o toque, a massagem, o uso de calor, a imaginação guiada, mudanças de posição) de combate à dor e referência a aspetos culturais e religiosos, que podem influenciar no alívio da dor (Kazanowski & Laccetti, 2005).

O nosso principal objetivo não será só o alívio da dor, mas principalmente a prevenção da dor, uma vez que se trata de doente crítico e tendo conhecimento que a dor influencia o comportamento fisiológico (alteração do pulso, da respiração, agitação e da pele) ou outros fatores importantes na sua estabilização, para um transporte seguro.

Quando falamos de dor aguda, referimos à duração da dor e não à sua intensidade, neste sentido, há aspetos que podem ser benéficos no seu tratamento, pois geralmente conhece-se a causa da dor, e ao intervencionar na causa, o seu alívio pode ser rápido e detetável precocemente (Kazanowski & Laccetti, 2005), logo é mais fácil de ser controlada.

Por fim a última unidade de competência trabalhada foi, K 1.4 “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”, com o auxílio do módulo **Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família**, veio aprofundar os conceitos de família e de crise com vista a uma intervenção especializada aquando da ocorrência episódios geradores de situações de crise com impacto familiar.

Como enfermeiros a complexidade da nossa tarefa não reside apenas no aspeto técnico dos cuidados, mas sobretudo em toda a dimensão relacional e humana. Diariamente deparamo-nos com situações de crise, com diferentes maneira de contorná-las, tanto no nosso comportamento como na relação com a pessoa/família que sofre essa crise.

Tendo a noção que em cada família, independentemente da sua estrutura, há um equilíbrio, em que cada membro tem o seu lugar. Numa situação de doença essa homeostasia é quebrada, implicando uma mudança (Moreira, 2001). Assim a doença, é um acontecimento stressor, que produz efeitos no indivíduo e família (Martins, Ribeiro & Garret, 2003). Quando surge uma doença, seja ela crónica ou aguda, a situação do indivíduo doente, passa a ser coletiva e toda a família está doente. Assim, toda a família precisa de um momento de reajuste que deve ser rápido, criando resoluções temporárias, mudança de papéis, para se fazer fase a esta nova situação familiar (Moreira referenciado Bonilla, 2001).

O papel de cuidador informal ao longo do tempo vai interferindo em aspetos da vida pessoal, familiar, laboral e social, levando muitas vezes a situação de crise, manifestando sintomas como: tensão, fadiga, stress, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da auto-estima entre outros. Esta sobrecarga pode levar a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar da pessoa e do seu cuidador (Martins, Ribeiro & Garret referenciam George & Gwyther, 2003). No entanto esta situação também integra aspetos positivos gerados pela solidariedade, proximidade e intimidade (Martins, Ribeiro & Garret mencionam Paúl, 2003).

O indivíduo deverá adotar novos modos de resposta para superar a crise, isto é, deve mobilizar capacidades de coping, que poderão conduzir a uma adaptação positiva, ou então, a um ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas (Martins, Ribeiro & Garret mencionam Endler & Paker, 2003).

Surge então, o conceito de necessidade, ou seja, de desejo, de algo que precisamos. Juntamente surge a motivação em satisfazer as nossas necessidades, e como alguns autores referem, há uma hierarquia proposta em relação às necessidades fundamentais (Moreira refere Maslow, 2001). Elevar-se a ideia de cinco categorias, como as necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença, estima e por fim de realização pessoal. Nesta perspetiva em relação aos cuidados de enfermagem, há que cuidar do indivíduo na sua globalidade, em todas as suas dimensões, com o intuito de satisfazer as necessidades fundamentais quando estes não são capazes de o fazer (Moreira, menciona

Phaneuf, 2001). Neste sentido a família, faz parte dessas necessidades, sendo ela o pilar do indivíduo doente, esta deve ser também cuidada e motivada.

Este módulo contribuiu na reflexão e prática de urgência/ emergência, mais relacionada com a transferência de doente crítico, com o intuito de solucionar essa necessidade. Como o enfermeiro desenvolve um juízo clínico que fundamenta numa tomada de decisão essencial ao cuidado individualizado a prestar à pessoa/família (CIPE mencionado OE, 2010). O que se observa na maioria das vezes, é a desvalorização da presença familiar. Para colmatar esta falha, no PIS e PAC, fomentamos a visita na reanimação e a importância da informação à família, colocando em chek list, pelo risco de ser posto de parte. Nesta fase inicia-se o período de reajuste familiar, assim como a criação de mecanismos de coping, para lidar com esta situação de crise.

Na aquisição de uma outra competência: ***Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.*** Também a desenvolvemos no PIS, uma vez que haverá no guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, um capítulo sobre o transporte de doente infetado/colonizado. Temos então como objetivo geral, a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico na prevenção e controlo da infeção e como objetivo específico, a prestação de cuidados durante o transporte inter-hospitalar a doentes infetados, com normas de controlo de infeção. Para isso, proporcionamos tempo de estágio, para esclarecimento de dúvidas, com o elo de ligação à CCI, e após a criação do protótipo inicial do guia, foi colocado à consideração da CCI, retomando com algumas alterações que foram efetuadas, assim o título, foi alterado de “Transporte do doente crítico infetado”, para “Transporte do doente crítico infetado/colonizado”. Feita pesquisa bibliográfica através da internet, como por exemplo “*Orientações para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia*”, do programa Nacional de controlo de infeção, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; “*Precauções de Isolamento*” disponíveis no departamento de Saúde Pública, da ARS do Algarve; “*Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*”, da Direção Geral de Saúde (DGS); através do livro “*Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção e Controlo. (2º ed.)*” de M. Martins e do manual

Surviving Sepsis Campaign do Curso de Sépsis e Infecção grave; e por fim através das normas hospitalares disponibilizadas pela CCI do hospital em causa.

Na aquisição desta competência, foi-nos de muito útil o módulo lecionado ***Cuidados ao Cliente com múltiplos Sintomas/Controlo e Prevenção Infecção***, onde adquirimos conhecimentos das áreas de intervenção do controlo de infeção, elaboração de normas e auditorias de controlo de infeção.

É de extrema importância conhecer que a infeção resulta da interação do agente infeccioso com o hospedeiro, formando-se a cadeia de infeção: agente (bactérias, fungos, vírus e parasitas) – transmissão (pode ser de forma direta ou indireta) - hospedeiro (geralmente o doente, mas pode ser o profissional ou familiar). O controlo da infeção consiste na quebra desta cadeia (Martins, 2001). Segundo a mesma autora, as transferências de doentes infetados para outras unidades, são um grave problema, uma vez que essas pessoas já foram submetidos a tratamentos antimicrobianos e estão frequentemente colonizados/ infetados por microrganismos com resistência elevada. Neste sentido é fundamental distinguir o tipo de infeção, quais as medidas de contenção e quais as possíveis vias de transmissão, de modo a quebrar a cadeia.

Ao perceber o processo de transmissão, com indicação da DGS, houve uma divulgação de normas de orientação clínica de promoção de boas práticas, que determinam as regras de execução dos cuidados de saúde: as precauções básicas e complementares de prevenção e controlo de infeção; diversos tipos de isolamento, regras para o acolhimento e circulação de doentes com infeção; política de higiene do ambiente; política de descontaminação de dispositivos médicos e equipamentos; condições de assepsia; higiene e segurança de utentes e dos profissionais de saúde, do modo a prevenir a transmissão cruzada da infeção e outros riscos (DGC, 2007).

Após realizado o guia final, foi feita divulgação através da formação em serviço e foram criadas de condições de transporte a doentes críticos infetados, na prevenção e controlo da infeção, face às diferentes vias de transmissão.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

De forma transversal ao desenvolvimento do PIS, foi-nos proposto a realização de um PAC, que tem como âmbito a aquisição/aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou em risco de falência de uma ou mais funções vitais e para sobrevivência necessita de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Exige observação, colheita e procura contínua de alterações, deteção precoce, monitorização e avaliação, com o objetivo de manter as funções vitais, evita complicações, com vista na recuperação total da pessoa (OE, 2010).

Segundo o mesmo artigo 4º do regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, aprovado pela Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, para além das mencionadas acima e referidas no capítulo anterior, falta a aquisição da competência: ***Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção*** (OE, 2010). Para isso, todas as atividades para a aquisição esta competência, serão concretizadas durante os estágios, a realizar no SUMC, do mesmo hospital.

Nesta competência pensamos ter adquirido através da ligação com os elos de reestruturação do Plano de Emergência Externo (PEE) realizado no hospital e serviço. Plano elaborado em 2004, pela Comissão de Catástrofe nomeada pelo CA e reestruturado em 2010, no entanto, há uma lacuna, que nos propomos a colmatar, dentro do PAC.

3.1. PLANEAMENTO E CRONOGRAMA INICIAL

No Planeamento do projeto, para aquisição desta competência, vamos através de cada objetivo específico delinear as atividades pretendidas de modo a operacionalizar o PAC, identificando quais os profissionais com quem vamos

articular, menciona-se os recursos materiais de que iremos precisar, e por fim, expor os indicadores de avaliação. O cronograma das atividades planejadas será apresentado em anexo (Apêndice 17).

OBJETIVO GERAL: Adquirir competências no âmbito da prestação de cuidados em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar um capítulo referente à organização/ gestão dos recursos humanos no PEE do SU.
2. Divulgar situações de catástrofe que possam ocorrer e quais os procedimentos a efetuar, nomeadamente a parte da gestão dos recursos humanos

1º OBJETIVO ESPECÍFICO: **Elaborar um capítulo referente à organização/ gestão dos recursos humanos no PEE do SU.**

Para concretizar este objetivo as atividades/estratégias a desenvolver serão:

1. Pesquisa bibliográfica, sobre catástrofe;
2. Pesquisa bibliográfica sobre recursos humanos e trabalho em equipa;
3. Conhecimento do plano de emergência existente no serviço e sua articulação com os meios do exterior;
4. Entrevista com os elos de ligação e os elementos que elaboraram o PEE;
5. Criação de um protótipo com atribuição de funções a cada elemento, numa situação de catástrofe;
6. Distribuição do protótipo pelos elos de ligação, Enfª orientadora, responsável do serviço e professora;
7. Recolha de sugestões e reformulação do protótipo;
8. Elaboração final do capítulo.

Os recursos humanos com quem vamos articular nesta fase do planeamento serão: Elo de ligação aos elementos que reestruturaram o PEE do hospital; a Enf^a responsável do serviço e os enfermeiros do SU.

Os recursos materiais de que vamos precisar: material de apoio informático; papel e dossier.

Os indicadores de avaliação das actividades delineadas são: Expor o conteúdo da entrevista aos elos de ligação e apresenta o capítulo referente à organização/gestão dos recursos humanos

2º OBJETIVO ESPECIFICO: Divulgar situações de catástrofe que possam ocorrer e quais os procedimentos a efetuar, nomeadamente a parte da gestão dos recursos humanos.

Para concretizar este objetivo as atividades/estratégias a desenvolver serão:

1. Pesquisa bibliográfica sobre o tema;
2. Divulgação da sessão de formação;
3. Planeamento de uma sessão de formação, sobre de situações de catástrofe possíveis e quais os procedimentos a efetuar;
4. Realização da sessão de formação;
5. Avaliação da sessão de formação, por questionário.

Os recursos humanos com quem vamos articular nesta fase do planeamento serão: Elo de ligação aos elementos que reestruturaram o PEE do hospital; a Enf^a responsável do serviço; os enfermeiros do SU e a responsável pela formação.

Os recursos materiais de que vamos precisar: Apoio informático (com retroprojektor); sala de reuniões para a sessão; slides aprovados (pela orientadora e professora); questionário de avaliação sobre a sessão de formação; esferográficas; papel e dossier.

Os indicadores de avaliação das atividades delineadas são: Apresentação dos cartazes de divulgação da sessão de formação; apresentação do planeamento da sessão de formação; apresentação dos power point e apresentação da avaliação a sessão (questionário realizado).

3.2. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E CRONOGRAMA FINAL

Na fase de avaliação, através da aplicação de instrumentos de avaliação, que vão sendo abordados à medida que os objetivos específicos, vão sendo expostos. O cronograma final das atividades realizadas será apresentado em apêndice (Apêndice 18).

Passamos então a enunciar os objetivos específicos delineados e quais as atividades executadas, de modo, concretizar cada um deles. No fim, identificamos quais os recursos humanos e materiais utilizados, assim como os indicadores de avaliação.

1º OBJETIVO ESPECÍFICO: Elaborar um capítulo referente à organização/gestão dos recursos humanos no PEE do SU.

Para concretizar este objetivo as atividades/estratégias a desenvolver foram:

1. Pesquisa bibliográfica, sobre catástrofe:

1.1. Pesquisa bibliográfica, através dos aportes dados em sala de aula; através do apoio da Comissão de Catástrofe do hospital em causa, com alguns documentos disponibilizados pelos profissionais responsáveis; por pesquisa de dissertações anteriores, sobre a temática em causa; uso de livros disponíveis na biblioteca da escola e bibliotecas municipais de Portimão e Lagoa; pesquisa por manuais, como por exemplo: *ATCN- Advanced Trauma Care for Nurses*; *TNCC – Trauma Nursing Core Course*; *Manual de Atención a múltiples víctimas y Catástrofes*; *Manual de Medicina de Catástrofe*, disponibilizado pelo INEM e *Catástrofe e Atendimento a Múltiplas Víctimas do Manual de Atendimento Pré-Hospitalar*.

2. Pesquisa bibliográfica sobre recursos humanos e trabalho em equipa;
 - 2.1. Através de algumas dissertações, como por exemplo, a Tese de Doutoramento em Psicologia do Trabalho e das Organizações. *O Impacto da Gestão de Recursos Humanos na Performance Organizacional*, por Ana Veloso e do livro *Recursos Humanos- O capital humano das organizações* de Chiavenato Idalberto.
3. Conhecimento do plano de emergência existente no serviço e sua articulação com os meios do exterior, apesar de não aprovado está disponível para consulta;
4. Entrevista com os elos de ligação e os elementos que elaboraram o PEE. Entrevista que não foi realizada como previamente planeada, houve apesar uma conversa informal, com as necessidades acrescidas ao plano. Foi detetado uma necessidade de pesquisa da forma de contato os elementos necessários nas fases de alarme, se por mensagem ou por chamada, uma vez que não há bibliografia que suporte esta escolha. Neste sentido propusemos a fazer esse estudo, na altura do simulacro;
5. Criação de um protótipo com atribuição de funções a cada elemento, numa situação de catástrofe; Protótipo criado dentro do prazo previsto em planeamento;
6. Distribuição do protótipo pelos elos de ligação, Enfª orientadora, responsável do serviço e professora; protótipo distribuído via email a todos os elementos inicialmente propostos, dentro do prazo estipulado;
7. Recolha de sugestões e reformulação do protótipo; dado cerca de quinze dias para a recolha de sugestões e reformulação de algum aspeto. Durante este período não houve qualquer alteração ao protótipo.
8. Elaboração final do capítulo (Apêndice 19).

Os recursos humanos com quem articulamos na fase de execução foram os inicialmente proposto: os elos de ligação ao PEE do hospital; a Enfª responsável do serviço e os enfermeiros do SU.

Os recursos materiais de que precisamos foram: material de apoio informático; papel e dossier.

Os indicadores de avaliação das atividades delineadas foram parcialmente cumpridos, com a apresentação final do capítulo, ficando disponível para consulta. A exposição do conteúdo da entrevista aos elos, não foi possível ser apresentada, porque a entrevista formal, inicialmente proposta, não se concretizou, apenas houve contatos informais, ou seja, exploratórios, de recolha de dúvidas e sugestões.

2º OBJETIVO ESPECIFICO: Divulgar situações de catástrofe que possam ocorrer e quais os procedimentos a efetuar, nomeadamente a parte da gestão dos recursos humanos.

Para concretizar este objetivo as atividades/estratégias utilizadas foram:

1. Pesquisa bibliográfica: Formação, divulgação e método expositivo, através de livros do Instituto para a Inovação na Formação; dissertação para grau de mestre, sobre Comunicação Educacional Multimédia da Universidade Aberta; livros das coleções “Formar Pedagogicamente” e “Revistas Formar”, pelo autor Mão de Ferro, edição IEFP.
2. Colocação de um cartaz informativo de uma situação de catástrofe e de ativação do plano de emergência externa, com intuito de testar a chamada de elementos ao serviço, na fase de alarme. Feita sessão de formação surpresa realizada dez dias depois da divulgação do cartaz (Apêndice 20);
3. Realização da sessão de formação surpresa, no auditório do hospital, às 16 horas do dia 09/06/2012, com ativação de toda a equipa de Enfermagem e dos Assistentes Operacionais (AO). Com o propósito de avaliar a melhor forma de contato, ou seja, se as pessoas respondem melhor à mensagem pré-definida ou à chamada, foi dividida a equipa, onde metade recebeu chamada direta pela telefonista e a outra metade, a mensagem enviada pelo Gabinete de apoio ao utente.

A equipa de enfermagem, mais precisamente 58 enfermeiros, 29 elementos receberam uma mensagem e os restantes 29 receberam uma chamada. De todos os elementos contactados apenas 19 enfermeiros apareceram ao ponto de encontro previamente informado, perfazendo um total de 32,78%. Na equipa de AO, mais precisamente 22 AO, 11 elementos receberam uma mensagem e os restantes 11 receberam chamada. De todos os elementos

contatados apenas 14 AO apareceram ao ponto de encontro previamente informado, perfazendo um total de 63,64%. No total responderam 33 profissionais dos 88 contatados, perfazendo um total de 40,24%.

Dos profissionais que responderam à chamada ou à mensagem, os valores foram muito próximos, foi questionado aos presentes o que achavam ser mais funcional, com resposta imediata de 97% à chamada (Apêndice 21);

6. Em relação à avaliação da sessão, uma vez que seria uma simulação de um caso em sala de aula, era benéfico compreender a aprendizagem adquirida após a informação transmitida. Assim no fim da exposição do capítulo, através de 35 slides (Apêndice 22) e uma apresentação com cerca de 60 minutos. Foi realizado um teste avaliativo, em grupos de duas pessoas através das informações projetadas em sala, com questões relacionadas com as diferentes fases e procedimentos a ter, numa situação de ativação do plano de emergência externa. Realizado em cerca de 30 minutos, com resultado final de 85% valores de média. Resultado bastante positivo, com aquisição de conhecimento em relação à organização e gestão dos recursos humanos do SU em caso de ativação do PEE do hospital em causa (Apêndice 23).

Os recursos humanos com quem articulamos nesta fase da execução foram, os inicialmente propostos: Elo de ligação aos elementos ao PEE do hospital; a Enf^a responsável do serviço; os enfermeiros do SU e a responsável pela formação.

Os recursos materiais de que precisamos: material informático e retroprojektor; a sala usada foi o auditório, pelo número previsto de elementos a assistir; slides aprovados (pela orientadora e professora); ficha avaliativa dos conhecimentos adquiridos na formação; esferográficas; papel e dossier.

Os indicadores de avaliação das atividades foram: Apresentação do cartaz de divulgação de uma situação de catástrofe com necessidade de ativação do PEE; estudo de avaliação ao modo de ativação dos profissionais e sua análise posterior; apresentação do planeamento da sessão de formação; apresentação dos power point e apresentação da avaliação à sessão, através de uma ficha

avaliativa (questionário realizado). Colocação do capítulo em dossier, disponível e em acesso a pesquisa, no entanto, todo o PEE continua em fase de aprovação pelo CA.

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE

Todo o nosso percurso profissional foi concretizado, na aquisição de novas competências que nos permitiram ser elementos chaves desde a concepção/gestão/execução e na supervisão dos cuidados de maior complexidade, refletindo numa dimensão ética e deontológica da profissão. Neste sentido a frequência de um curso de Mestrado, tem como objetivo contribuir para o progresso da profissão, sustentado em estudo de evidência, com contribuição benéfica no desenvolvimento dos saberes teóricos e na prática de enfermagem médico-cirúrgica, ou seja, com o intuito de obter um conhecimento aprofundado no domínio do enfermeiro especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas respostas humanas aos processos de vida, na saúde e/ou na doença, através de tomada de decisão com um julgamento clínico corretamente justificado, planeado e executado (OE, 2007).

Dentro das competências do mestre, pensamos ter atingido o objetivo descrito acima, contribuído com a criação de um projeto, que aprofunda conhecimento e melhor a qualidade da prestação dos cuidados, baseado na evidência, com a metodologia de trabalho de projeto.

Na competência ***“Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”***, penso que demonstramos competência clínica específica, uma vez que trabalho, há 14 anos num SU como chefe de equipa, conhecendo a realidade do serviço e suas necessidades. Dentro do papel de chefe de equipa de enfermagem, uma das funções passa por desenvolver ações e estratégias no sentido de facilitar o trabalho em equipa visando o seu melhor desempenho no tratamento da pessoa em situação crítica. Para isso, há que facultar uma correta avaliação da necessidade da pessoa, encaminhar num correto circuito no serviço através de uma tomada de decisão conscienciosa e justificada, permitindo uma resolução mais eficaz à necessidade expressa, que numa situação de urgência, será muitas das vezes complexa.

A supervisão clínica em Enfermagem é considerada como uma ferramenta básica para o sucesso e qualidade dos cuidados (Dias, 2010). Como um processo que tem como objetivo analisar uma situação/ problema, com o

intuito de refletir na decisão tomada, ou seja, após identificação dos problemas e análise de resolução, possibilita a revisão das decisões tomadas e dos atos concretizados, com clarificação metodológica (Deodato, 2010).

Ao liderar uma equipa, adota-se um papel de consultor, esclarecedor e com iniciativa para a tomada de decisão. É feita uma avaliação, atribuído um diagnóstico de enfermagem, e suas respectivas intervenções. No SU, o trabalho é muito realizado através de uma equipa multidisciplinar, o que permite uma comunicação entre profissionais que facilita e oferece ao individuo uma qualidade na prestação dos cuidados, neste sentido ao reconhecermos e compreendermos os diferentes e interdependentes papéis e funções, há uma melhor referenciação dos cuidados, quando estes excedem a área de atuação de Enfermagem.

Simultaneamente, no aperfeiçoamento desta competência, a pesquisa bibliográfica realizada relativamente ao tema de emergência multi-vitimas ou catástrofe, foi fundamental para a realização do capítulo “Organização/gestão dos recursos humanos no plano de emergência externo do SU” e na divulgação de situações de catástrofe que possam ocorrer e quais os procedimentos a efetuar, ambos realizados no PAC. Deste modo, todo o desenvolvimento nesta competência tem um papel importantíssimo, na pratica diária como Chefe de Equipa de Enfermagem, com a capacidade de dar uma resposta eficaz em situações inesperadas como por exemplo, na receção de múltiplos politraumatizados no SU.

Na competência **“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”**, em relação a esta competência, todo o nosso percurso profissional foi um desenvolvimento e aquisição para esta competência, uma vez, que foi feito um processo de autoconhecimento que nos permitiu consciencializar das necessidades de aperfeiçoamento e de desenvolvimento profissional autónomo. Para colmatar esta lacuna, investimos profissional e pessoalmente, na frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde pensamos vir a retificar a nossa carência de conhecimento. Na práxis diária, com este novo conhecimento auxilia-nos na tomada de decisão com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e com aquisição de um melhor saber, relacionado com pesquisa bibliográfica

fidedigna, garantindo assim, a qualidade e segurança na prestação de cuidados. Neste sentido, a criação de um guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico e/ou o capítulo de organização/gestão de recursos humanos no plano de emergência externa do SU, produzidos por fundamentos teóricos baseados em pesquisas bibliográficas com base em evidência científica e com aplicação de uma metodologia de trabalho de projeto.

Na competência **“Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”**, mais uma vez, pensamos que esta competência foi bem adquirida, pois todo o nosso percurso profissional, foi com base neste aspeto, trabalhando num serviço, com múltiplas equipas com categorias profissionais diferentes. O fato de ser responsável por uma equipa de quinze enfermeiros num serviço complexo, como o SU, dá consciência da necessidade de resolução de alguns problemas em contexto ampliado e multidisciplinar.

Com a realização dos projetos realizados em contexto do curso; o guia de transporte inter-hospitalar do doente crítico e o capítulo de organização/gestão dos recursos humanos no plano de emergência externa do SU, foi necessário articular com uma série de recursos humanos e unidades institucionais, como por exemplo, elo de ligação à CCI, central de transporte, apoio administrativo, elos de ligação ao plano de emergência externo e ao CA.

A atividade profissional dos enfermeiros desenvolve-se em torno de dois eixos: as atividades autónomas e as interdependentes, sendo estas indissociáveis, pois independentemente do tipo de atividade realizada, o enfermeiro toma a decisão e responsabiliza-se por ela. Por exemplo, numa situação de prescrição médica, esta poderá ser da responsabilidade médica, no entanto é o enfermeiro que assegura a administração da terapêutica, logo ele assume a responsabilidade pelos seus próprios atos e pelas decisões que toma (Nunes, 2007).

Neste sentido o aprofundamento de conhecimentos do enquadramento conceptual, dá-nos características na nossa prática de enfermagem baseadas na escolha de uma teoria que seja mais benéfica para a pessoa, pois fornece uma perspetiva sistemática de raciocínio, com pensamento crítico e tomada de decisão (Alligood & Tomey, 2004). Na realização do projeto, ou seja, no desenvolvimento

do PIS direcionado para o tema transporte de doente crítico, foi desenvolvida a teoria de Merle Mishel, Uncertainty in Illness Scale ou TID.

Na competência **“Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”**, todos os módulos lecionados durante o curso vieram, de uma maneira ou de outra, coadjuvar nas estratégias e meios mais adequados à resolução de um determinado problema. De todos os módulos lecionados, houve alguns que nos ajudaram a reforçar a nossa reflexão e análise para decisão, relativamente ao contexto ético, bioético, deontológico, jurídico e cultural.

No módulo **Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos**, foram aprofundadas questões éticas decorrentes da prestação de cuidados em ambiente complexo, refletindo na tomada de decisão em análise ética e deontológica. Assim foi feita uma reflexão de um caso em concreto e complexo, do nosso quotidiano, que nos levou a ter que tomar uma decisão relacionada com o processo vida-morte (Apêndice 24).

Outro módulo, a **Supervisão de Cuidados**, foi uma mais-valia, pois deu-nos uma esquematização de raciocínio científico e de rigor, que nos leva à construção de uma ação, com compreensão de todo o processo de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Em ambos os projetos realizados, esta ferramenta orientadora, foi fundamental, nomeadamente na tomada de decisão em cuidados complexos no transporte inter-hospitalar de doente crítico, através de toda a sua fundamentação dos cuidados prestados.

Na competência **“Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”**, para atingir esta aptidão, foi concretizado através do ciclo de estudo conducente ao grau de mestre, um trabalho de projeto, original e especialmente realizado para este fim (Decreto-Lei nº230/2009, de 14 de Setembro).

Para realização dos dois projetos propostos, ou seja, o de intervenção no serviço e o de aquisição de competências, a metodologia usada foi a mesma. Foi analisado em conjunto com o serviço a intervir, quais os problemas detetados, passíveis de serem resolvidos.

Ao usar a metodologia de trabalho de projeto, o principal objetivo, é a resolução de problemas e aquisição de competências na resolução dos mesmos, através da ligação entre a teoria e a prática, uma vez, que o seu suporte é teórico e posteriormente colocado em prática (Ferrito & *et al*, 2010). Assim foi usado um conjunto de técnicas e procedimentos que permitiram prever, orientar e preparar o percurso que ao longo de todo o projeto.

Na conceção destes projetos, na fase de diagnóstico de situação, foram definidos os problemas quantitativamente estabelecendo-se as prioridades de intervenção. De forma a fundamentar e conhecer a opinião da equipa de enfermagem relacionada com a problemática detetada, foi realizado um questionário, onde tivemos em consideração todos os aspetos éticos envolventes, como pedido formal de autorização à instituição pela aplicação dos questionários e o consentimento informado aos participantes. Para uma maior aceitação do projeto, foi realizado uma análise SWOT, ou seja, foi usada uma ferramenta de gestão utilizada para fazer análise de um cenário, evidenciando a oportunidade de investir nesta temática. Nesta fase, foram definidos os objetivos, gerais e específicos, de forma precisa, sem ambiguidades e com perfeita noção da realidade. Desta forma evitou-se problemas e esforços desnecessários na concretização dos mesmos.

Na fase seguinte, ou seja, a do Planeamento, foi elaborado um plano detalhado com cronograma a seguir que calendariza-se todas as atividades. Colocado por escrito todas estratégias a usar para atingir os objetivos propostos, assim como, os recursos humanos e matérias necessários, e por fim, quais os indicadores de avaliação, das atividades delineadas para cumprir os objetivos.

A etapa da Execução, concretiza-se o planeado no semestre anterior. Nesta fase houve algumas alterações, que foram expostas ao longo do relatório, que no entanto, não comprometeram a realização dos objetivos do projeto. Feito um novo cronograma com as alterações relacionadas com a calendarização.

Na fase de avaliação do Projeto, onde foi necessário recorrer aos instrumentos de avaliação, ou seja, foi colocado o guia de transporte inter-hospitalar do doente crítico em uso, assim como, o capítulo de organização/gestão de recursos humanos, foi acrescentado ao plano de emergência externo do SU. Feita uma proposta de avaliação passados 6 meses,

da utilização, do guia. Feita uma análise das ações de formação, pelo questionário o teste avaliativo, de uma simulação em sala de aula.

Todo o projeto realizado, pensamos vir a colmatar a necessidade expressa pelos profissionais envolvidos, melhorando a qualidade e a segurança de todo o trabalho prestado, quer na transferência inter-hospitalar do doente crítico, quer na organização e gestão dos recursos humanos, numa situação de exceção. Neste trabalho realizado, pensamos ter feito uma análise crítica de todas as competências adquiridas, assim como, tornamos este projeto útil e necessário, facilitando a uma consulta futura, com o intuito de uma melhor compreensão do tema ou com a possibilidade de criar um projeto semelhante. Finalmente concretizado um artigo e colocado em apêndice (Apêndice 25).

5. CONCLUSÃO

Ao chegar a esta fase final do relatório torna-se pertinente realizar uma síntese do trabalho realizado, das temáticas abordadas, efetuar uma análise dos objetivos traçados, apresentar os aspetos facilitadores e constrangedores sentidos durante a realização do relatório e por fim, traçar caminhos futuros.

Começando pela metodologia utilizada, afirmamos com convicção que esta contribuiu para a nossa aprendizagem de uma forma inovadora, passamos a ser “personagens” ativas, dinâmicas na construção de todo o processo de conhecimentos.

Pensamos ter atingido os objetivos pretendidos durante o estágio, dentro da aquisição/aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e das competências do Mestre.

Sendo o relatório um instrumento de avaliação dos estágios, com o intuito reflexão e ferramenta de aprendizagem central e integrador dos aportes teóricos lecionados durante o semestre, pensamos ter atingido o seu propósito. Conseguimos elaborar o PIS; desde o diagnóstico da situação problemática, com a sua contextualização e enquadramento teórico; na fase do planeamento do projeto, com as atividades planeadas; a fase de execução, com a concretização das atividades, devidamente justificadas e a avaliação. Em simultâneo, a criação do PAC, com a exposição da área que trabalhamos, adquirindo as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Na descrição sumária de todo o percurso, começamos pela deteção do problema no serviço que nos levou a direccionar o PIS, com a realização de um guia de transporte inter-hospitalar ao doente crítico. Foi feita uma revisão bibliográfica sobre a temática, com enquadramento teórico e escolha de uma teoria de enfermagem adequada. Para comprovar esta necessidade, foi aplicado um questionário aos enfermeiros do serviço e realizada uma reunião com a chefia. Descrita uma ferramenta de diagnóstico, confirmando que existem mais oportunidades e pontos fortes, que nos levam a investir nesta temática. Determinação de prioridades, objetivos, planeamento, execução e avaliação. Por fim, abordamos o contributo das unidades curriculares lecionadas juntamente com

uma síntese das aprendizagens conseguidas, no decorrer dos estágios e na elaboração do relatório.

Em relação aos aspetos facilitadores na concretização do relatório, foi sem dúvida o fato deste ensino clínico ter decorrido num local de trabalho conhecido, facilitando em diversos aspetos, desde do conhecimento das suas necessidades, dos recursos disponíveis e na facilidade de relacionamento com a restante equipa. Em relação aos constrangimentos, em primeiro lugar a difícil conciliação da vida pessoal, profissional e académica. Por fim o receio de não conseguirmos implementar o guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, uma vez que está dependente, não só da chefia do serviço, mas da administração hospitalar.

Terminamos este relatório com a sensação de crescimento pessoal e profissional, pois tem sido um desafio exigente, com desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade, mobilizando todo o conhecimento prévio e refletindo neste novo contributo, criando um sentimento constante de busca na melhoria do nosso trabalho diário.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra- Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cunha, M. (Novembro de 2000). Actuação do Enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. Sinais Vitais Nº 33, p. 42.
- Deodato, Sérgio (Outubro/ Dezembro de 2010). Supervisão de Cuidados: uma estratégia curricular em Enfermagem. 18, pp. 2-7. Publicações da área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Revista Percursos. Setúbal
- Ferrito, Cândida. (Janeiro/ Março de 2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. 15, pp. 2-37. Publicações da área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Revista Percursos. Setúbal
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Grupo de trabalho de Urgências (2006). *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Hospitais SA.
- Kazanowski, M. e Laccetti, M. (2005). *Dor- Fundamentos, Abordagem clínica e Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Liehr, P. & Smith, M. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Martins, M. (2001). Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção e Controle. (2º ed.). Belo Horizonte: MEDSI.
- Martins, L. (2004). *Beneficência e Não-Maleficência*. Desafios: Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Moreira, I. (2001). *O DOENTE TERMINAL EM CONTEXTO FAMILIAR- Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: FORMASAU.
- Mão-de-Ferro, A. (1992). Método Expositivo. (IEFP, Ed.) *Colecção Formar Pedagogicamente, nº11*.

- Mão-de-Ferro, A. (1993). Métodos e Técnicas Pedagógicas. (IEFP, Ed.) *Colecção Formar Pedagogicamente, nº23*
- Nunes, M. F. (Março 2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing* (219), 7-11.
- Silva, J. (2006). Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do idoso hospitalizado e família. Lisboa: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Código Deontológico. Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, Inserido no Estatuto da OE, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Lisboa.
- Moreno, M. (2011). ENFERMAGEM: UM NOVO OLHAR! Porto: Universidade Católica Portuguesa. Instituto da Ciência da Saúde
- ATCN- ADVANCED TRAUMA CARE FOR NURSES. (2003). Provider manual. Society of Trauma Nurses.
- TNCC- TRAUMA NURSING CORE COURSE. (2000). Provider manual. Emergency Nurses Association (5ªEd). San Diego.
- Abreu, W. (2003). Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde?.Coimbra: Formasau.
- Oliveira, J. (2006). A vivência da Dimensão Espiritual no Cuidar Transpessoal da Pessoa em situação de Doença Crónica – A perspectiva do enfermeiro. Lisboa: UNIVERSIDADE DE LISBOA PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: OE.
- Pacheco, S. & Neves, M. (2004). Para uma Ética da Enfermagem. Coimbra: Desafios
- Ordem dos Enfermeiros. (Abril de 2007). Procedimentos sobre Acompanhamento de doentes em situação emergente. Revista da Ordem dos Enfermeiros (nº25), p. 18-19
- Guerreiro, I. (2010). *PROPOSTA DE REVISÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS*. Lisboa: Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social.
- Regulamento Interno do CHBA. (2010). Orientação técnica de Enfermagem

Nº1/E/OT. Portimão.

- Serrão, D. (1998). Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer. In: Serrão, D. & Nunes, R. Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora
- Santos, M. (2007). TEXTO DE APOIO: A Análise SWOT e a seleção de Prioridades. Évora: Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia "Augusto da Silva".
- Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática. Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Manual do Curso de Transporte do Doente crítico (Terceira Edição ed.). (SPCI, Ed.)
- Vaz, C. E Catita, P. (Setembro, 2000). Cuidar no serviço de urgência. *Nursing* (148), p.14-17
- Watson, J. (2002). Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da Enfermagem. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão Clínica em Enfermagem. II Congresso Ordem dos Enfermeiros
- Oguisso, T; Zoboli, E. (2006). Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Tamboré: Manole.

ELETRÓNICAS

- A Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) foi criada pelo Despacho nº 13377/2011, de 23 de Setembro
<http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>
- Assembleia da Republica. (2005). Constituição da República Portuguesa. Consultado em 15 de Abril 2012 através de
<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- CHBA. (2010). Relatório de contas de 2009. Portimão: CHBA. Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0D49F06C-0A49-425F-A795-2F0C2DE16737/20996/CHBA_Relatorio_e_Contas_20091.pdf

- Confúcio (479 a.C.). Obtido a 3 de Março, em <http://www.citador.pt/frases/citacoes/a/confucio>
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2011), Obtido em 20 de Junho de 2012, em http://www.spc.pt/DL/home/listdestaques/Indicadores_Actividade_das_Vias_Verdes_2010_documento_anexo_2.pdf
- Decreto-Lei n.º 38/92 de 28 de Março. *Diário da República Nº 74 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa. Obtido a 20 de Janeiro, em <http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Bombeiros/DL-38-92-TranspDoentes.pdf>
- Decreto-Lei nº230/2009, de 14 de Setembro. Obtido a 20 de Julho de 2012, em http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/F75608D2-AA1B-47FD-BDE9-32CF53544A73/4630/DL_230_2009.pdf
- Deodato, S. (Outubro- Dezembro, 2010). SUPERVISÃO DE CUIDADOS: UMA ESTRATÉGIA CURRICULAR EM ENFERMAGEM. *Percursos*, nº18, pp.3-7. Acedido em 10 Setembro, 2012, em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1348745574_Parecer%2064_2012%20CNECV%20Medicamentos%20SNS.pdf
- DGC (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa, obtido em 20 de Janeiro de 2012, em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>
- Faia, F. e Silva R. (2008). Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros dos SU Periféricos no transporte do doente crítico, para o SU hospitalar. Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar Região Autónoma da Madeira. Universidade Atlântica – Colégio de Pós-Graduações, Funchal. 108pp. Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de <http://www.citma.pt/Uploads/F%C3%A1tima%20Isabel%20Faia.pdf>
- Gonçalves, V. (2008). Gestão do risco nas organizações de saúde: Percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco. *Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa*. Obtido em 20 de Janeiro de 2012, em <http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/1513/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Gest%c3%a3o%20do%20Risco.pdf>
- Lei n.º 12/97 de 21 de Maio. *Diário da República Nº 117- I Série A*. Assembleia

da República. Obtido a 21 de Janeiro, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18409/25112511.pdf>

- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República Nº 195 – I Série*. Lei de bases da Saúde. Assembleia da República. Obtido a 21 de Janeiro, em <http://dre.pt/pdf1sdip/1990/08/19500/34523459.pdf>

- Martins, T.; Ribeiro, J.; & Garret, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. 4 (1), pp. 131-148. Escola Superior Enfermagem São João, Porto; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; Faculdade de Medicina – Universidade do Porto; Hospital de S. João, Porto *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. Porto. Obtido em 20 de Fevereiro de 2012, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a09.pdf>

- Mateus, Maria (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. V.3 (2), pp. 3-16. Prática pedagógica da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança. *EDUSER: revista de educação*. Bragança. Obtido em 16 de Fevereiro de 2012, de <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/76/50>

- Ministério da Saúde. (2007). Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de Urgência. Rev 3. Obtido em 20 de Novembro de 2012, de <http://www.dgies.min-saude.pt/recursos/publicacoes/recomendacoes/Recomendacoes.Org.Esp.Urgencia.pdf>

- Nogueira, V., Marin, H., Cunha, I. (Volume 3 de 2004). Transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos: A elaboração de um website e de um protocolo de condutas. (C. Saúde, Ed.) Obtido em 10 de Outubro de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/929/92900312.pdf>

- Nunes, L. (1995). O que queremos dizer quando falamos de ética? Acedido em 2 de Setembro, 2012, em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf

- Nunes, L., Renaud, M., Silva, M., Almeida, R. (2010). *Memorando sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade*. CONSELHO

NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. Acedido em 20 de Setembro, 2012, em

http://www.cnecev.pt/admin/files/data/docs/1348745574_Parecer%2064_2012%20CNECV%20Medicamentos%20SNS.pdf

- OE (2010). Linhas de orientação, para a elaboração de catálogos- CIPE. “Guidelines of ICNP”. Obtido em 10 de Julho de 2012, de OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2010). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. Lisboa. Obtido em 4 de Janeiro de 2012, de OE: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematico s1.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer 312/2011. Acompanhamento de doentes. Obtido em 8 de Fevereiro de 2012, de OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer312_2011_CJ.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2010). Regulamento competências comuns do Enfermeiro especialista. Obtido em 4 de Janeiro de 2012, de OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (Novembro de 2010). Regulamento competências específicas do Enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Obtido em 4 de Janeiro de 2012, de OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament oCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

- Pontes, B. (2008). Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM. Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar Região Autónoma da Madeira. Universidade Atlântica – Colégio de Pós-Graduações, Funchal. 74 pp. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de <http://www.citma.pt/Uploads/Bela%20Maria%20Encarna%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Portaria n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro. *Diário da República N.º 70- I Série*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Obtido a 22 de Janeiro, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517->

7DD0DD868290/18405/22352235.pdf

- Portaria nº 402/2007 de 10 de Abril. *Diário da República Nº 70 - I Série*. Ministério da Administração Interna e da Saúde. Lisboa. Obtido a 20 Janeiro, em [http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-](http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18405/22352235.pdf)

7DD0DD868290/18405/22352235.pdf

Direção Geral Saúde (2005) - Carta dos direitos do doente internado. Obtido em de 10 de Setembro de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

- European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation (2010). Resuscitation 81. Obtido a 20 de Junho de 2012, em <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/4/11/1/>

APÊNDICES

**APÊNDICE 1: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CA DO HOSPITAL
PARA A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS**

Ao conselho de Administração do [REDACTED]
[REDACTED] e à Enfermeira Chefe do serviço de
Urgência.

Eu, Sara Miriam Campos Antunes, enfermeira graduada desta instituição, com número mecanográfico 81032, a desempenhar funções no serviço de urgência de adultos e a frequentar o 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a realizar estágios no serviço de urgência e a aplicar a metodologia de projecto no decorrer dos mesmos. Nesta fase de diagnóstico de situação e após entrevista com a Enfª Chefe, surgiu a oportunidade de trabalhar a área de transferência inter-hospitalar de doentes críticos, colmatando assim uma necessidade já existente no serviço.

De forma a justificar a relevância desta área temática para a equipa de enfermagem, construí um pequeno questionário, composto por questões fechadas e abertas que tem como objectivo, conhecer a opinião da equipa acerca dos processos de transferência e dos aspectos a melhorar. Neste contexto, venho pedir autorização a vossa Excelência para aplicar o referido questionário (anexo) aos enfermeiros do serviço de urgência.

Pede deferimento

Portimão, 10 de Outubro de 2011

APÊNDICE 2: CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, declaro que participo de forma voluntária no preenchimento do questionário acerca da pertinência /necessidade de um guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico integração no serviço de urgência do _____

_____. Mais declaro que:

- Fui informado acerca do âmbito, objetivo e autor do estudo, e de que a instituição de ensino promotora do estudo é a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
- Fui informado da garantia da confidencialidade dos dados, sendo que este é o único documento onde consta a minha identificação;
- Autorizo a utilização dos resultados obtidos, no âmbito deste estudo;
- Participo de forma voluntária e esclarecida;
- Sei que posso, caso o entenda, abandonar a participação no estudo em qualquer altura e/ou retirar os meus resultados;
- Posso tomar conhecimento dos resultados, se assim o pretender.
- O questionário composto por 12 perguntas fechadas e por 4 abertas. É de resposta individual e estima-se que demore cerca de 5 minutos no seu preenchimento.

Portimão, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do enfermeiro participante no estudo)

**APÊNDICE 3: QUESTIONÁRIO SOBRE A PERTINÊNCIA DO GUIA
DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO**

O investimento na melhoria da qualidade da assistência quer pré-hospitalar e/ou hospitalar tem vindo a aumentar ao longo dos anos e com ela a existência de doentes mais graves e complexos, nas diversas unidades de saúde. A sobrevivência destes doentes, ou melhoria do seu prognóstico, recorre com alguma frequência ao recurso de outros meios humanos e técnicos mais diferenciados, que não existentes no local de origem, o que justifica a sua necessidade de transferência inter-hospitalar (SPCI, 2008). Tendo esta finalidade fundamental e uma vez que a urgência em estudo é médico-cirúrgica com a inexistência de algumas valências quer do foro médico e cirúrgico, parece haver grande necessidade de transferir doentes críticos para outras unidades hospitalares.

1. Género: ____ F ____ M

2. Idade: ____ anos

3. Há quanto tempo é enfermeiro? ____ Meses

____ Anos

4. Há quanto tempo trabalha no serviço de urgência? _____

5. Há quanto tempo pertence ao grupo que assegura transferências de doentes? _____

6. Há quanto tempo faz Via Verde Coronária? _____

7. Teve algum tipo de integração, na equipa de transferências? ____ sim ____ não

8. Alguma vez sentiu dificuldade na preparação de doentes críticos transferidos?
____ sim ____ não

8.1 Se sim, que tipo de dificuldades?

9. Alguma vez sentiu dúvidas em relação ao material disponível a levar? ____ sim ____ não

10. Alguma vez sentiu dúvidas em relação aos impressos a preencher?
____ sim ____ não

11. Tem conhecimento da existência de uma mala de transferência?
____ sim ____ não

12. Concorda com a sua disposição? ____ sim ____ não

12.1 Se respondeu não, indique algumas sugestões:

13. Se faz transferências de doente de Via verde coronária, responda:

13.1 Tem conhecimento do material existente no interior da ambulância de via verde?
_____sim _____não

13.2 Concorda com a sua disposição? _____sim _____não

13.3 Se respondeu não, indique algumas sugestões?

14. Sente-se seguro em acompanhar doentes críticos para outras unidades hospitalares?
_____sim _____não

15. Pensa que a criação de um guia de apoio de transferências inter-hospitalares a doentes críticos seria pertinente? _____sim _____não

16. Indique por favor sugestões sobre aspectos que possam melhorar o transporte dos doentes em meio inter-hospitalar e que não estejam aqui contempladas:

Obrigada pelo seu tempo dispensado
Enf^a Sara Antunes

APÊNDICE 4: ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Por ser um SUMC, praticamente todos os dias é confrontado com a inexistência de meios técnicos e humanos que possibilitam a prestação de cuidados mais diferenciados, sendo fundamental a transferência do doente. Segundo o relatório de contas do [REDACTED] comparando com os anteriores, tendencialmente o valor das transferências inter-hospitalares têm estado a subir cerca de 0,2%. No ano anterior cerca de 1,4%, ou seja cerca de 1844 utentes foram transferidos para outras unidades hospitalares com maior diferenciação (CHBA, 2010).

Pela frequência de doentes críticos transferidos, pela necessidade expressa dos enfermeiros do serviço e na busca de constante qualidade dos cuidados, optamos pela realização de um guia de apoio ao transporte de doentes críticos.

Comprovando esta necessidade pela obrigação não efetivada pelo serviço de deter um guia de transporte de doentes críticos e após uma pequena entrevista não estruturada com a Enfª Chefe, surgiu esta oportunidade tanto academicamente, como para o serviço.

Foi aplicado um pequeno questionário com cerca de 16 perguntas, com 12 perguntas fechadas de respostas concretas e 4 perguntas abertas em que o inquirido responde livremente (Melim, et al, 2005).

Segundo a OTE Nº1/E/OT do [REDACTED] que refere “... todos os profissionais envolvidos estão obrigados a participar nas transferências de doentes para outros hospitais...” e segundo a mesma orientação que excluí apenas os enfermeiros com mais de 50 anos, as grávidas, com licença de amamentação/ aleitamento, substitutos do Enfª chefe/ responsável ou por motivos de saúde ou outros, que a exclusão seja autorizada pela Enfª Directora. Neste sentido, cerca de 13 enfermeiros foram dispensados de efetuam transferências de doentes críticos: quatro são chefes de equipa, três grávidas, duas em licença de aleitamento, duas em licença de amamentação, uma em licença sem vencimento e uma por doença. Numa população de 71 enfermeiros, apenas 58 prestam cuidados a doentes críticos que são transferidos para outras unidades hospitalares. Colocado o questionário aos restantes 58 enfermeiros que efetuam as transferências, retomando apenas 54 questionários devidamente preenchidos, os outros quatro não preencheram por férias do serviço.

As questões realizadas, passíveis de serem tratadas estatisticamente, foram as seguintes:

Questão 1:

Género

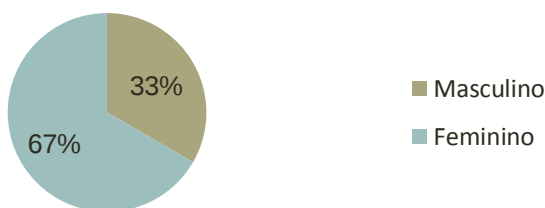


Gráfico 1: Género

É uma equipa composta por 67% (36 enfermeiros) dos elementos no serviço, são do sexo feminino e 33% (18 enfermeiros) do sexo masculino. Torna-se importante perceber a representatividade e caracterização da amostra, uma vez que há maior possibilidade de 67 % da população do serviço que efetua transferência, deixar de o fazer por possíveis pontos de exclusão descritos na norma de orientação técnica, como por exemplo, a gravidez.

Questão 2:

Idade

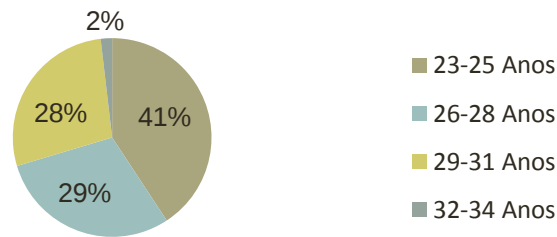


Gráfico 2: Idade

Equipa muito jovem com idades compreendidas entre os 23 e os 34 anos. O grupo mais representativo é o grupo com menor idade, entre os 23-25 anos, sendo cerca de 41% dos elementos do serviço de urgência e o grupo menor com apenas 2%, serão os elementos mais velhos. A média de idade dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência é de 27,48 anos de idade.

Questão 3:

Há quanto tempo é Enfermeiro?

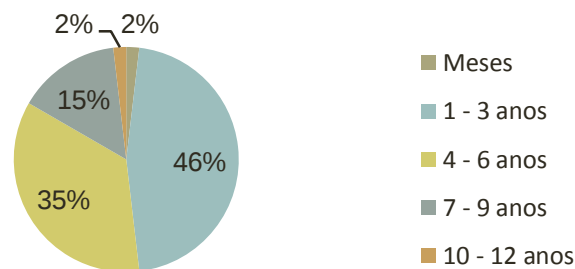


Gráfico 3: Anos de profissão

Feita uma divisão entre cinco grupos que demonstram os anos de profissão de cada enfermeiro. O grupo de meses equipara-se ao grupo com mais tempo de profissão, cerca de 2%. O grupo mais representativo, com cerca de 46%, é o grupo que tem apenas cerca de 1 a 3 anos de profissão. A média existente no serviço tem cerca de 4,09 anos de profissão.

Questão 4:

Há quanto tempo trabalha no serviço de urgência? Este foi o seu primeiro serviço?

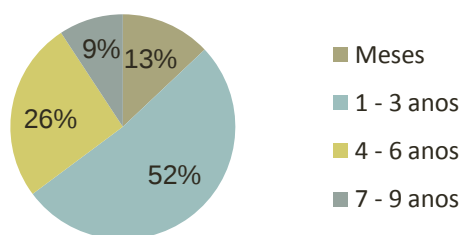


Gráfico 4: Trabalho no serviço de Urgência

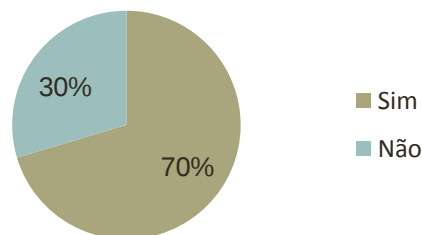


Gráfico 5: Primeiro Serviço

Grupo de enfermeiros que trabalha no SU, dividido por quatro grupos que oscila entre meses e até 9 anos de serviço. O grupo que mais se destaca, com cerca de 54%, é o que tem um a três anos de serviço, que associando ao gráfico 5 cerca de 70 % está na posição de primeiro serviço. A média existente é cerca de 3,18 anos de trabalho no SU.

Questão 5:

Há quanto tempo pertence ao grupo que assegura transferências de doentes?

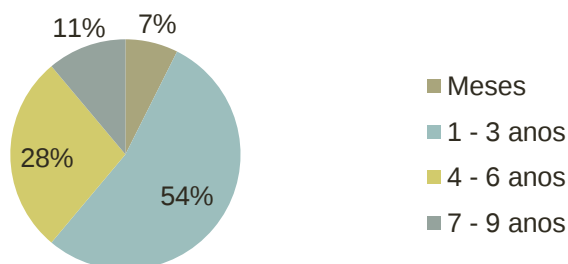


Gráfico 6: Assume transferências

Tendo em conta a norma de OTE do hospital, onde está redigido que todos os enfermeiros do hospital, excepto por indicação da direção de Enfermagem, assumem transferências de doentes, estes colegas já realizavam transferências, mesmo pertencendo a outro serviço. No entanto verifica-se que a maioria, ou seja 54%, são enfermeiros que assumem transferência apenas há cerca de 1 a 3 anos. O menor grupo, são os colegas com mais e menor tempo de serviço, 9% e 13% respetivamente. A média existente no serviço são enfermeiros com 3,40 anos que realizam transferências, quer a trabalhar no SU ou a prestar funções noutro serviço do hospital.

Questão 6:

Há quanto tempo faz VIA VERDE CORONÁRIA?

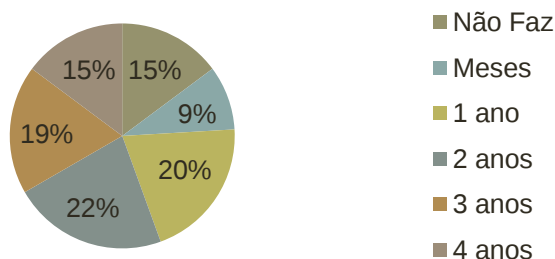


Gráfico 7: Via verde coronária

Colocados seis grupos que oscilam entre, não faz até ao máximo de 4 anos, ou seja desde que se iniciou a via verde coronária no nosso hospital. Do grupo não faz, com cerca de 15% dos enfermeiros do serviço de urgência, cinco dos enfermeiros pertencerem à equipa fixa de transferência de doentes que não efetuam via verde coronária, os restantes são enfermeiros que não adquiriram competência, por falta de integração e/ou por falta de formação de SAV, de modo assumirem este tipo de transferências. Os restantes grupos vão de encontro aos gráficos anteriores, desde o tempo de serviço e ao tempo de profissão, mostrando que o grupo com percentagem maior, cerca de 22% é o de dois anos de transferências de doentes por via verde coronária. A média é de 1,84 anos de transferência de doentes por via verde coronária, para a hemodinâmica do Hospital de Faro.

Questão 7:

Teve algum tipo de integração, na equipa de transferência?

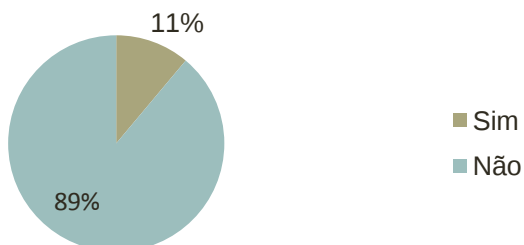


Gráfico 8: Integração

Cerca de 89% dos enfermeiros que assumem transferência inter-hospitalar de doentes críticos, não tiveram integração e os 11% que responderam positivamente à questão, todos eles pertencem ou já pertenceram à equipa fixa de transferência.

Questão 8:

Alguma vez sentiu dificuldade na preparação de doentes críticos transferidos?

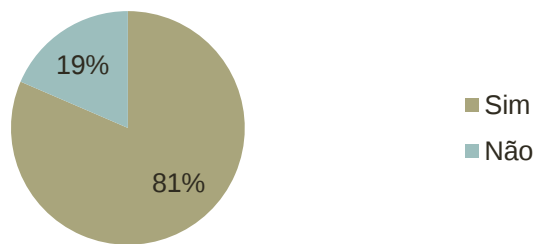


Gráfico 9: Preparação de doentes críticos

Em relação à questão colocada, cerca de 81%, responderam que sim, que sentiram dificuldades na preparação de doentes críticos que iriam transferir. Os restantes 19 % referem, não ter sentido dificuldade na preparação.

Questão 8.1:

Se sim, que tipo de dificuldades?

Sendo uma pergunta aberta, mais uma vez, foi dada liberdade ao inquirido para responder.

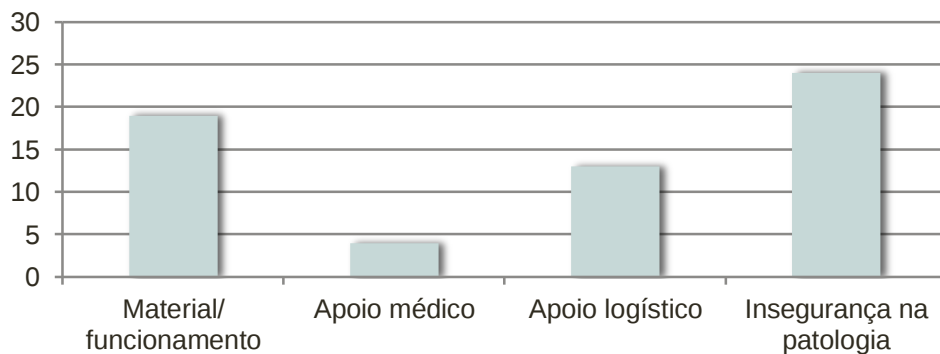


Gráfico 10: Dificuldades

Esta questão era aberta, colocando ao inquirido liberdade na resposta, no entanto e face a saturação de dados, em relação ao tipo de dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação do doente crítico, as respostas limitaram-se a apenas quatro. Desde o material e seu funcionamento, à dificuldade de apoio médico, à falta de noção de apoio logístico e à insegurança no tipo de doente crítico, sua patologia e consequências que possam ocorrer no transporte. Cerca de 24 respostas, sendo esta a mais elevada, referem a insegurança no tipo de patologia dos doentes que acompanham. A dúvida menos mencionada está relacionada com o apoio médico. Colocados apenas alguns exemplos, cerca de dez levam à saturação dos dados:

Material/ funcionamento	1. "... que material a levar..." 2. "... qual o material a levar e se sei funcionar com ele..." 3. "... se as baterias aguentam a viagem..." 4. "... a acomodação do doente na ambulância..." 5. "... como organizar o material e terapêutica a levar..." 6. "... não sabia como funcionava alguns materiais..." 7. "Em relação ao material disponível." 8. "qual o tipo de equipamento" 9. "... o que levar..." 10. "Insegurança na manipulação do material"
Apoio médico	1. "... qual o acompanhamento médico..." 2. "... falta de acompanhamento médico e o doente descompensa..." 3. "... qual o médico que acompanha..." 4. "... será que o médico conhece o material?"
Apoio logístico	1. "... quais os impressos..." 2. "... se não levo os impressos certos e se me faltam documentos..." 3. "Organização da documentação necessária" 4. "... que papéis a preencher" 5. "Burocracias, desde a admissão do doente no destino"
Insegurança na patologia	1. "... se estou preparada a agir da mesma maneira, durante um transporte, se o doente descompensa..." 2. "... se consigo executar alguns procedimentos dentro da ambulância..." 4. "... dificuldade na atuação pela gravidade clínica..." 5. "... Falta de conhecimento nos politraumatizados ou ventilados..." 6. "... como estabilizar hemodinamicamente um doente..." 7. "... ansiedade no cuidar de algumas patologias..." 8. "... como sei do que o doente precisa, não consigo antever" 9. "doentes ventilados" 10. "insegurança a intercorrências" 11. "Doentes com patologias menos habituais..." 12. "... estabilizar um doente..." 13. "... identificar os cuidados ao doente crítico"

Tabela 1: Exemplos de dificuldades

Questão 9:

Alguma vez sentiu dúvidas em relação ao material disponível a levar?

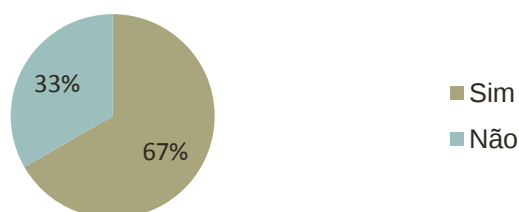


Gráfico 11: Em relação ao material

Na maioria dos inquiridos, ou seja em 67% dos enfermeiros, tiveram dúvidas em relação ao material disponível a levar. Os restantes 33%, referem não ter sentido dificuldade no tipo de material. Provavelmente por ser algum material que o serviço foi adquirindo, já com a presença dos colegas no serviço.

Questão 10:

Alguma vez sentiu dúvidas em relação aos impressos a preencher?

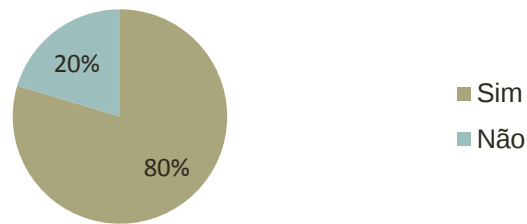


Gráfico 12: Em relação aos impressos

Grande maioria do grupo, cerca de 80%, sentiu dificuldade nos impressos a preencher, numa transferência de doente crítico. Os restantes 20% não sentiram dificuldade na tipo de impressos a preencher.

Questão 11:

Tem conhecimento da existência de uma mala de transferências?

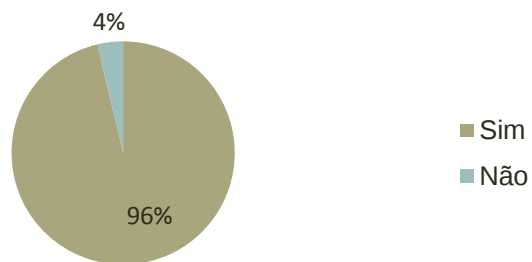


Gráfico 13: Conhecimento da existência da mala

Apenas 4% dos inquiridos não têm conhecimento da existência de uma mala de apoio durante as transferências de um doente crítico, associa-se ao facto de existirem cerca de 13% dos colegas que trabalham apenas há meses no SU e provavelmente não tiveram ainda oportunidade de a observar. Grande maioria, cerca de 96%, tem conhecimento da existência da mala de apoio às transferências.

Questão 12:

Concorda com a sua disposição?

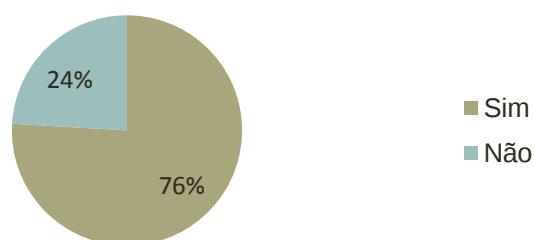


Gráfico 14: Concorda com a disposição da mala

Na maioria dos inquiridos, a resposta é positiva, cerca de 76%, no entanto cerca de 24% (13 enfermeiros), acha que algumas alterações devem ser feitas.

Questão 12.1:

Se respondeu não, sugira algumas sugestões:

Sendo uma pergunta aberta, mais uma vez, foi dada liberdade ao inquirido para responder.

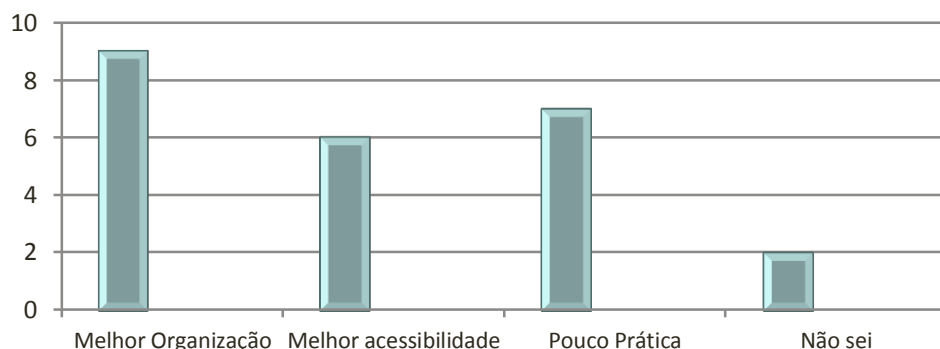


Gráfico 2: Sugestões à mala de transferências

Respostas dadas pelos colegas que saturam os dados, foi possível dividi-los em quatro grupos, sendo a principal queixa em relação à disposição da mala, a necessidade de uma melhor organização, a seguir foi o fato de a mala ser pouco prática pelo tamanho e pela sua disposição e houve dois colegas que responderam que não sabiam.

Alguns exemplos de respostas dadas que levaram à saturação dos dados:

Melhor Organização	1. "...material em excesso" 2. "... dividir por prioridades" 3. "Mais organizada..." 4. "Deve haver uma listagem do material" 5. "... muito cheia, precisa de organização..." 6. "... melhor organização..." 7. "Dividir por prioridades..." 8. "Alterar a disposição..." 9. "Colocar material essencial..."
Melhor acessibilidade	1. "... de difícil acesso..." 2. "... melhorar o acesso" 3. "... melhor acesso, para uma actuação mais rápida" 4. "Divisões pouco adequadas" 5. "Mais adequada..." 6. "Melhor acessibilidade..."
Pouca Prática	1. "... não é funcional" 2. "... demasiado grande" 3. "Muito grande e pesada" 4. "Pouco prática..." 5. "Mala nova, mais prática..." 6. "Mais leve..." 7. "Pouco prática..."
Não sei	1. "... não sei ..." 2. "Não sei, porque só a vi uma vez"

Tabela 2: Sugestões à mala de transferências

Questão 13:

Se faz transferências de doente de Via Verde Coronária, responda:

13.1. Tem conhecimento do material existente no interior da ambulância de Via Verde?

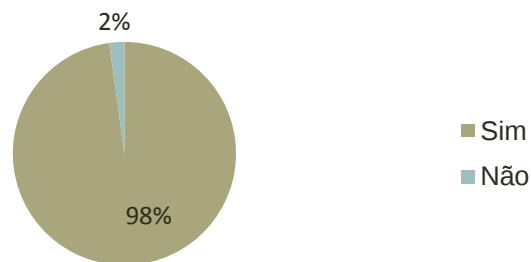


Gráfico 14: Conhecimento do material de Via Verde Coronária

A grande maioria, cerca de 98%, refere que tem conhecimento do material existente no interior da ambulância que o hospital tem disponível para dar apoio às transferências de Via Verde Coronária. No entanto, 2% dos enfermeiros inquiridos admite que não conhecem todo o material do seu interior, justificando este desconhecimento, pelo facto de acompanharem doentes deste foro clínico, há pouco tempo.

13.2 Concorda com a sua disposição?

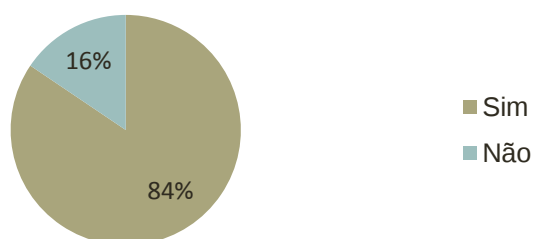


Gráfico 15: Concorda com a disposição do material?

Cerca de 84% dos enfermeiros que fazem via verde coronária, concorda com a disposição do material existente na ambulância de via verde coronária, no entanto, ainda 16% tem uma opinião diferente.

13.3 Se respondeu que não, sugira algumas sugestões:

Sendo uma pergunta aberta, mais uma vez, foi dada liberdade ao inquirido para responder.

Após saturação dos dados, foi feita uma divisão das respostas em quatro grupos.

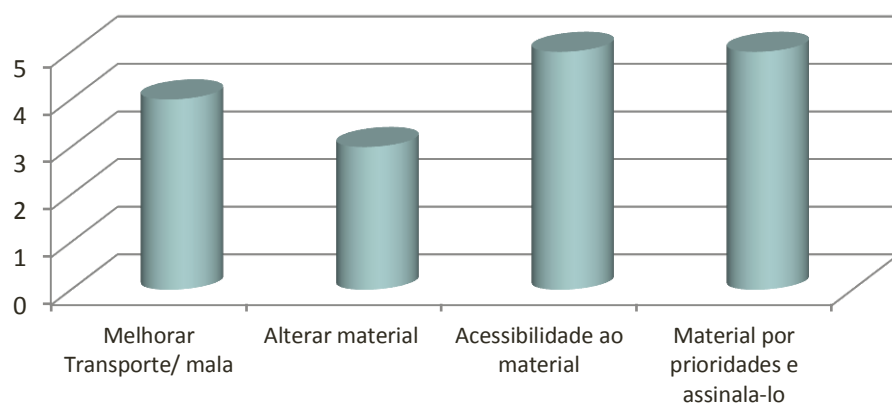


Gráfico 16: Sugestões

Dos enfermeiros que discordam da disposição do material existente no interior da ambulância que dá apoio às transferências de doentes com enfarte agudo do miocárdio, as principais sugestões são em relação à alteração da disposição do material que melhore a acessibilidade, disponho-o por prioridades e a sua sinalização, facilitando a sua abordagem se necessário. A sugestão menos mencionada continua a estar relacionada com a alteração do material, mas sem sugestão específica.

Algumas sugestões dadas e divididas pelos grupos:

Melhorar Transporte/ Mala	1. “ Ambulância insegura...” 2. “ Melhor organização...” 3. “ ...mala pouco pratica...” 4. “ mala pouco adaptada”
Alterar material	1. “ Alterar a localização, para fácil atuação” 2. “ Colocar material mais de uso prático” 3. “ Alterar a medicação...”
Acessibilidade do material	1. “ Melhor acesso e arrumação” 2. “ ... fácil acesso” 3. “ Prateleiras mais baixas...” 4. “ Acesso mais facil” 5. “ mala com melhor acesso...”
Material por prioridades e assinala-lo	1. “ ...lógica na arrumação, por prioridades” 2. “ ... dividir o material por prioridades” 3. “ Disposto por prioridades e referenciado...” 4. “ ...localizado” 5. “ ...colocado por prioridades...”

Tabela 3: Sugestões

Questão 14:

Sente-se seguro em acompanhar doentes criticos para outras unidades hospitalares?

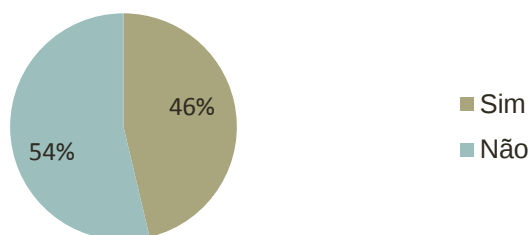


Gráfico 17: Segurança nas transferências

Em relação ao tema e à questão, se se sente seguro a acompanhar doentes críticos para outras unidades hospitalares, há uma proximidade das respostas entre o sim e o não. Mas prevalece, com 54% a resposta Não e com 46% a resposta Sim.

Questão 15:

Pensa que a criação de um guia de apoio de transferências inter-hospitalares a doentes críticos seria pertinente?

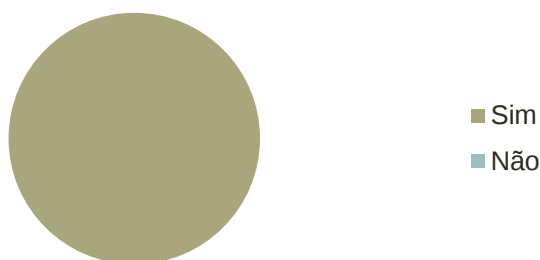


Gráfico 18: Pertinência da criação de um guia de apoio

Em relação à questão 15, 100% dos inquiridos, responderam afirmativamente à pertinência da criação de um guia de apoio de transferências inter-hospitalares de doentes críticos. Não ficando dúvida em relação à criação de um guia que sirva de apoio às transferências inter-hospitalares de doentes críticos.

Questão 16:

Indique por favor sugestões sobre aspectos que possam melhorar o transporte dos doentes em meio inter-hospitalar e que não estejam aqui contempladas:

Sendo uma pergunta aberta, mais uma vez, foi dada liberdade ao inquirido para responder.

Respeitando a saturação de dados, também nos foi possível dividir as sugestões por áreas específicas, criando cinco grupos, que variam entre o transporte, a mala de apoio às transferências, a formação e a integração.

1. Transporte	1. Melhorar ambulância de via verde; 2. Transporte inseguro; 3. Organizar armário; 4. Identificar armários; 5. Modificar a mala médica; 6. Chek list do material.
2. Mala de transferência	1. Mala reformulada: pouco prática, material desnecessário, desorganizada 2. Mala básica de transporte (via aérea); 3. Chek list do material
3. Formação	1. Formação específica: - Fases de preparação do transporte; - SAV; - Situações de exceção, como atuar.
4. Integração	2. Integração; 3. Fichas de avaliação; 4. Chek list de integração.

Tabela 4: Sugestões

APÊNDICE 5: ANÁLISE SWOT

A análise de cenário divide-se em: ambiente interno (pontos fortes e fracos), com e ambiente externo (oportunidades e ameaças) (Santos, 2007).

OPORTUNIDADE	AMEAÇA
1. A SPCI recomenda a criação de um manual de transferências de doente crítico, de cada instituição; 2. Aumento significativo de transferências de doentes para outras unidades hospitalares com maior diferenciação; 3. A obrigatoriedade dos enfermeiros na participação das transferências de doentes, pela OTE do hospital; 4. Instituição em programa de qualidade em relação ao acompanhamento no transporte inter-hospitalar de doentes críticos	1 O SU é médico- cirúrgica, logo tem falta de alguns recursos humanos e técnicos; 2. Dificuldade no financiamento para uma nova mala de transferências e estrutura-la; Contexto sócio-económico desfavorável.
ANÁLISE SWOT	
PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
1. Todos os enfermeiros têm experiência de urgência e formação em suporte avançado de vida; 2. Há uma equipa fixa de transferências que assegura a maioria das transferências. Pela sua vasta experiência e por se encontrarem integrados no serviço de urgência, há uma maior facilidade de esclarecimento de dúvidas aos colegas novos; 3. Uma vez que, a maioria dos enfermeiros já realizam transferências inter-hospitalares, conseguem mencionar as dúvidas, os problemas e mais-valias para a criação de um guia; 4. Aumento da segurança nos cuidados prestados pelos novos enfermeiros, durante a transferência inter-hospitalar de doente crítico; 5. Diminui o risco de erro durante a preparação e execução de transferências inter-hospitalares de doentes críticos; 6. Envolvimento e motivação alguns elementos das equipas, no projeto da criação de um guia de apoio a transferências inter-hospitalares de doentes críticos, através da responsabilidade de manutenção do material e formação dos restantes colegas. 7. No questionário aplicado aos colegas, 100% acha pertinente a existência de um guia de apoio às transferências inter-hospitalares	1. Tempo despendido na formação dos novos e já atuais elementos, em todo o procedimento de transferência inter-hospitalar de doentes críticos; 2. Deficit de sistematização de procedimentos no esclarecimento de dúvidas, pela inexistência de um documento que sirva de orientação; 3. A falta formação na área de transporte de doente crítico durante a integração de novos elementos; 4. Pouca disponibilidade dos elementos envolvidos, pelo excesso de trabalho, uma vez que estão escalados em setores do serviço de urgência. 5. Inexistência de um documento que sirva de orientação aos profissionais envolventes em todo o processo de transferência inter-hospitalar de doentes críticos;

Tabela 1: Análise SWOT do guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico

APÊNDICE 6: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PLANEADAS

Cronograma Inicial: 19 Março de 2012 e 11 de Julho de 2012

Mês	Março		Abril				Maio				Junho				Julho	
Semana	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª
1.Esclarecimento e apresentação do meu projecto de intervenção no serviço	X															
1.1.Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
1.2. Apresentar os resultados dos questionários realizados no serviço aos colegas, mostrando a pertinência do tema;	X															
1.3. Mostrar disponibilidade, quer pessoal ou por acesso electrónico, de sugestões sobre o tema;	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
1.4. Apresentar a proposta a criação de um guia de actuação aos enfermeiros, Enfa orientadora e Enfa responsável do serviço;		X														
2.Criar um protótipo de guia de actuação ao transporte inter hospital do doente crítico:		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
1.3.Divulgação do protótipo do guia de transporte de doente crítico							X									
1.4.Recolha de sugestões e reformulação do protótipo para apresentação do guia final de transporte de doente crítico								X	X							
2.1. Pesquisa bibliográfica sobre a temática		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
2.2.Planeamento das sessões de formação sobre a temática;								X	X							
2.3.1.Formação sobre procedimento de transporte inter-hospitalar do doente crítico e										X	X					

Fisiopatologia do transporte;																
2.3.2. Formação sobre incidentes, Acidentes e Problemas Potenciais durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico;										X	X					
2.3.3. Formação sobre farmacologia no transporte de doente crítico (analgesia, sedação, fármacos vasoativos);										X	X					
2.3.4. Apresentação do material para transporte do doente crítico e preenchimento das chek list no transporte inter-hospitalar do doente crítico;										X	X					
2.3.5. Formação sobre transporte do doente crítico infectado: recomendações da CCI.										X	X					
2.3.6. Formação sobre o transporte de doente crítico sob ventilação mecânica;										X	X					
2.4. Avaliação das sessões de formação, por questionário e observar uma preparação de uma transferência de um doente crítico												X	X	X		
2.5. Criar fichas de chek list em diferentes fases do processo de transporte inter-hospitalar do doente crítico					X	X										
3.1 Implementação do guia final após validação															X	

APÊNDICE 7: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES EXECUTADAS

Cronograma Final: 19 Março de 2012 e 11 de Julho de 2012

Mês	Março		Abril				Maio				Junho				Julho	
Semana	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª
1. Esclarecimento e apresentação do PIS	X															
1.1.1 Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
1.1.2. Apresentar os resultados dos questionários realizados, mostrando a pertinência do tema;	X		X													
1.1.3. Disponibilidade, quer pessoal ou por acesso eletrónico, de sugestões sobre o tema;	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
1.1.4. Apresentar a proposta a criação de um guia de atuação		X	X													
1.2. Criar um protótipo do guia de transporte inter-hospitalar do doente crítico:		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
1.3. Divulgação do protótipo do guia de transporte de doente crítico							X				X					
1.4. Recolha de sugestões e reformulação do protótipo para apresentação do guia final							X	X	X			X	X			
2.1. Pesquisa bibliográfica sobre a temática sobre a divulgação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
2.2. Planeamento da sessão de formação sobre a temática;							X	X	X			X				
2.3.1. Divulgação do guia através de uma sessão de formação.										X	X		X			
2.4. Avaliação da sessão de formação, por questionário												X	X	X	X	
2.5. Criar fichas de chek list em diferentes fases do processo de transporte inter-hospitalar do doente crítico					X	X		X	X	X						
3.1 Implementação do guia final após validação															X	X

APÊNDICE 8: CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



AÇÃO FORMATIVA

FORMADORES: Enfª Sara Antunes (aluna do MEMC)

DESTINATÁRIOS: Enf.ºs do S.U.

DATA: 18/06/2012

HORA: 16 h

LOCAL: Auditório

TEMA: Apresentação do Guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico



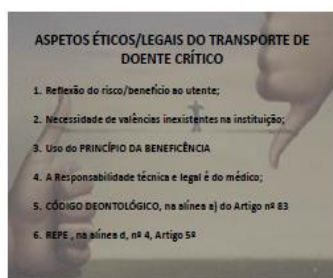
APÊNDICE 9: DIAPOSITIVOS DO GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO



OBJETIVO GERAL:
Sistematização de procedimentos na preparação da transferência inter-hospitalar de doentes críticos.

O GUIA ESTÁ DIVIDIDO EM ONZE PARTES

1. Aspectos éticos/legais
2. Etapas do transporte
3. Fisiopatologia do transporte
4. Equipamento e maia
5. Mobilização e imobilização do doente crítico
6. Ventilação mecânica no transporte
7. Farmacologia
8. Incidentes, acidentes e problemas potenciais
9. Transporte do doente crítico infestado/colonizado
10. Situações especiais
11. Procedimentos especiais e manobras de SAU durante o transporte
12. Apêndice e Anexo



ASPETOS ÉTICOS/LEGAIS DO TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

1. Reflexão do risco/benefício ao utente;
2. Necessidade de valências inexistentes na instituição;
3. Uso do PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA
4. A Responsabilidade técnica e legal é do médico;
5. CÓDIGO DEONTOLÓGICO, na alínea a) do Artigo nº 83
6. REPE, na alínea d, nº 4, Artigo 5º

DOENTE CRÍTICO

Aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica

TIPOS DE TRANSPORTE:

- > Primário ou pré-hospitalar
- > Secundário (inter-hospitalar)
- > Terciário (intra-hospitalar)



Etapas no transporte de doente crítico:

1. Decisão
2. Planeamento
3. Efetivação



TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR					
I. VALIAÇÃO INICIAL			II. MONITORIZAÇÃO DO DOENTE		
1.1. Estado de consciência	0	1	2.1. Estado de consciência	0	1
1.2. Estado de consciência	0	1	2.2. Estado de consciência	0	1
1.3. Estado de consciência	0	1	2.3. Estado de consciência	0	1
1.4. Estado de consciência	0	1	2.4. Estado de consciência	0	1
1.5. Estado de consciência	0	1	2.5. Estado de consciência	0	1
1.6. Estado de consciência	0	1	2.6. Estado de consciência	0	1
1.7. Estado de consciência	0	1	2.7. Estado de consciência	0	1
1.8. Estado de consciência	0	1	2.8. Estado de consciência	0	1
1.9. Estado de consciência	0	1	2.9. Estado de consciência	0	1
1.10. Estado de consciência	0	1	2.10. Estado de consciência	0	1
1.11. Estado de consciência	0	1	2.11. Estado de consciência	0	1
1.12. Estado de consciência	0	1	2.12. Estado de consciência	0	1
1.13. Estado de consciência	0	1	2.13. Estado de consciência	0	1
1.14. Estado de consciência	0	1	2.14. Estado de consciência	0	1
1.15. Estado de consciência	0	1	2.15. Estado de consciência	0	1
1.16. Estado de consciência	0	1	2.16. Estado de consciência	0	1
1.17. Estado de consciência	0	1	2.17. Estado de consciência	0	1
1.18. Estado de consciência	0	1	2.18. Estado de consciência	0	1
1.19. Estado de consciência	0	1	2.19. Estado de consciência	0	1
1.20. Estado de consciência	0	1	2.20. Estado de consciência	0	1
1.21. Estado de consciência	0	1	2.21. Estado de consciência	0	1
1.22. Estado de consciência	0	1	2.22. Estado de consciência	0	1
1.23. Estado de consciência	0	1	2.23. Estado de consciência	0	1
1.24. Estado de consciência	0	1	2.24. Estado de consciência	0	1
1.25. Estado de consciência	0	1	2.25. Estado de consciência	0	1
1.26. Estado de consciência	0	1	2.26. Estado de consciência	0	1
1.27. Estado de consciência	0	1	2.27. Estado de consciência	0	1
1.28. Estado de consciência	0	1	2.28. Estado de consciência	0	1
1.29. Estado de consciência	0	1	2.29. Estado de consciência	0	1
1.30. Estado de consciência	0	1	2.30. Estado de consciência	0	1
1.31. Estado de consciência	0	1	2.31. Estado de consciência	0	1
1.32. Estado de consciência	0	1	2.32. Estado de consciência	0	1
1.33. Estado de consciência	0	1	2.33. Estado de consciência	0	1
1.34. Estado de consciência	0	1	2.34. Estado de consciência	0	1
1.35. Estado de consciência	0	1	2.35. Estado de consciência	0	1
1.36. Estado de consciência	0	1	2.36. Estado de consciência	0	1
1.37. Estado de consciência	0	1	2.37. Estado de consciência	0	1
1.38. Estado de consciência	0	1	2.38. Estado de consciência	0	1
1.39. Estado de consciência	0	1	2.39. Estado de consciência	0	1
1.40. Estado de consciência	0	1	2.40. Estado de consciência	0	1
1.41. Estado de consciência	0	1	2.41. Estado de consciência	0	1
1.42. Estado de consciência	0	1	2.42. Estado de consciência	0	1
1.43. Estado de consciência	0	1	2.43. Estado de consciência	0	1
1.44. Estado de consciência	0	1	2.44. Estado de consciência	0	1
1.45. Estado de consciência	0	1	2.45. Estado de consciência	0	1
1.46. Estado de consciência	0	1	2.46. Estado de consciência	0	1
1.47. Estado de consciência	0	1	2.47. Estado de consciência	0	1
1.48. Estado de consciência	0	1	2.48. Estado de consciência	0	1
1.49. Estado de consciência	0	1	2.49. Estado de consciência	0	1
1.50. Estado de consciência	0	1	2.50. Estado de consciência	0	1
1.51. Estado de consciência	0	1	2.51. Estado de consciência	0	1
1.52. Estado de consciência	0	1	2.52. Estado de consciência	0	1
1.53. Estado de consciência	0	1	2.53. Estado de consciência	0	1
1.54. Estado de consciência	0	1	2.54. Estado de consciência	0	1
1.55. Estado de consciência	0	1	2.55. Estado de consciência	0	1
1.56. Estado de consciência	0	1	2.56. Estado de consciência	0	1
1.57. Estado de consciência	0	1	2.57. Estado de consciência	0	1
1.58. Estado de consciência	0	1	2.58. Estado de consciência	0	1
1.59. Estado de consciência	0	1	2.59. Estado de consciência	0	1
1.60. Estado de consciência	0	1	2.60. Estado de consciência	0	1
1.61. Estado de consciência	0	1	2.61. Estado de consciência	0	1
1.62. Estado de consciência	0	1	2.62. Estado de consciência	0	1
1.63. Estado de consciência	0	1	2.63. Estado de consciência	0	1
1.64. Estado de consciência	0	1	2.64. Estado de consciência	0	1
1.65. Estado de consciência	0	1	2.65. Estado de consciência	0	1
1.66. Estado de consciência	0	1	2.66. Estado de consciência	0	1
1.67. Estado de consciência	0	1	2.67. Estado de consciência	0	1
1.68. Estado de consciência	0	1	2.68. Estado de consciência	0	1
1.69. Estado de consciência	0	1	2.69. Estado de consciência	0	1
1.70. Estado de consciência	0	1	2.70. Estado de consciência	0	1
1.71. Estado de consciência	0	1	2.71. Estado de consciência	0	1
1.72. Estado de consciência	0	1	2.72. Estado de consciência	0	1
1.73. Estado de consciência	0	1	2.73. Estado de consciência	0	1
1.74. Estado de consciência	0	1	2.74. Estado de consciência	0	1
1.75. Estado de consciência	0	1	2.75. Estado de consciência	0	1
1.76. Estado de consciência	0	1	2.76. Estado de consciência	0	1
1.77. Estado de consciência	0	1	2.77. Estado de consciência	0	1
1.78. Estado de consciência	0	1	2.78. Estado de consciência	0	1
1.79. Estado de consciência	0	1	2.79. Estado de consciência	0	1
1.80. Estado de consciência	0	1	2.80. Estado de consciência	0	1
1.81. Estado de consciência	0	1	2.81. Estado de consciência	0	1
1.82. Estado de consciência	0	1	2.82. Estado de consciência	0	1
1.83. Estado de consciência	0	1	2.83. Estado de consciência	0	1
1.84. Estado de consciência	0	1	2.84. Estado de consciência	0	1
1.85. Estado de consciência	0	1	2.85. Estado de consciência	0	1
1.86. Estado de consciência	0	1	2.86. Estado de consciência	0	1
1.87. Estado de consciência	0	1	2.87. Estado de consciência	0	1
1.88. Estado de consciência	0	1	2.88. Estado de consciência	0	1
1.89. Estado de consciência	0	1	2.89. Estado de consciência	0	1
1.90. Estado de consciência	0	1	2.90. Estado de consciência	0	1
1.91. Estado de consciência	0	1	2.91. Estado de consciência	0	1
1.92. Estado de consciência	0	1	2.92. Estado de consciência	0	1
1.93. Estado de consciência	0	1	2.93. Estado de consciência	0	1
1.94. Estado de consciência	0	1	2.94. Estado de consciência	0	1
1.95. Estado de consciência	0	1	2.95. Estado de consciência	0	1
1.96. Estado de consciência	0	1	2.96. Estado de consciência	0	1
1.97. Estado de consciência	0	1	2.97. Estado de consciência	0	1
1.98. Estado de consciência	0	1	2.98. Estado de consciência	0	1
1.99. Estado de consciência	0	1	2.99. Estado de consciência	0	1
1.100. Estado de consciência	0	1	2.100. Estado de consciência	0	1

ALFABETIZAÇÃO	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2	A	Amfibulante Normal	Trípode	Respiração	Respiração
3-4	B	Amfibulante Normal	Colmeia	Sat. O2, ECG, PC, TA não invasiva	Monitor + oximétrico + sonda
5-7	C	Amfibulante Normal ou Intubado	MAIO	Sat. O2, ECG, PC, TA não invasiva, capnografia (se indicado)	+ Ventilador + Monitor (para a vida) + Sonda esofágica + Sonda nasogástrica + Sonda de drenagem + Sonda de drenagem

O resultado define o nível de gravidade do doente (A, B ou C) e indica quais os recursos humanos, monitorização, equipamento e tipo de veículo.
Os doentes classificados como C correspondem ao doente crítico.



Responsabilidade do Enfermeiro:

- Acompanha os doentes de nível B e C
- Antes de iniciar o transporte
 1. Conhece o doente e situação clínica
 2. Espólio de roupa e valores
 3. Confirma transporte
 4. Recolha da informação de enfermagem, clínica e exames.
 5. Verifica contato com a instituição e o nome do médico contatado.
 6. Comunicar ao chefe de equipa de enfermagem
 7. Preparação do material e medicação para o transporte
- Escreve as ocorrências de enfermagem
- Chek list do processo de transferência inter-hospitalar de doente
- Preenche e arquiva os impressos (MOD PC – 40/03, MOD AP – 38/ 01)

Check List no processo de transferência inter-hospitalar	
1- Processo de transferência	
1. Impressão de transferência	
2. Informação aos familiares	
3. Verificação de validade do hospitalizador e qual o sentido	
4. Nome do médico que recebe o doente	
2- Avaliação do doente	
1. Informação clínica	
2. Motivo de transferência de enfermagem	
3. Motivo de transferência	
4. Exames complementares de diagnóstico	
3- Observação do doente	
A) VIGILÂNCIA	Monitor de vida aérea (se ECG: 300 após estabilização e nível ECG)
B) EQUIPAMENTO	ECG equipamento Modelo ventilador _____, vol. (ml) PR _____, vol. (ml) P22 _____, PEEP _____ Respiratória
C) CIRCULAÇÃO	Monitorização da batida de coração Dose máxima perfusiva ou vas

0- CIRCULAÇÃO	Registo dos parâmetros vitais e (doença de vida) Perfusão de artérias vasculares e outros fármacos (deixar em funcionamento)
1- AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	Resposta à teste de Glasgow (ponto) Pupila Reflexos e instabilidade ECG
2- TUBAGEM	Instalação de cateter Fórmula e presença de secreções/ hemorragia interna
3- TRANSFERÊNCIA À SADA	Equipamento de transporte ECG _____, P22 _____, PEEP _____ Temperatura _____ (30/30/30)
4- Observação do doente	
1. Monitor (Defibrilador) (bateria de reserva)	
2. Reserva de ECG	
3. Modo de transporte	
4. Permeabilidade e nível ECG	
5. Parâmetros vitais e batidas	
5- Medicação	
1. Medicação do "SAD" sempre desligada em via de ar	
2. Medicação anti-refluxo, em todos os casos	
3. Medicação metilida, nos casos indicados	

10- Plano de transporte	
1. Medicação para o plano de transporte	
2. Medicação de suporte ventilatório	
3. Medicação de suporte de perfusão	
4. Medicação de monitorização	
5. Medicação de suporte vital	
6. Medicação de suporte de suporte	
7. Plano de transporte	
8. Orientação do suporte de suporte (contato)	
9. Avaliação dos parâmetros vitais do doente	
11- Transferência de informação	
1. Registo de informações e parâmetros vitais do doente	
2. Documentação	
3. Registo de hora de saída e de hora de chegada	
4. Registo de parâmetros vitais	
5. Preparação da informação clínica e exames, nos casos de hospital de destino	

O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PODE SER:

Terrestre



Aéreo



Marítimo (pouco frequente)






1. Distâncias <150km e com duração <90'.
2. VANTAGEM um transporte direto.
3. IMPLICA custos baixos e poucas alterações climáticas.
4. ASSOCIADO a efeitos de aceleração-desaceleração, vibração, ruído e temperatura.

1. Para hospitais distantes ou em áreas geográficas adversas.
2. MEIO dispendioso que necessita de uma equipa treinada, de locais de aterragem e de condições meteorológicas favoráveis.
3. IMPLICA maior mobilização do doente, quando os hospitais não possuem heliportos.

SERVIÇO DE TRANSPORTE

- ✓ **Informar** da situação do doente, o seu destino e indicações de foro logístico (velocidade da viatura).
- ✓ **Colocar e verificar** o material na ambulância antes do transporte.
- ✓ **Colocar o doente na ambulância**: movimento coordenado.
- ✓ **Dentro da ambulância**: verificar o equipamento, monitorizar e avaliar sinais vitais. Se ventilado, fixar o tubo endotraqueal, verificar a permeabilidade dos acessos periféricos e por fim, administrar medicação SOS.
- ✓ **Documentos**: Verificar se os documentos estão no interior da ambulância.
- ✓ **Assinar**: O condutor só irá de transporte após indicação prévia, confirma segurança pelos cintos colocados.

FISIOPATOLOGIA DO TRANSPORTE

O transporte de um doente crítico baseia-se numa avaliação sobre os benefícios e os riscos que podem ocorrer



Independente do meio de transporte a ser usado, as condições de segurança e conforto para o doente e equipa e a assistência ao doente no decurso da transferência, devem estar asseguradas.

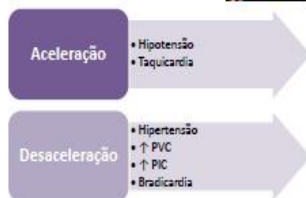
www.safepilates2.blogspot.com

EFEITOS ADVERSOS DO MEIO DE TRANSPORTE

- Variações de velocidade (aceleração/desaceleração);
- Vibrações e Ruído;
- Temperatura e Altitude.



Aceleração/Desaceleração



30

Vibração



Ruído

PROVOCA:

- Cefaleias;
- Desconforto do ouvido/ vertigens;
- Fadiga;
- Náuseas e vômitos;
- Hiperventilação/ taquicardia;
- Alterações na concentração;
- Alterações visuais.



PROBLEMAS NA EQUIPA:

- Uma comunicação difícil;
- Os alarmes sonoros podem não ser ouvidos.

31



Temperatura

Considerar a temperatura no destino e as influências durante o transporte.

EFEITOS POSSÍVEIS:

- ✓ Induzir vasoconstricção.
- ✓ Causa tremores e ↑ do consumo de O₂
- ✓ Descarregar as baterias
- ✓ Alterar os fármacos
- ✓ Sudorese profunda (desequilíbrio hidro electrolítico)
- ✓ Hipotensão

32

Altitude

O volume de gás aumenta com o aumento da altitude.

Hipoxia ↓ as funções fisiológicas.

Efeitos:

- SpO₂ 80 - 90% em indivíduos normais.
- Aumento da FR, FC e TA sistólica.
- Náuseas, tonturas, letargia, cefaleias e fadiga.

Após 15' de exposição, pode levar a uma ↓ de eficiência, coordenação e maior irritabilidade.

Expansão gaseosa: O volume dos gases ↑ com a altitude, podendo provocar:

- Sistema respiratório, agravamento de pneumotórax, insuficiência respiratória ou rutura de enfisema;
- Sistema ocular, ↑ da pressão intra-ocular;
- Sistema gastrointestinal, delóscencia de suturas, agravamento de ileus, hemorragias gástricas ou ↑ da pressão diafragmática;
- Sistema auditivo, ↑ da pressão timpânica e dos seios perinais;

EFEITOS NO EQUIPAMENTO:

(de altitude)



- Uso de mangas de pressão no soro para melhor perfusão;
- Nos drenos torácicos, colocação de válvulas de Heimlich;
- Atenção ao ↑ da pressão nos sistemas de drenagem;
- Os cuffs dos TOT preenchidos com soro ou água destilada para evitar compressão na traqueia;
- Os equipamentos pneumáticos, como macas ou tales modificam as suas pressões, devem ser substituídos.

33

MATERIAL DE TRANSPORTE

O equipamento deve ser apropriado a cada tipo de transporte. Relacionado com a duração, diagnóstico e a intervenção terapêutica necessária

1. Monitor/Desfibrilhador com alarme



2. Material de intubação endotraqueal



3. Fonte de oxigénio



4. Ventilador de transporte

5. Fármacos de reanimação e perfusões



6. Medicações adicionais



7. Aspirador eléctrico;



8. Equipamento de comunicações



9. Material para punção venosa e soros

Solua 8 (mais interna)

Block	Materiais	Data Validade
1	Materiais de alto fluxo	05/2016
1	Materiais Verticais	02/2017
1	Cabo Passal	06/2016
1	Tubo de conexão 02	10/2016
1	Materiais de ar-condicionado	10/2016

Rank	Material	Data Validade
1	Tubo ensaio tipo 1 de 6,3	05/03/06
1	Tubo ensaio tipo 1 de 7	02/03/06
1	Tubo ensaio tipo 1 de 7,5	05/03/06
1	Tubo ensaio tipo 1 de 8	08/03/06
1	Tubo ensaio tipo 1 de 8,5	12/03/06
1	Barbo artificial	12/03/06
1	Filtro de areia	12/03/06
1	Condutor	12/03/06



Solon B (male Internal)

Bolsa A (mais externa)

Stock	Material	Data
1	Lampyris rubra	/
1	Capitulum de carac 120 cm, 12 cm, 10 cm, 5 cm)	/
6	Composura extrafloralis MBCB	04/2013
1	Composura extrafloralis MBCB	07/2013
1	Adelura castanea	/
1	Adelura brucia	/
1	Loricula floricola 6, 3	04/2013
1	Loricula floricola 7	07/2013
1	Loricula floricola 7, 3	07/2013
1	Loricula floricola 8	07/2013

Solva B (main interna)

Stock	Material	Data Validada
1	1040 01 1.6	07/2/2016
1	1040 01 1.6	12/2/2016
1	1040 01 1.6	02/2/2016
1	Terço de 1000x	09/2/2016
1	Terço 2x	09/2/2016
1	Cola Plástico	01/2/2016
2	Mais 200 10	/
2	Arroz 10	/
2	Caro Colônia	04/2/2016
2	Caro de Despesa	/
2	Caro 1000x	/
2	Caro 1000x	/
2	Caro 1000x	/



A	B	C
D	E	F
G	H	I

Tempa	
1	Tecore
1	Tubo de Suelo # 2
1	Tubo de Suelo # 3
1	Tubo de Suelo # 4

[illegible]

Stock / Medição / Validez				
1 Inspecção	12 Avaliação	4 Alargue	2 Desapare	2 Desapare
2 Inspecção	13 Avaliação	5 Alargue	3 Desapare	3 Desapare
3 Inspecção	14 Avaliação	6 Alargue	4 Desapare	4 Desapare
4 Inspecção	15 Avaliação	7 Alargue	5 Desapare	5 Desapare
5 Inspecção	16 Avaliação	8 Alargue	6 Desapare	6 Desapare
6 Inspecção	17 Avaliação	9 Alargue	7 Desapare	7 Desapare
7 Inspecção	18 Avaliação	10 Alargue	8 Desapare	8 Desapare
8 Inspecção	19 Avaliação	11 Alargue	9 Desapare	9 Desapare
9 Inspecção	20 Avaliação	12 Alargue	10 Desapare	10 Desapare
10 Inspecção	21 Avaliação	13 Alargue	11 Desapare	11 Desapare
11 Inspecção	22 Avaliação	14 Alargue	12 Desapare	12 Desapare
12 Inspecção	23 Avaliação	15 Alargue	13 Desapare	13 Desapare
13 Inspecção	24 Avaliação	16 Alargue	14 Desapare	14 Desapare
14 Inspecção	25 Avaliação	17 Alargue	15 Desapare	15 Desapare
15 Inspecção	26 Avaliação	18 Alargue	16 Desapare	16 Desapare
16 Inspecção	27 Avaliação	19 Alargue	17 Desapare	17 Desapare
17 Inspecção	28 Avaliação	20 Alargue	18 Desapare	18 Desapare
18 Inspecção	29 Avaliação	21 Alargue	19 Desapare	19 Desapare
19 Inspecção	30 Avaliação	22 Alargue	20 Desapare	20 Desapare
20 Inspecção	31 Avaliação	23 Alargue	21 Desapare	21 Desapare
21 Inspecção	32 Avaliação	24 Alargue	22 Desapare	22 Desapare
22 Inspecção	33 Avaliação	25 Alargue	23 Desapare	23 Desapare
23 Inspecção	34 Avaliação	26 Alargue	24 Desapare	24 Desapare
24 Inspecção	35 Avaliação	27 Alargue	25 Desapare	25 Desapare
25 Inspecção	36 Avaliação	28 Alargue	26 Desapare	26 Desapare
26 Inspecção	37 Avaliação	29 Alargue	27 Desapare	27 Desapare
27 Inspecção	38 Avaliação	30 Alargue	28 Desapare	28 Desapare
28 Inspecção	39 Avaliação	31 Alargue	29 Desapare	29 Desapare
29 Inspecção	40 Avaliação	32 Alargue	30 Desapare	30 Desapare
30 Inspecção	41 Avaliação	33 Alargue	31 Desapare	31 Desapare
31 Inspecção	42 Avaliação	34 Alargue	32 Desapare	32 Desapare
32 Inspecção	43 Avaliação	35 Alargue	33 Desapare	33 Desapare
33 Inspecção	44 Avaliação	36 Alargue	34 Desapare	34 Desapare
34 Inspecção	45 Avaliação	37 Alargue	35 Desapare	35 Desapare
35 Inspecção	46 Avaliação	38 Alargue	36 Desapare	36 Desapare
36 Inspecção	47 Avaliação	39 Alargue	37 Desapare	37 Desapare
37 Inspecção	48 Avaliação	40 Alargue	38 Desapare	38 Desapare
38 Inspecção	49 Avaliação	41 Alargue	39 Desapare	39 Desapare
39 Inspecção	50 Avaliação	42 Alargue	40 Desapare	40 Desapare
40 Inspecção	51 Avaliação	43 Alargue	41 Desapare	41 Desapare
41 Inspecção	52 Avaliação	44 Alargue	42 Desapare	42 Desapare
42 Inspecção	53 Avaliação	45 Alargue	43 Desapare	43 Desapare
43 Inspecção	54 Avaliação	46 Alargue	44 Desapare	44 Desapare
44 Inspecção	55 Avaliação	47 Alargue	45 Desapare	45 Desapare
45 Inspecção	56 Avaliação	48 Alargue	46 Desapare	46 Desapare
46 Inspecção	57 Avaliação	49 Alargue	47 Desapare	47 Desapare
47 Inspecção	58 Avaliação	50 Alargue	48 Desapare	48 Desapare
48 Inspecção	59 Avaliação	51 Alargue	49 Desapare	49 Desapare
49 Inspecção	60 Avaliação	52 Alargue	50 Desapare	50 Desapare
50 Inspecção	61 Avaliação	53 Alargue	51 Desapare	51 Desapare
51 Inspecção	62 Avaliação	54 Alargue	52 Desapare	52 Desapare
52 Inspecção	63 Avaliação	55 Alargue	53 Desapare	53 Desapare
53 Inspecção	64 Avaliação	56 Alargue	54 Desapare	54 Desapare
54 Inspecção	65 Avaliação	57 Alargue	55 Desapare	55 Desapare
55 Inspecção	66 Avaliação	58 Alargue	56 Desapare	56 Desapare
56 Inspecção	67 Avaliação	59 Alargue	57 Desapare	57 Desapare
57 Inspecção	68 Avaliação	60 Alargue	58 Desapare	58 Desapare
58 Inspecção	69 Avaliação	61 Alargue	59 Desapare	59 Desapare
59 Inspecção	70 Avaliação	62 Alargue	60 Desapare	60 Desapare
60 Inspecção	71 Avaliação	63 Alargue	61 Desapare	61 Desapare
61 Inspecção	72 Avaliação	64 Alargue	62 Desapare	62 Desapare
62 Inspecção	73 Avaliação	65 Alargue	63 Desapare	63 Desapare
63 Inspecção	74 Avaliação	66 Alargue	64 Desapare	64 Desapare
64 Inspecção	75 Avaliação	67 Alargue	65 Desapare	65 Desapare
65 Inspecção	76 Avaliação	68 Alargue	66 Desapare	66 Desapare
66 Inspecção	77 Avaliação	69 Alargue	67 Desapare	67 Desapare
67 Inspecção	78 Avaliação	70 Alargue	68 Desapare	68 Desapare
68 Inspecção	79 Avaliação	71 Alargue	69 Desapare	69 Desapare
69 In				

Para prevenir lesões e/ou seu agravamento, o transporte é feito seguindo os princípios de alinhamento e imobilização.



A- VIA AÉREA	- Por risco de aspiração, proteger a via aérea. - Colocar SNG - Ruagem do TOC, por risco de entorpecimento acidental.
B- RESPIRAÇÃO	- Verificar conexão de O2 ao insufletor manual - Vigiar SNG - No mobilização do doente TOC sem arcos, a CV deve ser mantida
C- CIRCULAÇÃO	- Risco de acetabulação do osso venoso - Risco de entorpecimento de drogas, devem estar bem fixas - Risco de desconexão dos cabos de monitorização
D – Distúrbio Neurológico	Em doentes agitados, se necessário imobilizar ou sedar
E – Exposição	Garantir o tempo de exposição do doente, de forma a evitar/ prevenir lesões térmicas

↑ a probabilidade de ocorrência de eventos adversos.



A equipe que efetua o transporte deve possuir conhecimentos sobre fisiologia ventilatória, fundamentos da ventilação mecânica, modalidades, parâmetros de ventilação e os meios que monitorizam o suporte adequado da função respiratória.

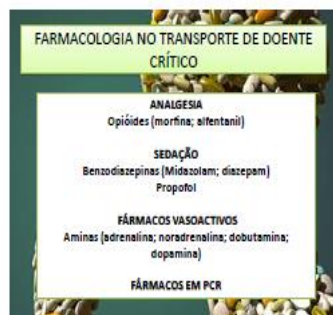
- ✓ Volume Corrente (Vt)
- ✓ Frequência Respiratória (FR)
- ✓ Volume Minuto (VM) = FR x Vt
- ✓ Tempo Inspiratório (Ti)
- ✓ Tempo Expiratório
- ✓ Pausa Inspiratória
- ✓ Pressão de pico Inspiratório (P_i)
- ✓ PEEP
- ✓ Fração inspirada de O₂ (Fio₂)



- Falência Respiratória
- Falência Ventilatória ($\uparrow$ PaCO₂)
- Falência na Oxigenação ($\downarrow$ PaO₂)

Diagrama de um sistema de ventilação mecânica com controle de pressão positiva (PCPV). O diagrama mostra um fluxo de ar através de um sistema de dutos com quatro componentes principais:

- Ventilação Mecânica Controlada (CMV)
- Ventilação Assistida/Controlada
- Pressão Positiva Constante (PCPV)
- Ventilação Mecânica Intermitente Sincronizada (SIMV)



Alguns dos riscos inerentes ao transporte, com alterações respiratórias e cardíacas, são resultantes da DOR provocada pelo movimento durante o transporte.



Nos doentes que não podem comunicar, avaliar:

- Comportamento relacionado com a dor: Movimento, postura e expressão facial;
- Indicadores fisiológicos: TA, FC, FR;
- Alterações destes parâmetros após analgesia



COLÓIDES/CRISTALÓIDES

OS COLÓIDES ↑ a volémia, promovem maior retenção de fluidos no espaço intravascular e por conseguinte melhoram a perfusão distal.

OS CRISTALÓIDES e a sua fraca osmolaridade em relação ao meio vascular, faz com que apenas 25% permaneça no espaço intra-vascular.

RISCOS:

- Hemodiluição
- Sinais clínicos de sobrecarga hídrica



FÁRMACOS ANTI-ARRITMICOS Peri-Paragem

Adenosina (6mg, pode repetir 12mg + 12mg)

Organoína (0.5mg/50ml em 30')

Atropina (0.5 mg até à dose máxima de 3 mg)

Amiodarona (300mg e depois perfusão 600mg)

Aminofilina (6 mg/kg em 100 ml S/S durante 20-30')

Lidocaína (100mg/l + 1.5mg/kg) em bolus inicial, pode-se repetir 50mg)

Sulfato de Magnésio (2 g em 10 minutos)

INCIDENTES, ACIDENTES E PROBLEMAS POTENCIAIS

O transporte de um doente crítico tem um ↑ do risco de incidentes. A existência e o cumprimento de esquemas organizativos, ↓ esses riscos.

A melhor maneira de evitar os incidentes assenta na confirmação de todos os aspetos relacionados com o transporte, com o doente e a equipa.



Incidentes relacionados com o equipamento

Monitores:

- Problemas de funcionamento
- Problemas com baterias
- Não disponíveis

Equipamento de via aérea:

- Problemas com o equipamento de intubação / via aérea
- Saídas no ventilador portátil
- Saídas no funcionamento de O₂

Atérmicos:

- Interrupção de partilhado
- Atraso ou não administração de fármacos
- Problemas de amarração não disponíveis

Perfusão infusora:

- Problemas com baterias
- Não disponíveis

Outros:

- Problemas com a mala
- Problemas com a acessibilidade

Devem ser evitados através de verificações sistemáticas antes de iniciar o transporte.



Incidentes relacionados com o doente / pessoal

Gestão de pessoal:

- Problemas de comunicação / cooperação
- Equipa de transporte inadequada
- Falta de pessoal
- Notificação inadequada da chegada

Gestão da ventilação / via aérea:

- Via aérea artificial mal colocada
- Via aérea não assegurada
- Extubação acidental e interrupção do transporte
- Ventilador de transporte mal configurado
- Não confirmação da reserva de O₂

Atmosfeiras fechadas:

- Extubação acidental
- Desconexão ou mal conexão
- Reação inadequada

Utilização das ressonâncias:

- Monitorização inadequada
- Alarmes não definidos ou incorretamente definidos
- Configuração inadequada

Mobilização incorreta do doente

A prevenção é a base para um transporte seguro e eficaz.




Como ocorre a transmissão?

Agilidade direta doente / profissional, pelas mãos.
Prevenção: correta higienização das mãos antes e após assistência ao utente

Contato direto e prolongado entre o doente/ indivíduo.
Deter minogermes por menor distância curta (40 cm)
Prevenção: uso de máscara

Microorganismos propagam-se em aerossol, com distância (2 metros) ou suspensos no ar.
Prevenção: barreiras ambientais e EPI



HIGIENE DAS MÃOS

A higienização das mãos é o procedimento mais eficaz na prevenção e no controlo das infeções.

Visa a remoção da maioria dos microorganismos da flora residente e transitória das mãos.




Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Deve-se escolher o EPI de acordo com a via de transmissão:

CONTATO	ASCUTAS	VIA AÉREA
- Luvas - Óculos - Proteção facial - Proteção de roupa - Proteção de sapatos	- Luvas - Óculos - Proteção facial - Proteção de roupa - Proteção de sapatos	- Luvas - Óculos - Proteção facial - Proteção de roupa - Proteção de sapatos

Recomendações ao transporte de doentes infetados/colonizados:

1. Durante o transporte, a tripulação da ambulância deverá respeitar os procedimentos de proteção individual;
2. Cada ambulância deve estar munida de EPI;
3. A entrada de cada ambulância deve haver um dispensador de solução anti-séptica de base alcoólica;
4. O local onde descansam os tripulantes das ambulâncias deve ter lavatório com sabão e/ou solução anti-séptica de base alcoólica para higiene das mãos após o transporte de doentes.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Doentes que requerem abordagens diferenciadas (ABCDE)

ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO

A- Via Aérea (com controlo da coluna cervical)

1. Desobstrução assegurada para o transporte ou esduda por xarope.
2. Indicação para TOT:
 - GCS < 9
 - Lesões da cabeça e pescoço
 - Presença sangue, secreções, edema e corpos estranhos na via aérea
 - Necessidade de hiperventilação ténaculista.
 - Otimização da ventilação/oxigenação
3. Se a equipa de transporte tiver dúvidas sobre a capacidade do doente em manter a via aérea permeável, esta deve ser garantida antes da saída



B- Ventilação

1. Ventilação espontânea
 - Avaliar a eficácia ventilatória
 - Se dreno torácico, colocar válvula de drenagem unidirecional.
2. Ventilação mecânica
 - Adequar os parâmetros ventilatórios.
 - Doente bem sedado, analgésico e/ou curarizado

C- Oxigenação

1. Controlo de hemorragias
2. Reposição hémica e de derivados de sangue.
3. 2 acessos periféricos (G14 ou G16) ou G18

D- Detecção Neurológica

1. Estado neurológico da vítima
2. Alterações da sensibilidade e da motilidade
3. Tamanho e simetria das pupilas.

E- Exatidão

1. Controlo de temperatura

TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO

TCE - lesão estrutural e/ou alteração de funções cerebrais fisiológicas, provocada por uma força externa



Classificação:

1. Mecanismo da lesão: TCE fechado ou TCE penetrante ou aberto
2. Tipo de lesão: focais ou difusas
3. Gravidade da lesão: pela avaliação neurológica-GCS.
 - TCE Leve - GCS 13 a 15
 - TCE Moderado - GCS 9 a 12
 - TCE Grave - GCS ≤ 8

A- Via aérea

Indicação para intubação orotraqueal:

- TCE grave
- TCE moderado, dificuldade respiratória, contusão de lesões graves, convulsões
- Incapacidade de proteção da via aérea

B- Respiração

1. O2 para SpO2 > 90%
2. Ventilação mecânica: Não hiperventilar

C- Oxigenação

1. A fluidotempia pelo estado hemodinâmico
2. Não a sobrecarga hídrica: f' edema cerebral e PIC
3. 30 ml/kg (30 x 70 mmHg) a 750 x 90 mmHg
4. Manter a 30% EV, em dose de 0,5 a 1 g/kg, em 20"

D- Detecção Neurológica

1. GCS
2. Tratamento das convulsões e otimização da radiação e analgésico.
3. SNG: Oral

E- Exatidão

1. Controlo de hipertensão
2. Com exposição de massa encefálica penso não compressivo.
3. Os objetos ampliatos não devem ser removidos

TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR

Pode alterar a sensibilidade, motilidade e o funcionamento do sistema nervoso autónomo.

A- Via Aérea

TOT se incapacidade de proteção da via aérea, com alinhamento da cervical.

B- Respiração

Oxigenação da vítima.

C- Oxigenação

1. 2 acessos venosos: Com ST
2. Profilaxia de úlceras e vômitos.
3. No choque neurogénico: Primário fluido e depois vasopressores
1. Metilprednisolona 30 mg/kg, IV em 100cc SP- 15' Apoc 45', perfuso 5,4 mg / kg / hora a manter 23 h

D- Detecção Neurológica

GCS

E- Exatidão

Combater hipertensão

GRAVIDEZ

- Doente com alterações anatómicas e fisiológicas, a partir de 36ª semana.
- Viabilidade de sobrevivência do feto.



As principais adaptações fisiológicas:

1. Idema dos tecidos e risco de asfexia, pelo ↑ da pressão intra-abdominal
 2. ↓ da capacidade residual e ↑ consumo de oxigénio.
 3. ↑ da volúmia em cerca de 50% levando a uma anemia fisiológica por diluição.
- A compressão do útero sobre a veia cava inferior diminui o retorno venoso que deverá ser reduzido pela lateralização para a esquerda, da grávida.

QUEIMADO

A perda de integridade das camadas dérmicas, afeta a capacidade de retenção de calor de água e de proteção às agressões externas

INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA UMA UNIDADE DE QUEIMADOS:

- SAQ > 10% em crianças e idosos.
- SAQ > 20%.
- SAQ > 5% em queimaduras de 3º grau.
- Queimaduras nas mãos, pés, genital, perineo e articulações principais.
- Queimadura elétrica grave.
- Queimadura química grave.
- Queimadura por insolação, co-existência de trauma e/ou co-morbilidade

A- Via aérea

1. Sinal de alerta
2. Assegurar via aérea com TOT

B- Respiração

1. Queimadura no tórax se influenciar a ventilação e secretória.
2. Humidificadores e broncodilatadores.
3. Risco de infeção.
4. O2 a 100%.

C- Oxigenação

1. 2 vps ou CVC, com reposição de volémia
2. Fórmula de Parkland: (0,2 a 4 ml/kg%) de SAQ nas 24 h. Metade nas 18 h e a outra metade nas 16 h seguintes.
1. Fluidotempia com oxitocinas e Manitol 20% (0,25-1 g/kg).
2. Refeção e diurese: deverá ser de 30 a 50 ml/h (1 ml/kg/h) até aos 30 kg.

D- Detecção Neurológica

Queimaduras elétricas graves associadas a lesões traumáticas, ponderar proteção cervical.

E- Exatidão

1. Risco de hipertensão
2. Manter cuidados de assepsia



PONTOS A RETER

1. Etapas de transporte
2. Realização de checklist de preparação do doente
3. Responsabilidade do enfermeiro
4. Equipamento disponível
5. Mala de transferência e medicação
6. Problemas potenciais
7. Controlo de infeção
8. Cuidados específicos de doentes

10



Obrigada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cunha, M. (Novembro de 2003). Actuação do Enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. *Síntese*, 16(1), p. 42.
- Grupo de trabalho de Urgências (2005). *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Hospital SA.
- Martins, M. (2001). *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controlo* (2ª ed.). São Horizonte: MEDSI.
- Nunez, M. F. (Março 2007). Tensão de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing* (219), 7-11.
- Ordem dos Enfermeiros (1986). *Código Deontológico*. Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, inserido no Estatuto da OE, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Desafios: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE.
- Regulamento interno do CHBA. (2015). *Orientação técnica de Enfermagem NP/UT/OT*. Portofolho.
- Shewby, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática*. Lisboa: Lusocollênia.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intermédios. (2005). *Manual do Curso de Transporte do Doente crítico* (Versão Edição nº1). SPCL, Co.).
- Naciri, Elisabete. (2015). *Curso de Cuidados na Emergência* (2ª ed., 2ª edição). Porto: PPM.
- Decreto-Lei nº 30/92 de 28 de Março. Diário da República Nº 74 – I Série A. Ministério da Saúde, Lisboa. Obtido a 20 de Janeiro, em <http://www.portugalgaliza.gov.pt/agencias/fornecedores/20-30-92-TercioDecreto.pdf>
- DGC (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa, editado em 20 de Janeiro de 2012, em <http://www.dgs.gov.pt/Inf/InfMuita.aspx?inf=151>

APÊNDICE 10: PLANO DE SESSÃO

Tema: Apresentação do GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO

Formador	Enfª Sara Antunes	N.º mec.	81032
-----------------	-------------------	-----------------	-------

Âmbito	1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
---------------	--

Orientação	Professora Alice Ruivo	Tutoria	Enfº Esp. MC Suzel Poucochinho
-------------------	------------------------	----------------	--------------------------------

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência

Local: Auditório

Data: 18/06/2012	Hora: 16 h	Duração prevista: 120 minutos
-------------------------	-------------------	--------------------------------------

Objectivos

- Divulgar o guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, com o intuito de sistematizar e melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente transferido.

Conteúdos

- Aspectos éticos/ legais do transporte de doente crítico
- Definição de Doente crítico e tipos de transporte
- Etapas do transporte do doente crítico
- Transporte inter-hospitalar (classificação)
- Responsabilidade do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doente crítico
- Apresentação da chek List no processo de transferência inter-hospitalar
- Fisiopatologia e efeitos adversos do meio de transporte
- Material e mala de transporte
- Mobilização e imobilização do doente crítico
- Ventilação mecânica no transporte do doente crítico
- Farmacologia no transporte inter-hospitalar de doente crítico
- Incidentes, acidentes e problemas potenciais.
- Transporte do doente crítico infetado/colonizado
- Situações especiais (politraumatizado, TCE, TVM, gravidez e queimado)

Metodologia e Recursos

Metodologia: Expositiva

Meios audiovisuais: PC + projetor

Recursos materiais: Auditório

Avaliação da Sessão

Aplicação, no final da sessão, de um questionário de avaliação.

APÊNDICE 11: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

APRESENTAÇÃO DO GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO.

Objetivo da Sessão: Divulgar o guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, com o intuito de sistematizar e melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente transferido.

O preenchimento deste questionário avaliativo, tem como propósito a melhoria da formação e sua apresentação, e consequentemente perceber se os objetivos iniciais propostos foram atingidos.

Na sua avaliação, utilize a escala:

- 1- Insuficiente
- 2- Médio
- 3- Bom
- 4- Excelente

Quanto à sessão formativa:	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros?				
O tema abordado foi adequado à sua função profissional?				
Correspondeu às suas expectativas?				
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados?				
As instalações utilizadas foram adequadas?				
A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada?				
Quanto ao formador:	1	2	3	4
O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados?				
Demonstrou domínio do tema?				
Criou um clima favorável à participação dos formandos?				
Conseguiu esclarecer dúvidas colocadas durante a sessão?				
Resultados ao guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico	1	2	3	4
A existência do guia vai melhorar na preparação e prestação de cuidados ao doente transferido?				
A existência do guia vai colmatar as necessidades expressas?				
Como classifica o guia?				

Faça comentário/ sugestão de melhoria, relativamente à sessão

Faça comentário/ sugestão de melhoria, relativamente ao guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico

Nome

(facultativo): _____ Data: _____

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

APÊNDICE 12: ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

ANÁLISE DA FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Ficha de avaliação da formação, sobre a apresentação do Guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, aos enfermeiros do SU da instituição. Esta ficha tem como propósito a melhoria da formação e a sua apresentação, e consequentemente perceber se os objetivos iniciais propostos foram atingidos. Proposta de avaliação em três aspetos específicos, relacionados com a sessão formativa, com o formador e com os resultados do guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico. Para avaliação foi utilizada uma escala com os itens de insuficiente, médio, bom e muito bom.

Dos 17 enfermeiros à formação, responderam todos ao questionário proposto.

1. QUANTO À SESSÃO FORMATIVA

1.1 Os objetivos da sessão foram claros?



Ilustração 4: Objetivos da sessão

Dos dados colhidos, 82% dos inquiridos responderam que os objetivos da sessão foram muito bons, ou seja altamente claros. Os restantes 18 %, responderam bom.

1.2. O tema abordado foi adequado à sua função profissional?



Ilustração 5: Adequado à sua função profissional

Dos 94% dos inquiridos, a resposta foi muito bom, demonstrando que o tema abordado está muito adequado à função profissional. Apenas 6 % respondeu Bom. Não houve nenhum elemento que achasse que este tema não estivesse adequado à função.

1.3. Correspondeu às suas expetativas?



Ilustração 6: Corresponde à sua expectativa

A maioria respondeu muito positivamente à questão, cerca de 76%. Dos restantes 24%, a resposta foi bom, ou seja, igualmente positiva, na resposta à expectativa criada.

1.4 Os meios audiovisuais utilizados foram adequados?



Ilustração 7. Os meios audiovisuais

A maioria das respostas foram muito positivas à questão colocada, com cerca de 65%. Os restantes 35% responderam bom. Não houve nenhuma resposta negativa.

1.5 As instalações utilizadas foram adequadas?



Ilustração 8: Instalações

A grande maioria, ou seja 94% refere que o auditório usado, foi muito adequado. Apenas 6% referiu que a instalação era boa.

1.6. A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada?



Ilustração 9. Duração da sessão

A maioria dos inquiridos, responderam bom, à duração da sessão, uma vez que foi uma sessão de duas horas. No entanto com valores igualmente respondidos, o médio e muito bom, também foram selecionados. Com uma pequena discussão no final da sessão, foi ponderada a hipóteses de dividir a apresentação encurtando a duração da sessão.

2. QUANTO AO FORMADOR:

2.1 O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados?



Ilustração 10: Transmissão dos conteúdos pelo formador

Cerca de 82% dos inquiridos responderam que a forma da transmissão dos conteúdos, pelo formador, foi muito boa e cerca de 18%, responderam bom.

2.2. Demonstrou domínio do tema?



Ilustração 11. Domínio sobre o tema

Apenas 6% dos inquiridos, referiram que o formador tinha bom domínio sobre o tema exposto, ao passo que 94% dos restantes elementos achou que o formador possuía domínio ao nível do muito bom.

2.3. Criou um clima favorável à participação dos formandos?



Ilustração 12. Clima para a participação

Cerca de 76%, achou que o clima criado durante a sessão, que proporcionasse a participação dos formandos, foi muito boa e os restantes 24% achou que foi boa.

2.4. Conseguiu esclarecer dúvidas colocadas durante a sessão?



Ilustração 13: Esclarecimento de dúvidas

Os 76% dos inquiridos responderam que o formador esclareceu as dúvidas de forma, muito boa e os restantes 24 % responderam boa.

3. RESULTADOS AO GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO

3.1 A existência do guia vai melhorar na preparação e prestação de cuidados ao doente transferido?



Ilustração 14: O guia vai melhorar na preparação e prestação de cuidados

A grande maioria dos inquiridos, cerca de 88%, respondeu que o guia vai, sem dúvida alguma, melhorar a preparação e prestação de cuidados do doente transferido. O restante 12 % respondeu positivamente, como bom, à consequência da existência do guia.

3.2 A existência do guia vai colmatar as necessidades expressas?



Ilustração 15: Guia como resposta às necessidades

A maioria respondeu afirmativamente ao guia como resposta às necessidades expressas. Cerca de 59% respondeu como muito bom, sugere que o guia responde à maioria das necessidades e os restantes, cerca de 41%, respondeu muito bom, que o guia deverá responder a todas as necessidades expressas.

3.3. Como classifica o guia?



Ilustração 16: Classificação do guia

A maioria, cerca de 65%, respondeu como muito bom e os restantes 35% respondeu bom. Não houve nenhum elemento a classificar o guia como médio ou insuficiente.

4.FAÇA COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES DE MELHORIA, RELATIVAMENTE À SESSÃO.

Houve apenas quatro respostas, sendo elas:

RESPOSTA	COMENTÁRIO/ SUGESTÃO À SESSÃO
1	"...aumentar o tempo de apresentação..."
2	" A duração da sessão foi longa, mas o tema julgo que foi bem guiado pela formadora"
3	"Conteúdo adquirido, discutidos pontos chaves para o serviço"
4	" Tema com necessidade de reavaliação, já há muito tempo expresso"

tabela 2: Comentário/ sugestão à sessão

Duas sugestões dadas relacionadas com a duração da sessão. Foi uma sessão programada inicialmente para apenas uma hora e à posterior teve que ser aumentada, uma vez que iríamos apresentar o guia, em apenas uma sessão, onde inicialmente estaria programada para ser em diferentes sessões. Como houve dificuldade em ocupar o auditório para as diversas formações, tivemos que alterar o programa inicial para apenas uma sessão, aumentando assim o conteúdo.

Dois comentários em relação ao tema, mais uma vez dando feedback á necessidade expressa dos colegas.

5. FAÇA COMENTÁRIO/SUGESTÃO DE MELHORIA, RELATIVAMENTE AO GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO

RESPOSTA	COMENTÁRIO/SUGESTÃO AO GUIA
1	"Criar uma data mensal ou quinzenal de forma a rever todo o material da mala"
2	" O guia é uma excelente ferramenta para orientar a transferência do doente"

tabela 3: Comentário/Sugestão ao Guia

Apenas dois dos inquiridos responderam à quinta questão, um sugeriu uma revisão da mala, que foi proposta uma revisão mensal, na 1ª segunda-feira de cada mês. O segundo inquirido, fez um comentário, mostrando a importância do guia, respondendo à necessidade expressa na fase de diagnóstico.

APÊNDICE 13: CHEK LIST DE VIA VERDE

MALA DE TRANSFERÊNCIA DE VIA VERDE CORONÁRIA

BOLSA ANTERIOR - MEDICAÇÃO											
1º FILA DE CIMA											
Fármaco	BOLSA A				BOLSA B				BOLSA C		
	Atropina				Adrenalina				Água destilada		Captopril
									Nitroglicerina		Nifedipina
Qt	10 amp.				10 amp.				2 amp		3 comp
									3 comp		3 comp
Validade	5/2014				9/2013				10/2014		6/2014
									5/2013		6/2013
2º FILA DE CIMA											
Fármaco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Amiodarona				Dopamina		Isoprenalina	DNI		Sulfato de magnésio
Qt		4 amp				2 amp		1 amp	2 amp.		1 amp
Validade		2/2013				10/2014		10/2012	5/2016		11/2016

BOLSA ANTERIOR - MEDICAÇÃO												
1º FILA DE BAIXO												
Fármaco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	Bicarbonato de sódio 8,4%	Gluconato de cálcio	Adenosina				Digoxina		Hidrocortisona			
Qt	1 amp	1 amp	3 amp				2 amp		3 amp			
Validade	2/2017	6/2014	2/2014				5/2016		1/2014			
2º FILA DE BAIXO												
Fármaco	1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11
	Propofol	Etomidato	Midazolam	Flumazenil	Diazepan	Tramal	Metoclopramida	Furosemda		Glicose Hipertônica		
Qt	1 amp	1 amp	1 amp	1 amp	2 amp	1 amp	2 amp	5 amp		2 amp		
Validade	11/2014	5/2013	11/2014	2/2013	2/2015	11/2016	1/2015	2/2015		10/2016		

BOLSA INTERIOR				
QT.	MATERIAL		VALIDADE	✓
1	Máquina de Glicémia	Tiras		
		Lancetas		
1	Seringa Opaca		4/2016	
1	Prolongador opaco		9/2016	
2	Seringas 50cc		9/2016	
2	Prolongador		11/2016	
1	Controlador de gota		3/2015	
1	Soro fisiológico 100cc		4/2017	
1	Dextrose 5 % 100cc		7/2016	
4	Etiquetas de identificação de fármacos		/	
1	Cutaset		1/2015	
2	Prolongadores com torneira		12/2015	
3	Sistemas de soro		4/2014	

MATERIAL PUNÇÃO				
QT.	MATERIAL		VALIDADE	✓
Vr.	Tiras de adesivo branco		/	
Vr.	Compressas não esterilizadas 5x5		/	
2	Abocath nº 22		2/2015	
2	Abocath nº 20		2/2015	
2	Abocath nº 18		3/2015	
2	Seringa 20cc		4/2017	
3	Seringa 10cc		4/2017	
4	Seringa 5cc		4/2016	
3	Seringa 2cc		1/2016	
Vr.	Agulha 25mm		9/2016	
2	Válvula anti-refluxo		9/2016	
2	Tampas		3/2017	

BOLSA POSTERIOR- VIA AEREA				
QT.	MATERIAL		VALIDADE	✓
1	Condutor		10/2016	
1	TOT nº 8		9/2016	
2	TOT nº 7,5		10/2016	
1	TOT nº 7		11/2016	
1	TOT nº 6,5		06/2016	

BOLSA LATERAL DIREITA				
QT.	MATERIAL		VALIDADE	✓
1	Tubo Nasofaríngeo			
1	Tubo Guedel nº 2		8/2016	
1	Tubo Guedel nº 3		4/2017	
1	Tubo Guedel nº 4		2/2017	

BOLSA LATERAL ESQUERDA				
QT	MATERIAL		VALIDADE	✓
1	Cabo laringoscópio		/	
1	Lâmina de laringoscópio nº 2		/	
1	Lâmina de laringoscópio nº 3		/	
1	Lâmina de laringoscópio nº 4		/	
1	Seringa 10cc		4/2017	
2	Fitas de nastro		/	
1	Lubrificante		1/2014	

MATERIAL DA AMBULÂNCIA “VIA VERDE”



LOCALIZAÇÃO	STOCK	MATERIAL	VALIDADE	✓
ARMÁRIO A (SOROS E OUTROS)	Vr.	Papel ZigZag	/	
	1	Gel		
	1	Adesivo castanho	/	
	Vr.	Eléctrodos	/	
	2	Soro Fisiológico 100cc	08/2014	
	2	Soro Fisiológico 500cc	04/2017	
	1	Soro Fisiológico 1000cc	04/2015	
	1	Lactato Ringer 500cc	11/2014	
	1	Tetraspan	12/2013	
	1	Soro de Lavagem	09/2013	

LOCALIZAÇÃO	STOCK	MATERIAL	VALIDADE	✓
ARMÁRIO B (VIA AEREA)	1	ambú	/	
	1	Mascara de ambu nº5, nº2	/	
	1	Mascara de alto fluxo	10/2014	
	1	Mascara venturi	06/2014	
	1	Mascara simples	06/2014	
	1	Tubo de O2	06/2014	
	1	Mascara de aerossol	11/2015	
	1	Oculo nasal	06/2016	
	1	Filtro de ambu	03/2013	
	1	Copo de O2	09/2015	
	2	Guedel nº 8	01/2016	
	2	Guedel nº 9	06/2016	
	2	Guedel nº10	05/2013	

APÊNDICE 14: GUIA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALR DE DOENTE CRITICO

2012



GUIA DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO



Serviço de Urgência

Elaborado por: Sara Antunes

Tutora: Enfermeira Suzel
Poucochinho

Docente Orientadora: Professora
Alice Ruivo



GUIA DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DE DOENTE CRÍTICO

SIGLAS

CCI	Comissão de controlo de infeção
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DEM	Dissociação Eletromecânica
DGS	Direção Geral de Saúde
EOT	Entubação oro-traqueal
EPI	Equipamento de protecção Individual
FC	Frequência cardíaca
FV	Fibrilhação Ventricular
GCS	Escala Coma de Glasgow
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
O ₂	Oxigénio
OM	Ordem dos médicos
PIC	Pressão intra craniana
SAQ	Superfície de área queimada
SAV	Suporte Avançado de Vida
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPO ₂	Saturação periférica de Oxigénio
SUMC	Serviço de Urgência Médico Cirúrgica
TA	Tensão arterial
TCE	Traumatismo crânio encefálico
TV	Taquicardia Ventricular
TVM	Traumatismo Vertebro- medular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. ASPETOS ÉTICO/LEGAIS DO TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO	6
2. ETAPAS DO TRANSPORTE	8
2.1 PRINCÍPIOS GERAIS	8
2.2 TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR OU SECUNDÁRIO	11
2.3 SERVIÇO DE TRANSPORTE	14
3. FISIOPATOLOGIA DO TRANSPORTE	16
3.1 TRANSPORTE E VARIAÇÕES DE VELOCIDADE	16
3.2 RUÍDO	17
3.3 TEMPERATURA E ALTITUDE	18
3.4 RECOMENDAÇÕES	21
4. MATERIAL DE TRANSPORTE	22
4.1 EQUIPAMENTO NO TRANSPORTE	22
4.2 MALA DE TRANSPORTE	24
5. MOBILIZAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO	27
5.1 MOBILIZAÇÕES	27
5.1.1 Estabilização cervical com alinhamento manual	27
5.1.2 Rolamento e Levantamento	27
5.2 IMOBILIZADORES	29
5.2.1 Colar cervical	29
5.2.2 Plano Duro e Aranha	30
5.2.3 Maca Coquille	30
5.2.4 Colete de extracção	30
5.2.5 Riscos associados à imobilização	31
6. VENTILAÇÃO MECÂNICA NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO	32
6.1 CONCEITOS BÁSICOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA	32
6.2 MODOS VENTILATÓRIOS E MONITORIZAÇÃO	33

6.3 COMPLICAÇÕES	34
7. FARMACOLOGIA NO TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO	35
7.1 SEDO-ANALGESIA	36
7.2 FÁRMACOS VASOATIVOS E FLUIDOTERAPIA	38
7.3 FÁRMACOS DE REANIMAÇÃO	40
8. INCIDENTES, ACIDENTES E PROBLEMAS POTENCIAIS	43
9. TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INFETADO/COLONIZADO	47
9.1 QUAL A INFEÇÃO?	48
9.2 HIGIENE DAS MÃOS	49
9.3 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	50
9.4 LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO DE MATERIAL E EQUIPAMENTO	53
9.5 ROUPA E RESÍDUOS	53
10. SITUAÇÕES ESPECIAIS	55
10.1 ABORDAGEM GERAL DO DOENTE POLI TRAUMATIZADO	55
10.2 TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO (TCE)	57
10.3 TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR (TVM)	59
10.4 GRAVIDEZ	60
10.5 QUEIMADO	60
11. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E MANOBRAS DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) DURANTE O TRANSPORTE	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	66
BIBLIOGRÁFICAS	66
ELETRÓNICAS	66
ANEXOS	67
ANEXO Nº 1: SISTEMA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE TRANSPORTE	66
ANEXO Nº 2: AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	66

ANEXO Nº 3: ALGORITMO DO TRANSPORTE SECUNDÁRIO OU INTER-HOSPITALAR.....	66
ANEXO Nº 4: REQUISICÃO DE TRANSPORTE DE DOENTES- MOD AD – 31/05	66
ANEXO Nº 5: BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE TRANSPORTE DE DOENTES- MOD PC – 40/03	66
ANEXO Nº 6: REGISTO DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTE POR FUNCIONÁRIO- MOD PC – 38/01	66
ANEXO Nº 7: ALGORITMO DA BRADICARDIA.....	66
ANEXO Nº 8: ALGORITMO DA TAQUICARDIA COM PULSO.....	66
ANEXO Nº 9: ALGORITMO DE SAV	66
APÊNDICES	
APÊNDICE Nº 1: CHEK LIST DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DE DOENTE	66
APÊNDICE Nº 2: CHEK LIST DE VERIFICAÇÃO E REPOSIÇÃO DA MALA DE TRANSPORTE.....	66
APÊNDICE Nº 3: CHEK LIST DA MALA DE MEDICAÇÃO DE REANIMAÇÃO	66

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1: MONITOR PHILIPS.....	22
ILUSTRAÇÃO 2: LARINGOSCÓPIO	22
ILUSTRAÇÃO 3: GARRAFA DE O ₂	22
ILUSTRAÇÃO 4: VENTILADOR OXYLOG 3000	23
ILUSTRAÇÃO 5: FÁRMACOS DE REANIMAÇÃO.....	23
ILUSTRAÇÃO 6: SERINGA INFUSORA DA BRAUN.....	23
ILUSTRAÇÃO 7: ASPIRADOR DE SECREÇÕES.....	24
ILUSTRAÇÃO 8: MALA DE TRANSPORTE.....	24
ILUSTRAÇÃO 9: LESÃO DA CERVICAL.....	25
ILUSTRAÇÃO 10: TÉCNICA DE ROLAMENTO.....	25
ILUSTRAÇÃO 11: TÉCNICA DE LEVANTAMENTO	26
ILUSTRAÇÃO 12: MACA PLUMA	26
ILUSTRAÇÃO 13: COLARES CERVICAIS.....	27
ILUSTRAÇÃO 14: ESTABILIZADORES DE CABEÇA.....	27
ILUSTRAÇÃO 15: PLANO DURO	28
ILUSTRAÇÃO 16: "ARANHA"	28
ILUSTRAÇÃO 17: MACA COQUILLE.....	28
ILUSTRAÇÃO 18: COLETE DE EXTRAÇÃO	28
ILUSTRAÇÃO 19: OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS	46
ILUSTRAÇÃO 20: EPI	47
ILUSTRAÇÃO 21: AMBULÂNCIA.....	49
ILUSTRAÇÃO 22: CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	50

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: FÁRMACOS DE REANIMAÇÃO.....	23
TABELA 2: ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS À DOR AGUDA (NEUTEL, 2010).....	34
TABELA 3: OBJETIVOS TERAPÊUTICOS NA REDUÇÃO DA DOR.....	37
TABELA 4: INCIDENTES RELACIONADOS COM O EQUIPAMENTO.....	44
TABELA 5: INCIDENTES RELACIONADOS COM O DOENTE/ PESSOAL.....	44
TABELA 6: TIPO DE ISOLAMENTO E SUAS PRECAUÇÕES BÁSICAS.....	52
TABELA 7: PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO POR AGENTE INFECIOSO.....	53
TABELA 8: COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DOS EPI (NORMAS CHBA).....	53
TABELA 9: CHECK LIST DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DE DOENTE.....	89

INTRODUÇÃO

Este guia aparece no enquadramento do Projeto de Intervenção em Serviço, inserido no estágio do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Foi orientado pela Professora Alice Ruivo e tutorado pela Enfermeira Especialista Suzel Poucochinho.

A urgência do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) é Médico-Cirúrgica (SUMC), há carência de especialidades fundamentais na resolução de algumas patologias. Segundo o relatório de contas do CHBA, tem havido ao longo dos anos um aumento significativo de transferências de doentes críticos para outras unidades hospitalares, sendo o último registo anual de 1,4%, cerca de 1844 utentes transferidos para unidades com maior diferenciação, perfazendo uma média diária de cinco transferências (CHBA, 2010).

O enfermeiro é um dos profissionais que exerce um papel crucial e fundamental na equipa multidisciplinar responsável pela transferência do doente crítico e segundo a Orientação técnica de Enfermagem Nº1/E/OT do CHBA, onde diz “... todos os profissionais envolvidos estão obrigados a participar nas transferências de doentes para outros hospitais...”, de acordo com os padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros em relação à organização dos cuidados de enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional e pelo nosso Código Deontológico (artigo 83º), no direito ao cuidado, assegurando a continuidade. Todos os colegas estão sujeitos a acompanhamento de doentes críticos.

A maior parte das complicações que surgem decorrentes de um transporte de doente crítico, são por falta de formação e competência da equipa, durante o planeamento e sua sistematização (Nogueira, menciona Brokalaki, 2004).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) a existência de um guia de transporte de doentes críticos serve como um documento, que funciona como requisito mínimo ao transporte de qualquer doente crítico, sendo primordial que cada instituição deva operacionalizar uma política formal de transporte, com responsabilidades identificadas, organização das equipas e formação específica (OM & SPCI, 2008).

Neste sentido, a construção deste guia tem como objetivo geral a orientação e sistematização procedimentos necessários e prévios, à transferência inter-hospitalar de doentes críticos.

Como objetivos específicos, temos:

1. Divulgar e sistematizar todo o processo de preparação de uma transferência inter-hospitalar de doente crítico;
2. Conhecer o material e equipamento disponível para a transferência inter-hospitalar;
3. Conhecer o papel de cada elemento nas diversas etapas de transferência;
4. Conhecer a logística e todo o processo burocrático;
5. Criação de cheK list, que sistematizem toda a atuação.

O guia está dividido em onze partes, onde no primeiro capítulo, são focados os aspetos ético/legais relacionados com o transporte de doente crítico; na segunda parte, menciona-se as etapas do transporte, dando relevância a princípios gerais, ao transporte inter-hospitalar ou secundário e ao serviço de transporte do CHBA. Na terceira parte, especifica-se a fisiopatologia do transporte, onde se subdivide o capítulo por transporte e variações de velocidade; ruído; temperatura e altitude e por fim recomendações importantes. Na quarta parte, menciona-se o material disponível ao transporte, equipamento no transporte e mala de transporte. No quinto capítulo, refere-se à mobilização e imobilização do doente crítico. Na sexta parte, fala-se da ventilação mecânica no transporte do doente crítico. Na sétima parte, a farmacologia, com especial importância na sedo-analgesia, medicação vasoativa, de reanimação e fluidoterapia. No capítulo seguinte, menciona-se incidentes, acidentes e problemas potenciais. No nono capítulo, expõe-se o transporte do doente crítico infetado/colonizado, com importância ao tipo de infeção, à higienização das mãos, ao EPI, à limpeza, descontaminação do material e equipamento e por fim, roupa e resíduos. Na décima parte, menciona-se algumas situações especiais, como o politraumatizado, o TCE, TVM, a gravidez e o queimado. Na última parte, especifica-se certos procedimentos especiais e manobras de SAV durante o transporte.

2. ASPETOS ÉTICO/LEGAIS DO TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

O transporte deve ser refletido através do risco/benefício ao utente, mas justifica-se a sua realização entre hospitais, pela necessidade de um nível assistencial superior, por necessidade valências inexistentes na instituição que assegure de forma eficaz a continuidade dos cuidados, ou ainda, na realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis na instituição (OM & SPCI, 2008). A mesma sociedade refere que a transferência de doentes, só por si já envolve riscos, para o doente e equipa que o transporta, por isso, recomenda que todas as medidas apropriadas sejam realizadas antes da sua efetivação, pois se surgir alguma alteração, que seja inerente à patologia e não decorrente ao transporte em si. Isto significa que, se há potencial benefício da transferência, o nível e qualidade dos cuidados prestados no transporte, devem ser considerados como uma extensão da unidade de saúde.

Os aspetos ético-legais que envolvem a questão do transporte do doente crítico prendem-se a um princípio ético que se coloca na prestação de cuidados, o **princípio da beneficência**, onde justifica o transporte secundário a outra unidade hospital, com todo o risco existente, se interferir de forma positiva no prognóstico do doente transferido.

No sentido de redução do risco e na manutenção da qualidade dos cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar de doente crítico, cada instituição deve assegurar estes pontos, criando documentos e normas com orientações legais e recomendações de sociedades científicas em cuidados urgentes e emergentes, no intuito de transformar e criar condições na prestação de boas práticas (OM & SPCI, 2008).

A Responsabilidade técnica e legal, na decisão de transferir um doente é um ato médico. No entanto, o transporte deve ser considerado como uma extensão do hospital, por isso cabe ao médico assistente e à equipa, a efetivação do transporte e a responsabilidade de criar condições logísticas e humanas para manter os padrões de qualidade, nos cuidados prestados (OM & SPCI, 2008).

Em Portugal, existem instrumentos legais relevantes que facilitam a aplicação dessas normas: Portaria n.º 402/2007, de 10 de Abril, com o regulamento de transporte de doentes; Decreto-Lei n.º 38/92, com o enquadramento legal do transporte de doentes; a Lei n.º 48/90 de Bases da Saúde; Lei n.º 12/97 que regula a atividade de transporte de doentes por corpos de bombeiros e cruz vermelha Portuguesa e ainda o regulamento do tipo de ambulância a usar

no transporte inter-hospitalar de doentes graves/críticos, através da Portaria n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro.

Relativamente ao acompanhamento do doente no Código Deontológico alínea a) do Artigo nº 83 diz, que o enfermeiro deve “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”. Na alínea d, nº 4, Artigo 5º do REPE também diz “*mais, os cuidados de enfermagem são caracterizados, por englobarem, entre outros, de acordo com o grau de dependência da pessoa, o encaminhamento para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou a promoção da intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro*”.

2. ETAPAS DO TRANSPORTE

A SPCI definiu o doente crítico como aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica. Neste sentido e atendendo que a nossa instituição hospitalar é um SUMC, com carência de determinadas especialidades, o transporte inter-hospitalar justifica-se, mas nunca colocando de parte a noção do risco/ benefício da transferência.

2.1. PRINCÍPIOS GERAIS

Há vários tipos de transporte de doente crítico, pode ser primário ou pré-hospitalar, secundário (inter-hospitalar), ou terciário (intra-hospitalar) que corresponde a transporte de doentes na mesma unidade hospitalar. No entanto, neste guia iremos abordar apenas o secundário, que envolve algumas etapas: Decisão, Planeamento e Efetivação.

DECISÃO

A decisão de transferir um doente crítico, é um ato médico. Equacionando o risco/ benefício na transferência, mas sempre considerando o transporte como uma extensão do hospital, mantendo os cuidados e as boas práticas, associadas aos cuidados. Para isso nesta etapa, há passos que devem ser cumpridos, como:

1. Identificar e otimizar o doente crítico.
2. Avaliar capacidades/limitações da unidade de saúde.
3. Avaliar riscos e benefícios da transferência.
4. Consentimento informado

PLANEAMENTO

O planeamento é feito pela equipa médica e de enfermagem, em articulação com a admissão de doentes e central de transporte. Deve cumprir determinados passos:

1. Determinação do hospital recetor.

O hospital recetor deve reunir os meios técnicos e humanos necessários ao tratamento do doente e deve ser o mais próximo do hospital de origem. Mas cabe ao hospital emissor prever esses meios e certificar-se que o hospital recetor os tem.

Só poderão ser negadas as transferências pelos hospitais de referência, quando não existam as valências necessárias para dar continuidade aos cuidados ou não existam recursos técnicos disponíveis. Nesta situação, deverá o hospital emissor procurar um outro local ou socorrer-se do Centro de orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

2. Coordenação e comunicação pré-transporte.

Contatar o hospital recetor. O médico deverá transmitir a informação ao médico da outra instituição e garantir que este o recebe, os nomes de ambos devem estar colocados no formulário de transferência.

Na transmissão de informação, deverá constar:

- Identificação e idade do doente;
- Resumo do estado clínico;
- A utilização da mnemónica “A,B,C,D,E” - ventilação mecânica, suporte hemodinâmico, ...;
- Patologia associada relevante;
- Resposta à terapêutica em curso e resultados dos exames realizados,
- Justificação do pedido de transferência com enumeração das intervenções e especialidades necessárias.

Conhecer a hora da disponibilidade do transporte, para ser também transmitido ao hospital recetor da hora provável de chegada.

3. Escolha do meio de transporte.

Ambulância ou helicóptero.

4. Equipa, equipamento e monitorização que acompanham o doente

Num estudo realizado, pela direcção do CHBA em 1999, onde já mostrava um acréscimo de doentes críticos transferidos, foi criada uma equipa fixa de enfermeiros que assegura-se as transferências. Com o passar dos anos e com o aumento significativo de acompanhamento de enfermagem ao doente crítico, fez-se novo estudo em 2006 e reforçou-se a equipa do SU, de modo a poderem assegurar a totalidade das transferências existentes, nos turnos da tarde e noite (CHBA, 2010).

9

Segundo a SPCI (2008), o transporte deve ser acompanhado no mínimo por dois profissionais, médico e enfermeiro. Estes devem ter experiência em reanimação ou em transporte de doentes críticos.

O Sistema de Estratificação de Risco de Transporte (Etxebarria mencionado em SPCI, 2009) foi adaptado e é utilizado para definir o nível de cuidados requeridos durante a transferência de doentes (Anexo nº1). Epidemiologicamente, um score superior ou igual a 7, está correlacionado com complicações durante o transporte e exige um nível assistencial superior (Anexo nº2).

EFETIVAÇÃO

Fica a cargo da equipa de acompanhamento seleccionada, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento da entrega do doente à equipa de profissionais de saúde do hospital recetor.

1. Reavaliação do estado clínico para transporte imediato

A equipa de transporte ao assumir a responsabilidade, deve certificar-se que foram tomadas as medidas necessárias para otimizar o transporte. Nesta fase, deve também ser confirmado o bom funcionamento do equipamento, o stock de drogas e fluidos necessários, assim como, toda a informação a levar.

2. Transporte e estabilização pós-transporte

Durante o transporte, os papéis de cada elemento da equipa devem estar bem definidos. A monitorização, equipamento e terapêutica em curso, devem ser reavaliados durante o transporte e adequados à situação clínica. Deve haver um registo do transporte.

Todos os passos são guiados por um Algoritmo do transporte secundário ou inter-hospitalar, já estruturado e fundamentado (SPCI, 2009). (Anexo nº3)

2.2 TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR OU SECUNDÁRIO

A necessidade de transportar doentes críticos tem aumentado ao longo dos anos, e paralelamente é notório um maior investimento no sentido de melhorar a qualidade dos

10

cuidados prestados, que passa pela disponibilização dos recursos adequados, quer técnicos e humanos (OM & SPCI, 2008).

A definição conhecida de transporte inter-hospitalar ou secundário, é o transporte de doentes entre unidades hospitalares, pela necessidade de um nível assistencial superior ou especializado ou para realização de exames complementares de diagnóstico, não efetuada na instituição de origem (OM & SPCI, 2008).

O transporte não deve ser iniciado sem uma otimização prévia do estado clínico, que pode não resultar numa estabilização duradoura das funções vitais, mas que muitas vezes é suficiente para permitir viabilizar um transporte seguro (Anexo nº2).

O número de profissionais envolvidos (médico/enfermeiro) no transporte de doente crítico depende da gravidade da situação clínica. Estes devem ter competência na abordagem da via aérea, reanimação e ter capacidade para interpretar possíveis alterações cardiovasculares e respiratórias, que ocorram durante o transporte. O resultado da aplicação anterior, define o nível de gravidade do doente (A, B ou C) indicando em cada caso as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo. Apenas os doentes classificados como C correspondem ao doente crítico.

Durante a preparação do transporte secundário de doentes de nível C deve ser seguida a seguinte Chek list do processo de transferência inter-hospitalar de doente (Apêndice nº 1).

Responsabilidade do Médico, segundo indicações da SPCI:

- Decide o transporte do doente crítico;
- Regista no processo clínico as indicações para o transporte;
- Determina a necessidade, em conjunto com o enfermeiro, da equipa de acompanhamento aplicando a “Avaliação para o transporte intra-hospitalar” (Anexo nº1 e nº 2);
- Assegura o acompanhamento médico, se doentes de nível C.
- Prepara informação clínica;
- Contata com o serviço recetor;
- Seleciona os meios adequados de monitorização;
- Prevê complicações médicas possíveis;
- Regista a evolução do estado do doente no processo clínico;

11

- Informa o doente ou representante legal da razão da necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino;
- Informa o serviço recetor da situação clínica e das intervenções terapêuticas previsíveis, indica a hora provável de chegada;
- Notifica o hospital/ serviço de destino, em caso de cancelamento da transferência;
- Revê, em conjunto com o enfermeiro, a Chek list do processo de transferência inter-hospitalar de doente (Apêndice nº1).
- Preencher requisição de transporte de doentes – MOD AD – 31/05 (Anexo nº 4); Boletim de Acompanhamento de Transporte de Doentes – MOD PC – 40/03 (Anexo nº5).

Responsabilidade do Enfermeiro:

- Determina a necessidade, em conjunto com o médico, da equipa de acompanhamento aplicando a “Avaliação para o transporte intra-hospitalar” (Anexo nº1 e nº 2);
- Acompanha os doentes de nível B e C;
- Antes de iniciar o transporte (recolha de informação e preparação da transferência)
 1. Conhece o doente: apresenta-se, se for possível (de acordo com a escala de coma de Glasgow- GCS), gera empatia, informa em relação ao destino, duração e os motivos do transporte. Confirmar se os familiares têm conhecimento da transferência do doente.
 2. Conhece situação clínica: Informa-se da situação clínica do doente, avalia as necessidades de monitorização e confirma as indicações médicas referidas na folha de transferência de enfermagem.
 3. Verifica o estado do doente: Permeabilidade dos acessos venosos, periféricos ou centrais, as perfusões, o estado de consciência do doente, algalia, estado dos pensos...
 4. Espólio de roupa e valores: realização do espólio roupa e valores. Transferir com uma bata descartável. Só leva o espólio, se for para área de residência.
 5. Em relação ao transporte: Confirma na admissão de doentes, o pedido de transporte, se sabe a que hora chega a viatura, no sentido de organizar o processo do doente e o equipamento necessário.
 6. Verifica os documentos: Verifica se a informação clínica está disponível, recolha da informação de enfermagem e exames.

12

7. Verifica se houve contato prévio com a instituição que recebe o doente: Importante verificar se na informação vem o nome do médico contactado.
8. Coordenar e comunicar: informa o chefe de equipa de enfermagem da transferência, de modo a que este possa reorganizar a equipa.
9. Preparação do material e medicação para o transporte: Prepara a medicação segundo as indicações terapêuticas na folha de transferências de enfermagem.
 - Providencia os meios adequados de monitorização selecionados pelo médico;
 - Prevê complicações de enfermagem possíveis;
 - Escreve as ocorrências de enfermagem;
 - Revê, em conjunto com o médico, a Chek list do processo de transferência inter-hospitalar de doente (Apêndice Nº 1).
 - Arquiva o Boletim de Acompanhamento de Transporte de Doentes – MOD PC – 40/03 (Anexo nº5) e o Registo de acompanhamento de doente por funcionário – MOD AP – 38/ 01 (Anexo nº6), devidamente preenchido no serviço de origem.

SERVIÇOS EM CARÊNCIA NO CHBA E HOSPITAL DE REFERÊNCIA

1. UNIDADE DE INTERVENÇÃO CARDIOVASCULAR (Carência de sala de hemodinâmica).
 - Hospital de Faro, unidade de cardiologia, UCIC ou Hospital Particular Alvor.
2. COLOCAÇÃO PACE MAKER DEFINITIVO (Carência de sala de hemodinâmica)
 - Hospital de Faro, unidade de cardiologia, UCIC.
3. NEFROLOGIA E/OU UROLOGIA (carência de especialidade de nefrologia e urologia)
 - Hospital de Faro.
4. GASTROENTEROLOGIA (Realização de exames como endoscopia/colonoscopia urgente)
 - Hospital de Faro.
5. NEUROCIRURGIA (Falta da especialidade de neurocirurgia)
 - Hospital de Faro e Hospital de S. José (Lisboa).
6. UNIDADE DE TRAUMA VERTEBRO-MEDULAR
 - Hospital de S. José (Lisboa), UVM.
7. CIRURGIA MAXILOFACIAL (necessidade de especialidade)
 - Hospital de S. José (Lisboa).
8. CIRURGIA VASCULAR E/OU CARDIACA
 - Hospital de Santa Marta (Lisboa).

13

9. PSIQUIATRIA
 - Hospital de Faro ou Curry Cabral (Lisboa)
10. NECESSIDADE DE VAGAS DE UCI:
 - Procura de vagas começando com a distância mais próxima do hospital de origem.

O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PODE SER:

- Terrestre
- Aéreo (helicóptero ou avião)
- Marítimo (em situações muito especiais)

Transporte Terrestre (Ambulância) – para distâncias inferiores a 150Km e com duração menor que 90 minutos, tem como vantagem um transporte direto sem grandes mobilizações do doente. Implica custos mais baixos e poucas são as alterações climáticas que restringem a sua efetivação. Está associado a efeitos de aceleração-desaceleração, vibração, ruído e temperatura.

Transporte Aéreo (helicópteros e aviões) – para um transporte rápido para um hospital distante ou localizados em área geográfica adversa, com estradas mal conservadas ou em zonas montanhosas. Trata-se de um meio mais dispendioso que necessita de, uma equipa treinada, de locais apropriados para aterragem e de condições meteorológicas favoráveis. Por vezes, implica uma maior mobilização do doente, quando os hospitais de origem e destino não possuem heliportos.

2.3 SERVIÇO DE TRANSPORTE

A maior parte dos transportes inter-hospitalares são realizados por diferentes corporações de bombeiros do Algarve: Silves, Messines, Lagoa, Lagos, Portimão, Vila do Bispo e Aljezur. Outros meios usados podem ser, os motoristas do próprio hospital, Cruz Vermelha Portuguesa e Fresenius Medical Care.

DINÂMICA COM A EQUIPA PRESTADORA DE CUIDADOS:

- Informar: Dar informação sobre a situação clínica do doente, o seu destino e transmitir algumas indicações de foro logístico, como por exemplo, a velocidade da viatura (lesão medular).
- Colocar e verificar todo o material na ambulância antes do transporte.

14

- Colocar o doente na ambulância: Atenção ao transporte do doente, na passagem para a maca. Todo o movimento deverá ser previamente coordenado.
- Dentro da ambulância: antes do início do transporte, verificar se todo o equipamento está a funcionar corretamente, monitorizar o doente e avaliar sinais vitais, se doente ventilado reforçar a fixação do tubo endotraqueal, verificar a permeabilidade dos acessos periféricos e por fim, administrar medicação SOS se necessário.
- Documentos: Verificar que todos os documentos estão no interior da ambulância.
- Avançar: O condutor da corporação só inicia o transporte após indicação prévia, confirma a segurança do doente com cintos colocados e da equipa.

15

3. FISIOPATOLOGIA DO TRANSPORTE

O transporte de um doente crítico baseia-se essencialmente numa avaliação sobre os benefícios e os riscos que podem ocorrer. Assim, é fundamental que a equipa responsável pela transferência, conheça o tipo de transporte, as suas implicações na situação clínica do doente e proceda à implementação de medidas necessárias para minimizar possíveis complicações.

Meios de Transporte: Terrestre (ambulância); Aéreo (helicóptero) e Marítimo/Fluvial (barco).

De acordo com os meios de transporte disponíveis deve selecionar-se o mais adequado à situação clínica do doente, englobando:

- A patologia;
- A necessidade de procedimentos médicos/enfermagem no decurso do transporte;
- A urgência do transporte;
- Os meios de transporte disponíveis;
- A rapidez de acesso aos meios de transporte;
- A disponibilidade da equipa e equipamento;
- A distância entre o local de origem e o destino;
- Fatores geográficos e climatéricos;
- Tráfego;
- Riscos inerentes ao meio de transporte;
- Relação custo-benefício.

Independentemente do meio de transporte a ser usado, as condições de segurança e conforto para o doente e equipa, e a assistência ao doente no decurso da transferência, devem estar asseguradas.

Outros fatores específicos a ter em conta, são: a iluminação da célula sanitária, o veículo em si e os efeitos adversos sobre o doente; as variações de velocidade (aceleração/desaceleração), vibrações e ruído, temperatura e altitude.

3.1 TRANSPORTE E VARIAÇÕES DE VELOCIDADE

Apesar do corpo humano estar adaptado aos efeitos existentes da gravidade e às constantes variações de velocidade impostas, numa situação de alterações repentinas o seu efeito pode modificar a sua homeostasia.

Com mudanças bruscas de velocidade (aceleração/desaceleração), o corpo desencadeia respostas compensatórias por mecanismo de reflexos. Por exemplo, numa

16

situação de aceleração forte, num doente em decúbito dorsal numa maca, o sangue desloca-se para os pés ou em constante aceleração, o sangue acumular-se-á nos membros inferiores (SPCI, 2009).

Os problemas das vibrações incluem:

- Desconforto / fadiga por esforço muscular na tentativa de estabilizar o corpo.
- Baixas frequências - visão turva, respiração superficial, enjoo, dor abdominal e torácica.
- Aumento das necessidades em sedação e analgesia.
- Maior desconforto nas fraturas.
- Dificuldade em palpar pulso.
- Interferência com equipamento (sistemas eletrónicos de monitorização e “pacemakers”, avaliação da pressão arterial pode falhar a leitura).
- Sensores, elétrodos e derivações, podem ser facilmente desconetados e deslocados.

Todos estes efeitos, podem ser minimizados através de uma condução prudente e de uma correta colocação e imobilização do doente na maca.

3.2 RUÍDO

O ruído pode ser um fator desencadeante de stress no doente e na equipa. Em excesso, pode interferir com os cuidados ao doente, por se tornar desconfortável.

A exposição prolongada e intensa pode provocar:

- Cefaleias;
- Desconforto do ouvido/ vertigens;
- Fadiga;
- Náuseas e vómitos;
- Hiperventilação/ taquicardia;
- Alterações na concentração, na realização de algumas tarefas;
- Alterações visuais.

O ruído impõe outros problemas à equipa:

- Uma comunicação difícil;
- Os alarmes sonoros podem não ser ouvidos.

17

O transporte por helicóptero apresenta elevado nível de ruído, pelo que, devem ser usados protetores de ouvidos pela equipa médica e doente.

3.3 TEMPERATURA E ALTITUDE

TEMPERATURA

Temos de considerar a temperatura no destino e as influências prováveis durante o transporte. Se partimos de um ambiente quente mas espera-nos um destino mais frio ou chegada à noite, devemos levar cobertores.

Doentes hipotérmicos devem ser aquecidos antes da transferência. O modo de transporte, por si só, pode afetar a termorregulação, através:

- As vibrações podem induzir vasoconstrição e diminuição da capacidade de suar.
- O doente com hipertermia pode estar impossibilitado de desencadear o arrefecimento.
- As vibrações também podem agravar as condições do doente hipotérmico.

No transporte aéreo a temperatura exterior da aeronave diminui (2°C por cada 1000 pés de altitude). A cabine é pressurizada e a temperatura controlada pela tripulação, mas o ar exterior apresenta níveis de humidade baixo, podendo causar irritações respiratórias, oftálmicas e uma menor fluidez das secreções brônquicas.

ALTITUDE

A compreensão da fisiologia da altitude baseia-se no conhecimento das leis físicas que regem o comportamento dos gases quando expostos a uma pressão reduzida. A mais importante é **Lei de Boyle**, que diz, que a uma temperatura constante, o volume de uma massa de gás é inversamente proporcional à pressão que suporta. Então o que faz, que à medida que a densidade e a pressão diminuem com o aumento de altitude, o volume de gás aumenta. Do mesmo modo, o volume de gás diminui com a diminuição da altitude.

EFEITOS FISIOLÓGICOS IMPORTANTES DA ALTITUDE

Na subida pela atmosfera, a composição relativa do ar mantém-se constante, no entanto a pressão e densidade diminuem.

Uma vez que o oxigénio “entra” no sangue dos capilares pulmonares por difusão, a Pressão Alveolar de Oxigénio (PAO₂) é a maior determinante da Pressão de Oxigénio Arterial

18

(PaO_2). Pela mesma razão, a PAO_2 define o limite superior da PaO_2 ; a PaO_2 nunca pode ser superior à PAO_2 . Na chamada situação “ideal” a PaO_2 pulmonar será igual à PAO_2 . Contudo, uma vez que as trocas nunca estão dentro deste ideal, a PaO_2 deve ser sempre inferior ao valor da PAO_2 calculada.

Hipoxia

A principal preocupação da fisiologia da altitude é a **hipoxia**, capaz de causar diminuição das funções fisiológicas e a expansão gasosa no organismo. O tipo de hipoxia mais relevante em voo é a **hipoxia hipobárica**, torna aparente acima dos 10 000 (3048 m) pés em indivíduos saudáveis.

Estádios fisiológicos da hipoxia:

1. Até 10 000 pés:
 - Saturação de oxigénio de 90 - 98% em indivíduos normais.
 - Sem sintomatologia.
2. De 10 000 - 15 000 pés:
 - Saturação de oxigénio de 80 - 90% em indivíduos normais.
 - Aumento da frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC) e tensão arterial sistólica (TAS).
 - Indivíduos saudáveis podem permanecer assintomáticos, outros começam a sentir náuseas, tonturas, letargia, cefaleias e fadiga. Após 15' de exposição, pode ocorrer, diminuição da eficiência, diminuição da coordenação e maior irritabilidade.

Expansão gasosa

O volume dos gases aumenta com a altitude, esta expansão pode provocar problemas a níveis dos órgãos e sistemas. Alguns exemplos:

- Sistema respiratório, agravamento de pneumotórax, insuficiência respiratória ou rutura de enfisema;
- Sistema ocular, aumento da pressão intra-ocular;
- Sistema gastrointestinal, deiscência de suturas, agravamento de ileus, hemorragias gástricas ou aumento da pressão diafragmática;
- Sistema auditivo, aumento da pressão timpânica e dos seios perinasais;

19

EFEITOS NO EQUIPAMENTO:

- Uso de mangas de pressão no soro para que possa perfundir adequadamente;
- Nos drenos torácicos, colocação de válvulas de Heimlich;
- Atenção ao aumento da pressão nos sistemas de drenagem;
- Os cuffs dos tubos endotraqueais devem ser preenchidos com soro ou água destilada para evitar compressão na traqueia e consequentemente necrose da mucosa traqueal;
- Os equipamentos pneumáticos, como macas ou talas modificam as suas pressões, devem ser substituídos.

PROBLEMAS ASSOCIADOS À EXPANSÃO DOS GASES E SUA RESOLUÇÃO:

1. Barotite média:
 - Manobras Valsalva ou movimentar a mandíbula;
 - Descongestionante nasal;
 - Combinado com o piloto a realização de uma descida e subida por patamares, de modo que os sintomas sejam aliviados;
 - Os doentes que dormem devem ser acordados antes da descida, de modo a que possam engolir mais frequentemente.
2. Barosinusite:
 - Descongestionante nasal.
3. Barodontalgia:
 - Analgesia.
4. Distensão abdominal:
 - Prevenção, através: evitar bebidas gaseificadas e refeições contendo alimentos produtores de gás (feijão) antes do voo, uso de roupa larga, nos doentes com oclusão intestinal, deve ser colocada uma sonda nasogástrica, em drenagem livre.
5. Problemas respiratórios:
 - Em doentes ventilados, vigilância apertada por risco de pneumotórax hipertensivo.

3.4 RECOMENDAÇÕES

20

1. A estabilização prévia do doente torna-se fundamental, pelas condições físicas e limitadas no interior de qualquer meio de transporte;
2. A imobilização adequada de modo, a minimizar os efeitos da aceleração/desaceleração e os da vibração;
3. Condução segura, com sinalética de marcha de emergência, sem sirenes;
4. Levar toda a informação clínica do doente e exames,
5. Verificação do material a levar, antes do transporte, de modo a prevenir situações inesperadas;
6. Fixar o material na ambulância, prevenindo quedas;
7. Fixar sondas, drenos, e sacos coletores de forma a manter a permeabilidade dos mesmos e minimizar riscos de traumatismos;
8. Material de reanimação cardio-respiratória deve ficar em lugar acessível;
9. Doentes agitados e confusos devem ser analgésicos, sedados e imobilizados, para sua segurança.

4. MATERIAL DE TRANSPORTE

O material a ser utilizado no transporte inter-hospitalar ou secundário, foi definido em recomendações específicas de boas práticas e depende do tipo de doente.

4.1 EQUIPAMENTO NO TRANSPORTE

Equipamento é o conjunto dos meios materiais necessários à prática de determinada atividade. Em Portugal, existem recomendações para o transporte do doente crítico, que exigem e definem o tipo de equipamento necessário.

O equipamento transportado deve ser apropriado a cada tipo de transporte. A duração do transporte, o diagnóstico e a severidade da patologia do doente e a intervenção terapêutica necessária. Ao selecionar material, deve ser dada especial atenção aos critérios de funcionalidade.

Está definido que o equipamento para efetuar um transporte inter-hospitalar inclui:

1. Monitor/Desfibrilhador de transporte com alarme

- Com traçado electrocardiográfico, saturação periférica de oxigénio (SpO₂), tensão arterial (TA), capnografia, temperatura e visualização contínua de duas medições de pressões invasivas.
- Desfibrilhação e “pacemaker” externo;



Ilustração 1: Monitor Philips

2. Material de intubação endotraqueal



Ilustração 2: Laringoscópio

Tubos Guedel, cabo de laringoscópio e lâminas apropriadas, tubos endotraqueais, condutor e insuflador manual.

3. Fonte de oxigénio

Com capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos.



Ilustração 3: Garrafa de O₂

4. Ventilador de transporte



Ilustração 4: Ventilador Oxylog 3000

Capaz, de regular o volume minuto/corrente, a frequência respiratória, limita a pressão na via aérea, FiO₂ de 100% e pressão positiva no final da expiração (PEEP), com alarmes de desconexão e de pressão máxima da via aérea.

5. Fármacos de reanimação e perfusões

Os fármacos devem estar disponíveis no transporte, mesmo que a situação clínica do doente, pareça não justificar.

Ilustração 5: Fármacos de reanimação



Adenosina	Adrenalina	Amiodarona	Atropina
Furosemida	Gluconato de cálcio	Nifedipina	Captopril
Morfina	Flumazenil	Insulina actrapid	Naloxona
Noradrenalina	Glucose hipertónica	Nitroglicerina s.l.	Tiopental
Isoprenalina	Heparina	Bicarbonato de sódio	Fenobarbital
Propofol	Paracetamol	Diazepam	Rocurónio
Labetalol	Salbutamol	Dinitrato Isossorbido	Midazolam
Manitol	Dopamina	Dobutamina	Verapamil
Metilprednisolona	Lidocaína 2%	Sulfato de magnésio	Etomidato

Tabela 1: Fármacos de reanimação



Ilustração 6: Seringa Infusora da Braun

Toda a terapêutica que o doente está a efetuar deve ser mantida durante o transporte. Atenção às perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras, à bateria e à sua dosagem, se necessário preparar novas perfusões.

23

6. Medicacões adicionais que possam ser administradas, de acordo com prescrição médica;

7. Aspirador eléctrico;



Ilustração 7: Aspirador de Secreções

8. Equipamento de comunicações, o uso de telemóveis.

9. Material para punção venosa e soros (risco de exteriorização durante o transporte).

O doente deve ser acompanhado com o mesmo nível de vigilância que dispunha no local de origem. É preferível transportar todo o equipamento recomendado, mesmo que nos pareça dispensável.

O mais importante, no que respeita ao equipamento, é conhece-lo bem, saber operá-lo com facilidade e ter o conhecimento teórico e prático sobre a sua utilização. Todo o material está localizado na arrecadação junto à reanimação.

4.2 MALA DE TRANSPORTE

Existem um conjunto de materiais que compõem o equipamento necessário para realizar transportes inter-hospitalares, que podemos integrar dentro de uma mala:

1. Material via aérea e para entubação endotraqueal
2. Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas
3. Fluidos
4. Fármacos (reanimação, terapêutica já pré-programada)



Ilustração 8: Mala de transporte

Mala existente no serviço de urgência do CHBA, com todo o material anteriormente mencionado. Feita uma chek list de verificação e reposição (Apêndice nº 2)

24

5. MOBILIZAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

No transporte do doente crítico, há alguns cuidados específicos, de modo a prevenir eventuais lesões e/ou evitar o agravamento de lesões já existentes. Por exemplo, no caso de vítimas de trauma, é fundamental para um transporte seguro, uma imobilização de lesões osteo-articulares, seguindo os princípios base de alinhamento e imobilização.

5.1 MOBILIZAÇÕES

Para que se proceda ao transporte de um doente crítico, é necessário mobilizá-lo de uma maca para outra. Relativamente a vítimas de trauma, existem duas técnicas para o efeito: rolamento e levantamento.

5.1.1 Estabilização cervical com alinhamento manual

Tem como objetivo, manter a região cervical alinhada numa posição neutra até que a vítima esteja completamente imobilizada.

Indicações:

1. Quando há suspeita de lesão vertebro-medular

Contra-indicações:

1. Espasmo da musculatura do pescoço
2. Aumento da dor
3. Aparecimento de défice neurológico, como dormência, formiguelo ou perda de capacidade motora



Ilustração 9: Lesão da Cervical

5.1.2 Rolamento e Levantamento

Rolamento

Rola-se a vítima para um dos lados, respeitando o alinhamento cabeça, umbigo e pés. Necessita de três a quatro elementos, sendo o que fica à cabeça o mais diferenciado e o que coordena toda a técnica. Com o objetivo, de mobilizar em plano duro, com o mínimo movimento da coluna vertebral.



Ilustração 10: Técnica de Rolamento

25

Indicação:

1. Colocar a vítima mobilizada em plano duro, com o mínimo movimento da coluna vertebral.
2. Permite visualizar de toda a região posterior do doente, a remoção de roupas, vidros, etc.

Contra-indicação:

1. Fraturas da cintura pélvica
2. Eviscerações
3. Objetos empalados
4. Politraumatizados bilaterais (trauma torácico, membros superiores e/ou inferiores)

Levantamento

Esta técnica exige mais recursos humanos e maior coordenação entre os elementos que a efetuam. Pelo menos quatro a seis elementos são necessários e deverão conhecer corretamente os vários passos a realizar. Existe uma dificuldade acrescida na utilização desta técnica em vítimas obesas.



Ilustração 11: Técnica de Levantamento

O elemento que imobiliza e estabiliza a cabeça, observa a colocação das mãos da restante equipa. Este elemento deverá ser o mais diferenciado da equipa e é ele que coordena todos os movimentos.

MACA PLUMA OU MACA "SCOOP"

Dispositivo utilizado para a mobilização. De fácil utilização e ajustável em altura, efetua o levantamento de um doente, utilizando menos recursos humanos e com menos riscos de mobilizações acidentais da coluna.



Ilustração 12: Maca Pluma

5.2 IMOBILIZADORES

26

Há vários tipos de imobilização, como a coluna, bacia, membros e objetos empalados.

COLUNA

No caso de existência ou suspeita de lesão vertebro-medular, toda a coluna deve permanecer imobilizada durante as manobras de mobilização e transporte do doente, existindo vários materiais e dispositivos para esse fim.

5.2.1 Colar cervical e estabilizadores de cabeça

Colar cervical



Ilustração 13: Colares cervicais

Os colares cervicais utilizados devem ser constituídos por duas peças e quatro apoios. Pois são mais fáceis de montar, colocar, remover e limpar.

Antes de o colocar, é obrigatório o alinhamento cabeça/umbigo/pés. A escolha do tamanho do colar, é feita através de pontos de referência, do ângulo da mandíbula/lóbulo da orelha e o ombro.

Indicação: Suspeita de lesão vertebro-medular

Contra-indicação: Se do movimento da cabeça para a posição neutra e alinhada causa:

- Espasmos musculares da região da cervical;
- Aumento da dor;
- Aparecimento ou agravamento do défice neurológico;
- Compromisso da ventilação.

Estabilizadores de cabeça

Constituídos por uma base, que fica aplicada no plano duro, por duas almofadas laterais rígidas e por dois cabrestos. Os estabilizadores de cabeça são o complemento do colar cervical.



Ilustração 14: Estabilizadores de cabeça

27

5.2.2 Plano Duro e Aranha

Plano Duro

Um meio de imobilização, que complementado com a "aranha", colar cervical e estabilizador de cabeça, permite realizar um transporte de doente vítima de trauma, seguro, num curto espaço de tempo.



Ilustração 15: Plano Duro

Aranha



Ilustração 16: "Aranha"

Material constituído por um conjunto de precintas aplicadas por toda a região anterior do doente e fixas através do plano duro por velcros. Permite a imobilização correta de uma vítima de trauma, proporcionando um transporte seguro, evitando mobilizações imprevistas.

5.2.3 Maca Coquille

É um dispositivo de imobilização, constituído no seu interior por esferovite, molda-se ao corpo do doente e torna-se rígida quando o ar é retirado, do seu interior.

É o meio de imobilização de eleição no helitransporte.



5.2.4 Colete de extração

É um dispositivo de imobilização utilizado no pré-hospitalar, na maioria das vezes vítimas encarceradas. É constituído por material rádio-transparente, só deveria ser removido após realização de exames complementares de diagnóstico e consequente deteção de lesões existentes.



Ilustração 18: Colete de Extração

No entanto, como as unidades hospitalares não dispõem de material idêntico para troca, estas não podem ser dispensadas no uso do transporte intra-hospitalar.

5.2.5 Riscos associados à imobilização

28

Além dos riscos relativos ao agravamento de lesões osteo-articulares nos doentes vítimas de trauma, existem outros riscos associados às mobilizações. Para uma esquematização mais fácil, será utilizado o habitual ABCDE aplicado ao trauma.

A – Via aérea

1. Aspiração por inexistência de proteção da via aérea.
 - Colocação de sonda gástrica em drenagem passiva.
 - Mobilizar o doente o mínimo possível até que a via aérea esteja protegida.
 - Boa fixação com fita de nastro dos tubos endotraqueais por risco de exteriorização.

B – Respiração

1. Possíveis desconexões da fonte de O₂, detetadas por uma diminuição da SPO₂.
2. Durante a mobilização de um doente conetado ao insuflador manual, a FR nas insuflações, deve ser mantida.

C – Circulação

1. Risco de exteriorização dos acessos venosos, devem estar bem fixos.
2. Risco de exteriorização de drenagens existentes (abdominais, torácicas, gástricas, vesicais,...), devem estar bem fixas.
3. Risco de desconexão dos cabos de monitorização, podendo originar falsas interpretações.

D – Disfunção Neurológica

1. Em doentes agitados, há um maior risco de mobilização accidental. Se necessário, imobilizar os membros ou sedação química.

E – Exposição

1. Evitar/prevenir hipotermia.

6. VENTILAÇÃO MECÂNICA NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Todo o doente crítico que está entubado e ventilado e que precisa de ser transferido, exige particularidades, uma vez que habitualmente, é um doente sedado, com disfunção multiorgânica e necessita: de acompanhamento e de um acréscimo de material/ equipamento, logo aumenta o risco de acontecimentos imprevistos. Por este motivo, a equipa que efetua o transporte deve possuir conhecimentos sobre fisiologia ventilatória, fundamentos da ventilação mecânica, modalidades, parâmetros de ventilação e os meios que monitorizam o suporte adequado da função respiratória.

6.1 CONCEITOS BÁSICOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

Na fisiologia ventilatória, é importante conhecer a definição de alguns conceitos:

- Volume corrente (Vt) é o volume de gás que entra ou sai, por cada inspiração/expiração. Varia entre volumes de 6-10 ml/kg.
- Volume residual é o volume de gás que permanece nos pulmões após expiração máxima.
- Capacidade vital é o volume de gás que é expirado após inspiração máxima.
- Capacidade residual funcional é o volume de gás que permanece nos pulmões após uma expiração normal.
- FR é o número de ciclos respiratórios por minuto
- Volume Minuto (VM) é o volume de gás ventilado durante um minuto. Calculado por $VM = Vt \times FR$
- Tempo Inspiratório (Ti) é o tempo total da inspiração. Corresponde a cerca de 1/3 do ciclo respiratório
- Tempo Expiratório (Te) é o tempo total da expiração. Corresponde a 2/3 do ciclo respiratório
- Pressão de Pico Inspiratório (Ppico) é o maior valor de pressão atingido durante a inspiração do Vt. Os valores oscilam entre 25 cm H₂O, quando superiores podem provocar barotrauma, e com conseqüente pneumotórax.
- Pressão Expiratória (Pe) é a pressão nas vias aéreas no final da expiração
- Pressão Positiva no final da Expiração (PEEP) é a pressão positiva constante no final da expiração.

- Fração Inspirada de Oxigénio (FiO₂) é a proporção de O₂ na mistura gasosa administrada ao doente. Pode variar entre 0,21 (ar ambiente) e 1,0. A escolha da FiO₂ é feita de acordo com a saturação arterial de O₂, por oximetria de pulso.
- Compliance é uma medida de distensibilidade dos pulmões.
- Compliance pulmonar total é a compliance do tecido pulmonar e da parede torácica.

6.2 MODOS VENTILATÓRIOS E MONITORIZAÇÃO

Dos vários modos de ventilação mecânica existentes, no transporte de doentes críticos utilizam-se habitualmente a Ventilação Mecânica Controlada (CMV). Depois pode-se usar ventilação assistida/controlada (A/C), a Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) e a Pressão Positiva Constante nas Vias Aéreas (CPAP).

VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTROLADA (CMV)

- Doente sedado, com pouco ou nenhum estímulo ventilatório;
- Recebe Vt com uma FR constante, pré-programada no ventilador;
- Deve ser monitorizada: Ppico, Vt, o equilíbrio ácido-básico e a sedação.

VENTILAÇÃO ASSISTIDA/CONTROLADA (A/C)

- São programados o Vt e a FR, mas o doente pode iniciar por si, o estímulo ventilatório;
- Deve ser monitorizada: Ppico, Vt e o conforto do doente.

VENTILAÇÃO MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA (SIMV)

- O ventilador assegura um Vt e uma FR mínima, sincroniza a administração do Vt com o esforço inspiratório do doente;
- O Vt varia de acordo com a amplitude do esforço do doente e com as características pulmonares;
- Deve ser monitorizada: FR, Ppico, o volume total expirado das ventilações mandatórias e espontâneas (que são iniciadas pelo doente), e o conforto do doente.

PRESSÃO POSITIVA CONSTANTE NAS VIAS AÉREAS (CPAP)

- Doente com respiração espontânea, com uma pressão positiva, definida previamente;

31

- Procura aumentar a capacidade residual funcional e melhorar a oxigenação, com poucos efeitos sobre as trocas de CO₂.

MONITORIZAÇÃO

É fundamental que a equipa responsável pelo transporte, consiga monitoriza-lo convenientemente prevenindo assim algumas complicações. A inspeção de pele e mucosas permite o despiste de cianose. A inspeção e auscultação do tórax fornecem dados sobre o volume e simetria da ventilação; a oximetria de pulso avalia a saturação arterial de oxigénio. No ventilador regulam-se parâmetros e respetivos alarmes, que devem ser adaptados ao doente transportado e à modalidade ventilatória selecionada.

6.3 COMPLICAÇÕES

A ventilação com pressão positiva pode potenciar a ocorrência de complicações, que devem ser prontamente identificadas e solucionadas, de forma a minimizar o seu impacto:

1. Complicações renais: Insuficiência renal aguda
2. Complicações infecciosas: Pneumonia associada ao ventilador / Sépsis.
3. Complicações respiratórias: Pneumotórax hipertensivo/ Enfisema subcutâneo/ Fístula Broncopleural.
4. Complicações cardiovasculares: Arritmia/ isquemia do miocárdio/ instabilidade hemodinâmica
5. Complicações gastrointestinais: Pneumoperitонеu/ Alterações da motilidade gastrointestinal/ hemorragia digestiva.

32

7. FARMACOLOGIA NO TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

Alguns dos riscos inerentes ao transporte, com alterações respiratórias e cardíacas, são resultantes da dor provocada pelo transporte, neste sentido é fundamental criar condições de modo a prevenir tais ocorrências.

DOR

A dor é uma sensação desagradável que pode ser descrita em termos de intensidade, duração, localização e qualidade. Na avaliação da dor, durante o transporte, a sua intensidade é o parâmetro mais avaliado. Conseguimos avaliar através de escalas e podem ser usadas no momento prévio à escolha do tipo de analgesia a usar. Em doentes críticos, muitas vezes incapazes de mencionar a intensidade da dor, podemos avaliá-la através de alterações existentes nos parâmetros fisiológicos (Neutel, 2010).

SISTEMA	RESPOSTA FISIOLÓGICA
CARDIOVASCULAR	↑ da FC; ↑ TA e contratilidade miocárdico;
RESPIRATÓRIO	↓ da capacidade vital; Alterações da ventilação; Hipoventilação e hipercapnia; Ateletasias
GASTROINTESTINAL	↑ das secreções gastrointestinais; ↓ da motilidade intestinal
GENITOURINÁRIO	Oligúria; Retenção urinária
ENDÓCRINO/ METABÓLICO	↑ hormonas catabólicas; ↓ hormonas anabólicas (insulina), pode levar à hiperglicémia; ↑ do catabolismo das proteínas musculares; Lipólise e oxidação; Retenção de sódio e água, leva ao ↑ da excreção de potássio
COAGULAÇÃO	↑ da agregação plaquetária; Risco de trombose venosa profunda
IMUNOLÓGICO	Alteração da função imune, com risco de infeções
MUSCULAR	Fraqueza;

33

	Atrofia muscular
PSICOLÓGICO	Ansiedade e medo; Depressão

Tabela 2: Alterações Fisiológicas à dor aguda (Neutel, 2010)

Nos doentes que não podem comunicar, avaliar:

- Comportamentos relacionados com a existência de dor: **Movimento, postura e expressão facial;**
- Indicadores fisiológicos: **TA, FC, FR;**
- **Alterações destes parâmetros após analgesia.**

7.1 SEDO-ANALGESIA

Os objetivos terapêuticos serão reduzir a intensidade da dor.

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS	INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS
1. Abordagem psicológica 2. Meios de conforto: • Estabilização das fraturas; • Aplicação de frio ou calor	1. Fármacos: • Paracetamol; • Anti-inflamatórios não esteróides; • Opióides; 2. Analgesia loco-regional

Tabela 3: Objetivos terapêuticos na redução da dor

Os opióides, são os agentes mais utilizados para analgesia. Os mais usuais são a morfina e o alfentanil.

ANALGESIA

1. Paracetamol

- Analgésico e antipirético;
- Administrado via oral ou endovenosa;
- Contra-indicações: Insuficiência hepática grave e alergia ao fármaco;
- Indicado: dor aguda.

2. Morfina

- Indicada para dor intensa;
- Administrada por perfusão contínua, bólus endovenoso ou sub-cutâneo.

34

- **Efeitos secundários:** Hipotensão arterial; bradicardia; depressão respiratória; depressão do reflexo da tosse; vômitos; obstipação ou retenção urinária.
- **Monitorizar:** do ritmo cardíaco, TA e FR.
- Ter sempre disponível o antídoto: naloxona.

3. Alfentanil

- **Indicada** para dor intensa, mais potente que a morfina; com efeito imediato, duração muito curta e possui menos efeitos secundários.
- **Administra-se** em bólus endovenoso ou em perfusão contínua;

SEDAÇÃO

Consiste no alívio da ansiedade/ agitação com a indução de um estado de tranquilidade/ conforto. Pode ser classificada em ligeira, moderada ou profunda. Os agentes mais frequentemente utilizados neste contexto incluem o midazolam, o diazepam e o propofol (Neutel, 2010).

A sedação é um processo dinâmico determinado pela condição do doente em cada momento (Neutel, 2010).

Objetivo:

- Alívio do medo, ansiedade e dor;
- Controle da agitação e do delírio;
- Amnésia;
- Conforto do doente;

1. MIDAZOLAN

- **Administrado:** bólus ou perfusão;
- **Efeitos secundários:** Hipotensão, depressão respiratória, amnésia, confusão mental
- **Contra-indicações:** Hipotensão grave e miastenia gravis.
- **Monitorizar:** ritmo cardíaco, TA e FR.
- **Antídoto:** Flumazenil.

2. DIAZEPAM

- Cuidados semelhantes ao midazolam.

35

3. PROPOFOL

- Sedativo de ação rápida, usado para indução e manutenção de anestesia com curta duração.
- **Administrado** em bólus ou perfusão;
- **Efeitos secundários:** Hipotensão arterial, bradicardia, depressão respiratória, amnésia;
- **Contra-indicações:** Hipotensão não controlada e alergia ao ovo ou ao óleo de soja.
- **Monitorizar:** o ritmo cardíaco, TA e FR.
- Mudar a seringa e o sistema em cada 12 horas e administrar isoladamente o fármaco (o seu veículo promove o crescimento de microorganismos).

7.2 FÁRMACOS VASOATIVOS E FLUIDOTERAPIA

Estabilidade hemodinâmica é a situação em que o sistema cardio-circulatório está em condições de fornecer à célula os nutrientes que lhe são essenciais. Em situações críticas a estabilização hemodinâmica deve ser indexada ao fornecimento de oxigénio (Carneiro, 2010).

A estabilização hemodinâmica passa, pela reposição de volume intravenoso. O tratamento tem que ser sempre indexados à causa (Carneiro, 2010). Exemplos:

Há hipoxia? Administrar oxigénio.

Há manifestações de depleção de volume? Monitorizar e assegurar 2 acessos venosos de grande calibre.

Há sinais de instabilidade cardio-circulatória? Avaliar TA e PVC, iniciar “fluid challenge” em 30 minutos – cristalóides 10ml/kg ou colóides 5 ml/kg.

Há hemorragia activa? Monitorizar e assegurar dois acessos venosos de grande calibre. Considerar transfusão de eritrócitos sem provas, de dador universal.

Há hipotensão grave (TAM <40 mmhg), que não responde à reposição de fluidos? Iniciar vasopressores (Dopamina ou noradrenalina).

Há evidência de hemorragia não controlada/ inacessível à compressão externa? Manter TAM> 40mmhg e TAS> 60mmhg. Iniciar correção de anemia/coaguloterapia.

36

Há sinais de disfunção miocárdica com hipotensão/ hipoperfusão periférica, que não melhora com medidas já instituídas? Considerar administração de inotrópicos positivos (Dobutamina).

COLÓIDES/CRISTALÓIDES

Os colóides aumentam rapidamente a volémia, promovem maior retenção de fluidos no espaço intravascular e por conseguinte melhoram a perfusão distal.

Os cristalóides e a sua fraca osmolaridade em relação ao meio vascular, faz com que apenas 25% permaneça no espaço intra-vascular. Englobam as dextroses, as várias apresentações de Soro Fisiológico, os Polielectrolíticos e o Lactato de Ringer.

Riscos:

- Hemodiluição, pela administração de fluidos mal monitorizada.
- Sinais clínicos de sobrecarga hídrica

AMINAS VASOATIVAS

1. Dobutamina

- É uma catecolamina sintética com ação nos recetores beta1, beta2 e alfa; o seu efeito inotrópico positivo sobre o miocárdio ocorre pela estimulação dos recetores beta2.
- Efeitos: a nível vascular periférico, com uma vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. Resultando uma elevação do débito cardíaco, uma diminuição da resistência arterial periférica e da pressão de oclusão da artéria pulmonar.
- Usada na hipotensão, sem hipovolémia e no choque cardiogénico.
- Efeitos secundários: Taquicardia sinusal; arritmias ventriculares; subida da TA; angor; náuseas e cefaleias.
- Administrar: em perfusão contínua, de preferência por veia central.
- Monitorizar: do ritmo cardíaco, TA e FR.

2. Noradrenalina

- É uma catecolamina com efeito alfa agonista marcado, o que resulta em vasoconstrição marcada e algum efeito inotrópico positivo sobre o miocárdio.
- Efeito: aumenta o débito cardíaco
- Indicada na hipotensão grave associada a resistências vasculares reduzidas (por ex: choque séptico) ou no tratamento do choque cardiogénico.

37

- Administrada em perfusão contínua, com aumento gradual de acordo com a TAM.
- Efeitos secundários: Bradiarritmias; arritmias ventriculares; vasoconstrição pulmonar; hipoperfusão periférica (risco de isquémia renal, hepática, intestinal e cutânea) e isquémia do miocárdio.
- Contra-indicações: Hipovolémia; isquémia mesentérica e/ou arterial periférica

3. Dopamina

- A dopamina é o precursor natural da adrenalina e noradrenalina, com efeito inotrópico positivo, mediado pelos recetores dopaminérgicos (D1 e D2) e alfa1 e beta1.
- Com doses mais baixas, provocam vasodilatação da artéria renal, com aumento da taxa de filtração glomerular e de excreção de sódio. Elevando a dose, aumenta o débito cardíaco e a TAS e com doses mais altas, faz uma vasoconstrição generalizada.
- Efeitos secundários: disritmias cardíacas, aumentar o consumo miocárdico de oxigénio (O₂) e agravar a isquémia.
- Indicada: hipotensão grave associada a resistências vasculares reduzidas (por ex: choque séptico).
- Administrar: em perfusão contínua, de preferência por veia central.
- Vigiar: alterações cutâneas nas extremidades.

7.3 FÁRMACOS DE REANIMAÇÃO

A sua utilização deve ser efetuada de acordo com o estabelecido no algoritmo de SAV (European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation, 2010).

1. Oxigénio

- Com débitos suficientes para uma FiO₂ capaz de produzir SPO₂ > 90% (Araújo, 2010).

2. Adrenalina

- O seu efeito positivo sobre a contratilidade miocárdica e vasoconstrição, provoca um aumento da TA e do débito cardíaco.
- Administrar 1 mg ev cada 3 a 5 min; se utilizada a via endotraqueal, diluir o triplo da dose em 10 ml SF.

3. Atropina

- A atropina é um parassimpaticolítico, antagonizando os efeitos da acetilcolina nos recetores muscarínicos. Bloqueia os efeitos vagais sobre o nóculo sinusal e aurículo-ventricular (AV), aumentando o automatismo sinusal e facilitando a condução AV.

38

- Estudos recentes demonstraram que não há qualquer benefício na utilização da atropina na PCR. (European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation, 2010).
- 4. **Amiodarona**
 - Provoca maior duração do potencial de ação miocárdica, com prolongamento do intervalo QT.
 - Indicada: na fibrilhação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso refratária (TVsP), taquicardia ventricular (TV) com estabilidade hemodinâmica, assim como noutras taquidisritmias resistentes.
 - Administrar em bólus ev, de 300mg diluída em 20cc de dextrose a 5% em H₂O imediatamente antes do 4º choque e de 150mg em 10cc de dextrose antes do 6º choque.
- 5. **Sulfato de magnésio**
 - Associado à hipocaliémia e hipermagnesémia.
 - O excesso de magnésio deprime as funções miocárdicas e neurológicas, atuando como um bloqueador fisiológico do cálcio, tal como acontece com o potássio.
 - Indicado na FV refratária, na presença de hipermagnesémia provável, na TV com presença de hipomagnesémia provável, Torsade de Pointes e na intoxicação digitálica.
 - No caso de FV refratária, pode ser administrada por via periférica 2g, podendo ser repetida ao fim de 10 a 15 minutos.
- 6. **Bicarbonato de sódio**
 - Na PCR surge acidose respiratória e metabólica, na sequência do metabolismo anaeróbio celular com a interrupção de trocas gasosas a nível pulmonar. Assim, está indicado em caso de acidose metabólica grave.
 - Administrar uma dose de 50mEq (50ml de bicarbonato de sódio a 8,4%) por via ev.
- 7. **Cálcio**
 - Há poucos dados que suportem o efeito benéfico da administração de cálcio em situações de PCR, no entanto, usar em caso de hipercaliémia, a hipocalcémia e intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio.
 - Administrar 10ml de cloreto de cálcio a 10%, podendo ser repetido.

8. INCIDENTES, ACIDENTES E PROBLEMAS POTENCIAIS

A necessidade de transportar um doente crítico inter-hospitalar, origina um aumento do risco de incidentes, acidentes e complicações. O cumprimento de esquemas organizativos, previamente definidos, diminui estas situações.

A melhor maneira de evitar os incidentes, os acidentes e as complicações assenta na confirmação de todos os aspetos relacionados com o transporte em si, com o doente o mais estável possível e com a equipa.

É possível dividir os incidentes em dois grupos, os que estão relacionados com o equipamento, com o doente e com a equipa.

Incidentes relacionados com o equipamento
Monitor: 1. Problemas de funcionamento 2. Problemas com baterias 3. Não disponíveis
Equipamento da via aérea: 1. Problemas com o equipamento de entubação / via aérea 2. Falhas no ventilador portátil 3. Falhas no fornecimento de O ₂
Fármacos: 1. Interrupção de perfusões 2. Atraso ou não administração de fármacos 3. Fármacos de emergência não disponíveis
Seringas infusoras 1. Problemas com baterias 2. Não disponíveis
Outros: 1. Problemas com a maca 2. Problemas com a ambulância

Tabela 4: Incidentes relacionados com o equipamento

Os incidentes relacionados com o equipamento devem-se geralmente a problemas de baterias ou de funcionamento e devem ser evitados através de verificações sistemáticas antes de iniciar o transporte.

Incidentes relacionados com o doente / pessoal:
Gestão de pessoal 1. Problemas de comunicação / cooperação 2. Equipa de transporte inapropriada 3. Falta de pessoal 4. Notificação inadequada da chegada

Gestão da ventilação / via aérea 1. Via aérea artificial mal colocada 2. Via aérea não assegurada 3. Reintubação inesperada 4. Extubação acidental 5. Ventilador de transporte mal configurado 6. Não confirmação da reserva de O ₂
Acessos venosos 1. Extração acidental 2. Desconexão ou má conexão 3. Fixação inadequada
Utilização dos monitores 1. Monitorização inadequada 2. Alarmes não definidos ou incorretamente definidos 3. Configuração inadequada
Outros 1. Mobilização incorreta do doente

Tabela 5: Incidentes relacionados com o doente/ pessoal

Os incidentes relacionados com o doente e/ou com a equipa que o acompanha devem-se de um modo geral a problemas de comunicação, formação insuficiente ou negligência.

Os incidentes/acidentes relacionados com os aspetos organizativos, podem ser prevenidos com indicações precisas ao hospital recetor da hora de saída e da vaga; registos adequados e confirmação da operacionalidade do equipamento do hospital de origem, à chegada.

Assim, é essencial que, antes de iniciar um transporte se tomem medidas que previnam a ocorrência destes incidentes. Para tal, devem existir checklists que permitam a realização de um transporte com a menor riscos de incidentes (SPCI, 2009).

A prevenção é a base para realizar um transporte seguro e eficaz.

No entanto há complicações que são inevitáveis, temos de estar preparados. Estas complicações podem ser agrupadas em 4 grupos:

- Hipoxémia.
- Agitação e/ou desadaptação ao ventilador.
- Alterações hemodinâmicas ou arritmias, incluindo PCR.
- Extubação acidental

41

Hipoxémia

Hipoxémia é uma baixa concentração de O₂ no sangue arterial. Durante o transporte é fundamental garantir a manutenção desta concentração dentro de valores que sejam adequados para uma boa oxigenação dos tecidos, SpO₂ > 90%.

É essencial a observação da coloração da pele e mucosas e a monitorização clínica através de um oxímetro de pulso.

As causas:

1. **Hipoventilação**
2. **Alterações da relação de ventilação-perfusão** (edema pulmonar, asma, pneumotorax, tromboembolismo pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crónica ou síndrome de dificuldade respiratória aguda).

O tratamento:

Administrar O₂ numa concentração elevada, de forma a obter uma SpO₂ > 90%.

Se o doente deteriorar o seu estado de consciência, deve-se assistir a ventilação com insuflador manual e/ou entubação oro-traqueal.

Agitação / Inadaptação ao ventilador

Se no hospital a sedação deve ser feita, com a dose mínima necessária para manter o conforto do doente, numa situação de transporte a dose de sedação deve ser aumentada. Assim como realizar analgesia, por opióides. No entanto pode haver risco de hipotensão, neste caso pode-se ponderar um relaxante muscular.

Extubação acidental

A ocorrência que uma extubação acidental implica a imediata colocação de um novo tubo orotraqueal, pois este espaço de tempo, a via aérea está desprotegida, colocando em risco uma possível aspiração de conteúdo gástrico. Neste sentido é fundamental a disponibilidade do equipamento de via aérea.

Alterações hemodinâmicas

As complicações cardiovasculares são frequentes, como as arritmias e hipotensão, alguma das vezes associada a alterações da ventilação.

42

Numa situação de hipotensão deve-se tentar perceber qual a etiologia em questão. Pode-se corrigir com a administração de fluidos, cerca de 250 a 500 ml de cristalóides ou 100 a 250 ml de colóides, com uma avaliação posterior. No entanto, se a hipotensão se mantiver, devem-se iniciar fármacos vasoativos.

Numa situação de arritmia, também se deve perceber qual a causa, que poderá ser por dor, ansiedade, hipoxémia, hipovolémia, hipotensão, hipertensão e/ou alterações iónicas.

Segundo a sistematização do Conselho Europeu de Ressuscitação as disritmias periparagem podem ser divididas: bradiarritmias (Anexo nº 7), taquidisritmias (Anexo nº8) de complexos largos, taquidisritmias de complexos estreitos. No entanto em todas as situações é essencial, o fornecimento O₂ em alto débito e a correção de eventuais desequilíbrios eletrolíticos conhecidos.

O tratamento depende da existência ou não de sinais de gravidade. Nas situações graves, com a existência há necessidade de recorrer às formas de terapêutica mais invasivas como a cardioversão elétrica sincronizada ou pacing externo, como alternativa às medidas farmacológicas.

9. TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INFETADO/COLONIZADO

Todo o tipo de tratamento ou procedimento iniciado na instituição, deve ser mantido durante o transporte, então mantendo esta premissa, o profissional da saúde deve estar atento ao controle de infeção (Martins, 2001).

A infeção resulta da interação do agente infeccioso com o hospedeiro, formando-se a cadeia de infeção: agente (bactérias, fungos, vírus e parasitas) – transmissão (pode ser de forma direta ou indireta) – hospedeiro (geralmente o utente, mas pode ser o profissional ou familiar). O controlo da infeção consiste na quebra desta cadeia (Martins, 2001).

Segundo a mesma autora, ela assume como um grave problema, as transferências de doentes infetados para outras unidades, uma vez que esses doentes já foram submetidos a tratamentos antimicrobianos e estão frequentemente colonizados/ infetados por microrganismos com resistência elevada. Neste sentido é fundamental distinguir o tipo de infeção, quais as medidas de contenção e quais as possíveis vias de transmissão, de modo a quebrar a cadeia.

Ao perceber o processo de transmissão, com indicação da Direção Geral da Saúde (DGS), houve uma divulgação de normas de orientação clínica de promoção de boas práticas, que determinam as regras de execução dos cuidados de saúde, tendo em conta as condições de assepsia, higiene e segurança de utentes e profissionais de saúde, de modo a prevenir a transmissão cruzada da infeção e outros riscos (DGC, 2008).

Nas recomendações de Boas Práticas em Prevenção e Controlo da Infeção nas Unidades de Saúde deve incluir vários procedimentos entre eles: precauções básicas e complementares de prevenção e controlo de infeção; diversos tipos de isolamento, regras para o acolhimento e circulação de doentes com infeção; política de higiene do ambiente; política de descontaminação de dispositivos médicos e equipamentos; transporte de utentes entre outros (DGC, 2008).

As Precauções Básicas são, regras que levam à prevenção da transmissão de infeções e proteção dos profissionais de saúde e devem ser aplicadas a **todos os doentes**. Englobam assim: higienização das mãos; uso de barreiras protetoras, adaptadas aos procedimentos (lvas, máscara, óculos, aventais) e controlo ambiental (ARS Algarve, 2008).

9.1 QUAL A INFEÇÃO?

É necessário compreender como ocorre a transmissão de microrganismos, uma vez que envolve contato entre o doente e o profissional. Perceber que as vias de transmissão habituais são: por contato directo, gotículas e via aérea.

Na **transmissão por contato**, quando há uma aproximação direta entre o doente e o profissional, geralmente o mecanismo de ação passa pelas mãos, com sua ação microbiótica transitória adquirida no contato com doentes infetados. Sendo a prevenção fundamental, através de uma correta higienização das mãos antes e após assistência ao utente (Martins, 2001).

Alguns agentes transmitidos por contato são: Bactérias multi-resistentes (MRSA, Acinetobacter, Pseudomonas multirresistente, Enterococcus vancomicina-resistente); Infecções entéricas por Clostridium difficile; Doenças entero-hemorrágicas por Echerichia coli, Shigella, hepatite A ou rotavírus; Infecções da pele altamente contagiosas (difteria cutânea, herpes, pediculose, sarna); Abscessos, Celulite ou Úlceras de decúbito de grandes dimensões e conjuntivite viral hemorrágica (CHBA, 2010).

Na **transmissão por gotículas** que exigem um contato direto e prolongado entre o doente infetado e outro indivíduo. Estes microorganismos geralmente percorrem distâncias curtas com cerca de 40 cm, o uso de máscara previne a propagação destas infecções (Martins, 2001).

Alguns agentes transmitidos por gotículas são: Meningite; Pneumonia; Epigloteite ou Sepsis por Haemophilus influenzae tipo b; Sepsis por Neisseria meningitidis; Pneumonia por Mycoplasma; Difteria; Tosse Convulsa; Peste; Infecções por Adenovírus, Vírus Influenza, Parvovírus B19; Rubéola e Parotidite (CHBA, 2010).

A **transmissão por via aérea** os microorganismos propagam-se por partículas em aerossol e podem percorrer distâncias que podem atingir os 2 metros, ou podem ficar suspensas no ar e/ou poeira. Neste contexto, em que o profissional fica muito suscetível, é fundamental, como propagação da infecção, barreiras ambientais e equipamentos de proteção individual (Martins, 2001).

Alguns exemplos de agentes transmitidos por via aérea são: Tuberculose pulmonar ou laríngea; Sarampo e Varicela; Infecção disseminada por Herpes zóster; Gastroenterite disseminada por Yersinia enterocolitica e Gripe aviária (vírus influenza H5N1) (CHBA, 2010).

45

9.2 HIGIENE DAS MÃOS

A **higienização das mãos** é o procedimento mais eficaz na prevenção e no controlo das infecções hospitalares. Visa a remoção da maioria dos microrganismos da flora residente e da flora transitória das mãos, uma vez que as mãos são o principal veículo de transmissão. Em todos os serviços de saúde e no transporte de doentes deve ser reforçada a rotina da higiene das mãos.

Segundo as últimas recomendações das comissões de controlo da infeção hospitalar (CCI), as mãos que visivelmente estão sujas ou contaminadas com matéria orgânica, devem ser lavadas com água e sabão, durante 40 a 60 segundos. Nos restantes casos, pode-se utilizar a solução anti-séptica de base alcoólica, durante um período de 20 a 30 segundos.

Os cinco momentos para a higiene das mãos, são:

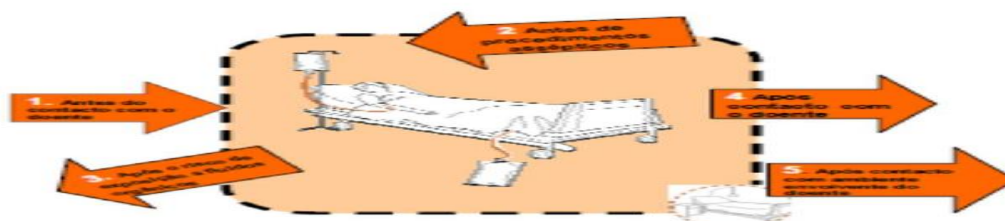


Ilustração 19: os cinco momentos para a higiene das mãos

1. As mãos devem ser sempre higienizadas antes de:
 - Iniciar o trabalho;
 - Manuseamento de alimentos;
 - Contato com o doente;
 - Dar um simples aperto de mão e posicionar
2. Antes de procedimentos assépticos:
 - Efetuar procedimentos terapêuticos e de diagnóstico (ex: punção venosa, algaliação, pensos...)
 - Preparação e administração de medicamentos.

46

3. Após o risco de exposição de fluídos orgânicos:
 - Contato acidental com secreções ou material orgânico;
 - Contato indireto através de material ou superfícies contaminadas;
 - Limpeza de material, como dispositivos médicos.
4. Após o contato com o doente:
 - Quando se termina o contato com o doente e após sair da “bolha”, antes que qualquer outro contato com alguma superfície fazer a higienização das mãos;
 - Após reposicionamento do doente;
 - Após uma avaliação de TA.
5. Após contato com o ambiente envolvente do doente:
 - Quando temos contato com o meio envolvente do doente;
 - Ajustar uma perfusão, na seringa infusora;
 - Manipular as barras de segurança da cama.

(Martins referindo Armond, 2001)

9.3 Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Deve-se escolher o EPI de acordo com a via de transmissão e ter em atenção com o seu uso, de modo, a não contaminar superfícies e objetos não relacionados com os cuidados ao doente.



Ilustração 20: EPI

As precauções básicas têm que ser mantidas sempre e o isolamento deve ser mantido apenas no período estritamente necessário.

A correta prescrição de qualquer tipo de isolamento pressupõe: conhecimento tão precoce quanto possível do agente, da via de transmissão, do período de contágio (sua evolução natural ou sob terapêutica eficaz) e do período de incubação.

Descrevendo o tipo de isolamentos, para além das precauções básicas, pois essas devem estar sempre presentes (NP.º 5/I/S do CHBA, 2010):

47

CONTATO	GOTÍCULAS	VIA AÉREA
• <u>Bata</u> – Uso único (descartável) • <u>Luvas</u> – Uso único (descartáveis) • <u>Quarto</u> - Individual desejável, mas não obrigatório. • <u>Identificar</u> o tipo de isolamento	• <u>Bata</u> – Uso único (descartável) • <u>Luvas</u> – Não precisam ser esterilizadas • <u>Máscara</u> – Cirúrgica (resistente a fluidos) ou máscara de alto risco com viseira. - Sempre se mantiver a menos de 1 m de distância • <u>Quarto</u> - Individual desejável, mas não obrigatório. • <u>Identificar</u> o tipo de isolamento. O doente deverá usar máscara cirúrgica durante todo o transporte	• <u>Bata</u> – Uso único (descartável) – Impermeável • <u>Luvas</u> – Não precisam ser esterilizadas • <u>Máscara</u> – Respirador de partículas – Classe P1 ou P2 com adequado ajuste facial • <u>Quarto</u> - Individual obrigatório, com ventilação e pressão negativa. Manter a porta do quarto fechada • <u>Identificar</u> o tipo de isolamento. O doente deverá usar máscara cirúrgica durante todo o transporte

Tabela 6: Tipo de isolamento e suas precauções básicas

Conhecer alguns dos agentes infecciosos mais vulgares e qual o tipo de isolamento a usar, em todos as precauções básicas estão incluídas:

AGENTE/INFECÇÃO	TIPO DE ISOLAMENTO	DURAÇÃO
Adenovírus	B + G + C	Enquanto durar a doença
Agentes multiresistentes	B + C	Enquanto durar a doença
Diarreia de origem infecciosa	B + C	Se o doente for incontinente ou usar fraldas; enquanto durar a doença.
Estafilococo (<i>S.aureus</i>)	B	Enquanto durar a doença
Estreptococo grupo A	B + C	Até 24 h de terapêutica
Cutâneo	B + G	Enquanto durar a doença
Faringite, pneumonia	B + G + C	Enquanto durar a doença
Gripe	B + G + C	Enquanto durar a doença
Infecções respiratórias virais de etiologia desconhecida	B + G + C	Enquanto durar a doença
Hepatite A	B + C	Se o doente for incontinente ou usar fraldas - 1 semana
Meningite	B	Até 24 h de terapêutica
Assética	B	
<i>N.meningitidis</i>	B + G	
<i>H.influenzae</i>	B + G	
<i>S.pneumoniae</i>	B	

48

Micoplasma (pneumonia)	B + G	Até 24 h de terapêutica
Sarampo	B + A	4 dias após o aparecimento do exantema; durante toda a doença no imunocomprometido.
Tuberculose Pulmonar/laríngea	B + A	Até 3 exames de expectoração negativos. Sob terapêutica e com melhoria clínica
Varicela	B + C + A	Até as lesões ficarem em fase de crosta
HIV	B	

Tabela 7: Precauções de isolamento por agente infeccioso

Legenda: B- Precauções básicas

C- Isolamento de contato

G- Isolamento de Gotículas

A- Isolamento de Via aérea

Colocação e Remoção dos EPI em Segurança

COLOCAR EPI	RETIRAR EPI
1. Bata 2. Mascara/respirador de partículas 3. Proteção ocular 4. Luvas	1. Luvas 2. Proteção ocular 3. Bata 4. Mascara/respirador de partículas

Tabela 8: Colocação e remoção dos EPI (Normas CHBA)

Recomendações ao Transporte de doentes infetados/colonizado, para o exterior:

1. Durante o transporte, a tripulação da ambulância deverá respeitar os procedimentos de proteção individual referidos;
2. Cada ambulância deve estar munida de EPI (s);
3. À entrada de cada ambulância deve haver um dispensador de solução anti-séptica de base alcoólica para uso da tripulação e do doente se for caso disso.
4. O local onde descansam os tripulantes das ambulâncias deve ter lavatório com sabão e/ou solução anti-séptica de base alcoólica para higiene das mãos após o transporte de doentes.

9.4 LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO DE MATERIAL E EQUIPAMENTO

A limpeza e desinfecção das superfícies devem seguir as normas em vigor na instituição (NP nº 9/I/S CHBA, 2010):



Ilustração 21: Ambulância

49

- Não devem ser usadas vassouras;
- Método de limpeza as camas, armários, prateleiras, teto e paredes da ambulância – Limpeza húmida; Maca e cadeira com álcool;
- Limpeza do chão - Método dos dois baldes;
- Se ocorrem derrames ou salpicos de matéria orgânica, proceder à sua absorção com celulose, aplicar de seguida Hipoclorito de sódio a 1%, deixar actuar durante 5 minutos e lavar de seguida com água e detergente secar e desinfetar.
- Limpar as superfícies mais limpas para as mais sujas;
- Os panos e os baldes utilizados devem ser lavados ao fim da utilização e colocados a escorrer;
- Colocar os resíduos para saco branco;
- Usar EPI

Limpar as superfícies utilizadas pelo doente e profissionais durante o transporte, assim como todos os equipamentos (monitores, cabos, braçadeiras...) devem ser sempre limpos e descontaminados antes de serem utilizados noutra doente.

Em qualquer situação de isolamento (excepto *Clostridium difficile*) a higienização das superfícies, pavimento e WC, deve ser efectuada com a solução desinfetante Desinet®; Nos isolamentos por *Clostridium difficile*, a higienização deve ser efectuada com pastilhas Presept® e de acordo com a Norma respectiva (NP nº 19/I/S CHBA, 2010).

A descontaminação de superfícies por nebulização com Peróxido de Hidrogénio, está justificada pela CCIH (NP nº 8/I/S CHBA, 2010), na alta de doentes em isolamento por *Acinetobacter baumannii* e *Clostridium difficile*, após limpeza de toda a enfermaria

(paredes, portas, tetos, WC, todas as superfícies, mobiliário e objetos) com água e detergente de acordo com as normas de higiene do ambiente hospitalar NP nº 6/I/S ou NP nº 21/I/S (CHBA, 2010).



Ilustração 22: clostridium difficile

9.5 ROUPA E RESÍDUOS

ROUPA

- Manipular a roupa com movimentos suaves

50

- Utilizar o sistema de saco duplo: no interior do quarto colocar em saco branco ou amarelo onde é identificada e encerrar. No exterior do quarto, colocado em saco amarelo e encerrado, devidamente identificado (NP nº 3/I/S CHBA, 2010)
- Encerrar o saco com braçadeiras
- Recolha para lavandaria

RESÍDUOS

- Usar luvas
- Devem ser eliminados de acordo com o grupo de resíduos a que pertencem, segundo NP nº 3/I/S (CHBA, 2010):
 1. Os resíduos produzidos no contacto com doentes infetados são considerados de risco biológico (Grupo III) - Saco branco
 2. O contentor para cortantes e perfurantes deve estar acessível e em lugar seguro. Quando encerrado, considerado Grupo IV, por isso, deve ser colocado em - Saco vermelho
 3. Higienizar as mãos depois de retirar as luvas.

51

10. SITUAÇÕES ESPECIAIS

As situações especiais referem-se a patologias e a populações de doentes que requerem cuidados e abordagens diferenciadas. O conhecimento delas é essencial para que seja proporcionado um transporte nas melhores condições possíveis.

A abordagem será feita de um modo sistematizado, segundo o **ABCDE**, de modo a efetuar uma estabilização e verificação de condições seguras de transporte do doente, nomeadamente nestas situações especiais.

A- Via Aérea (airway), verificar a permeabilidade e sua capacidade de a proteger.

B – Respirar (breathing), verificar se o doente respira e/ou se possui uma ventilação eficaz.

C- Circulação, o estado hemodinâmico do doente, pelas características do pulso, TA, estado de perfusão dos tecidos e eventuais perdas hemáticas.

D- Disfunção Neurológica (disability), avaliação neurológica e défices sensitivo-motores.

E- Exposição, avaliação integral do doente, com exposição do corpo, na pesquisa de eventuais traumatismos associados e que deverão ser documentados, da cabeça aos pés.

10.1 ABORDAGEM GERAL DO DOENTE POLITRAUMATIZADO

A abordagem inicial da vítima deverá seguir a abordagem ABCDE.

1. Via Aérea (com controlo da coluna cervical)
 - ✓ Controlo da coluna cervical já estará assegurado ou então já foi excluída, através dos exames complementares de diagnóstico.
 - ✓ Permeabilidade da via aérea. Com especial atenção ao risco nas feridas faciais graves, fraturas maxilo-faciais, fraturas dos ossos próprios do nariz e avulsão de peças dentárias.
 - ✓ Indicação para entubação orotraqueal:
 - Alteração do grau de consciência (GCS <9).
 - Lesões da cabeça e pescoço envolvendo estruturas vasculares

52

- Presença de sangue, secreções, edema dos tecidos e corpos estranhos.
- Necessidade de hiperventilação terapêutica.
- Otimização da ventilação/oxigenação
- ✓ Se a equipa de transporte tem dúvidas sobre a capacidade do doente em manter a via aérea permeável, esta deve ser garantida antes da saída.
- 2. Ventilação
 - ✓ Nos doentes em ventilação espontânea
 - Avaliação da eficácia ventilatória, pelos sinais clínicos, por exames complementares de diagnóstico.
 - Se houver lesão torácica, com necessidade de colocação de dreno torácico, este deve ser realizado antes do transporte. Após colocação de uma válvula de drenagem unidirecional.
 - ✓ Nos doentes com ventilação mecânica
 - Adequação os parâmetros ventilatórios e a sua adaptação. Doente bem sedado, analgesiado e, se justificar, curarizado.
- 3. Circulação
 - ✓ Controlo de hemorragias externas e exclusão de hemorragias internas.
 - ✓ Reposição hidroelectrolítica e derivados de sangue.
 - ✓ Colocação de dois acessos venosos periféricos de grande calibre (G14 ou G16) ou a colocação de um acesso venoso central.
- 4. Disfunção Neurológica
 - ✓ Antes da sedação avaliação do estado neurológico da vítima, alterações da sensibilidade e da motilidade, e o tamanho e simetria das pupilas.
 - ✓ Uso da Escala de Coma de Glasgow.
- 5. Exposição
 - ✓ Controlo de temperatura.

10.2 TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO (TCE)

O TCE define-se como uma lesão estrutural e/ ou alteração de funções cerebrais fisiológicas, provocada por uma força externa.

Classificação

53

Pode-se classificar o TCE de acordo com a gravidade, o tipo e o mecanismo da lesão.

1. Mecanismo

1.1. TCE fechado (sem fratura ou com fratura linear, concussão ou lesão com destruição do parênquima – edema, contusão, laceração ou hemorragia) ou TCE com fratura e afundamento.

1.2. TCE penetrantes ou abertos (perda de continuidade da durámater ou exposição do parênquima), causados essencialmente por projéteis, dispositivos com superfície incisa (facas), quedas sobre objetos penetrantes e/ ou fixos não penetrantes.

2. Tipos de lesão

Podem apresentar-se como lesões focais ou difusas.

2.1. Lesões focais: do couro cabeludo (escoriações, contusão, equimose, laceração), fraturas de crânio, hematomas intra-cranianos (epidural, subdural, intra-cerebral), contusão cerebral, hemorragia subaracnoideia.

2.2. Lesões difusas: concussão, lesão axonal difusa, lesão cerebral hipóxica, edema cerebral difuso, hemorragia petequial múltipla.

3. Gravidade da lesão

Classifica-se de acordo com a pontuação obtida através a avaliação neurológica utilizando a GCS.

- TCE Ligeiro – pontuação GCS 13 a 15
- TCE Moderado – pontuação GCS 9 a 12
- TCE Grave – pontuação GCS ≤ 8

Abordagem da vítima de TCE

1. Via aérea

- ✓ Com indicação para entubação orotraqueal:
 - TCE grave (GCS <9);
 - TCE moderado (GCS 9-12) com deterioração rápida do estado de consciência, insuficiência respiratória, coexistência de lesões graves, convulsões;
 - Incapacidade de proteção da via aérea

54

2. Respiração
 - ✓ O₂ para combater a hipoxemia: manter PaO₂ > 60 mmHg ou SaO₂ > 92%
 - ✓ Ventilação mecânica: Não se deve hiperventilar as vítimas de TCE.
3. Circulação
 - ✓ A fluidoterapia de acordo com estado hemodinâmico do doente:
 - Soros isotónicos: Soro Fisiológico
 - Contra-indicado: Lactato de Ringer e soros dextrosados.
 - A sobrecarga hídrica origina agravamento do edema cerebral e aumento da PIC.
 - ✓ Evitar a hipotensão: manter 50 <TAM <70 mmHg e a TAS > 90 mmHg
 - ✓ Administrar Manitol a 20%, EV, em dose de 0,5 a 1 g/kg, em 20 minutos.
4. Disfunção Neurológica
 - ✓ Avaliação e o registo seriado da avaliação do GCS.
 - ✓ Tratamento das convulsões;
 - ✓ A mobilização e atenção às forças de aceleração e desaceleração.
 - ✓ Otimização da sedação e analgesia.
5. Exposição
 - ✓ Controlo da hipertermia.
6. Sonda gástrica colocada oralmente, assim como, não colocar tubo nasofaríngeo, por provável de fratura de base do crânio.
7. Todas as lesões em que se verifique exposição de massa encefálica devem ser suavemente cobertas (sem comprimir). Os objetos empalados não devem ser removidos.

O transporte terrestre deve ser:

1. Lento e a uma velocidade constante. As acelerações e travagens bruscas devem ser evitadas.
2. Deve-se manter vigilância contínua dos parâmetros vitais, nível de consciência (GCS) e temperatura.
3. A vibração, o ruído e o movimento exigem otimização da sedação e analgesia.

10.3 TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR (TVM)

As lesões da coluna cervical podem provocar alterações da sensibilidade, da motricidade e do funcionamento do sistema nervoso autónomo. A lesão da cadeia do sistema

55

nervoso simpático provoca uma atividade parassimpática não contrariada com instalação de um quadro de vasodilatação periférica acompanhada de bradicardia, **choque neurogénico**. Este tipo de choque é controlável através do aporte de fluidos e pela administração, se necessário, de vasoconstritores. No politraumatizado hipotenso e com suspeita de TVM, o diagnóstico de choque neurogénico só deve ser feito após exclusão de causas de hemorragia e hipovolémia.

Abordagem da vítima de TVM

1. Via Aérea:
 - ✓ Avaliar a capacidade de proteção da via aérea. EOT se necessário, com alinhamento da cervical.
2. Respiração:
 - ✓ Garantir a correta ventilação e oxigenação da vítima.
3. Circulação:
 - ✓ Dois acessos venosos periféricos de grande calibre.
 - ✓ Administrar cristalóides isotónicos. Não utilizar soros glicosados.
 - ✓ Profilaxia de náuseas e vômitos provocados pelo transporte.
 - ✓ Perante um choque neurogénico, primeiro administrar fluidos e se necessário usar vasopressores.
 - ✓ Ponderar Protocolo de Metilprednisolona: 30 mg/kg, EV, diluídos até 100 ml de SF, em perfusão durante 15'. Após 45' iniciar perfusão com 5,4 mg / kg / hora a manter 23 h.
 - ✓ Monitorizar ECG e avaliar a TA.
4. Disfunção Neurológica
 - ✓ Avaliação e registo do exame neurológico.
 - ✓ Identificar o tipo de lesão, a sua evolução e eventuais complicações.
 - ✓ Transporte com imobilização, alinhamento e estabilização cervical.
5. Exposição:
 - ✓ Combater a tendência para a hipotermia.

10.4 GRAVIDEZ

O transporte destes doentes, comporta alterações a nível anatómico e fisiológico, principalmente a partir da 24ª semana, quando estas adaptações se tornam mais significativas e temos um feto potencialmente viável.

56

As principais adaptações fisiológicas:

- ✓ Edema dos tecidos, como a língua e maior risco de aspiração do conteúdo gástrico pelo aumento da pressão intra-abdominal provocado pelo útero.
- ✓ O aumento da pressão abdominal leva a uma diminuição da capacidade residual e a um maior consumo de oxigénio. Todas as alterações de ventilação têm repercussões a nível fetal.
- ✓ Aumento da volémia em cerca de 50% levando a uma anemia fisiológica por diluição. A compressão do útero sobre a veia cava inferior diminui o retorno venoso que deverá ser reduzido pela lateralização para a esquerda, da grávida.

10.5 QUEIMADO

A lesão provocada pelo calor acarreta alterações importantes dos tecidos e consequências fisiopatológicas. A perda de integridade das camadas dérmicas, faz com a capacidade de retenção de calor, de água e a proteção das agressões externas seja afetada.

Indicação de transferência para uma Unidade de queimados:

- Superfície de área queimada (SAQ) > 10% em doentes <10 anos e > 50 anos.
- SAQ > 20%.
- SAQ > 5% com queimaduras de 3º grau.
- Queimaduras nas mãos, pés, genitais, períneo e articulações principais.
- Queimadura elétrica grave.
- Queimadura química grave.
- Queimadura por inalação, co-existência de trauma e/ou co-morbididades

Abordagem ao Doente Queimado

1. Via aérea:

- ✓ Atenção ao sinais de alerta:
 - Presença de fuligem na zona da boca e narinas.
 - Expetoração tingida de fuligem.
 - Perda de consciência em situações de fogo.
 - Queimadura da face e pescoço.
- ✓ Assegurar via aérea com EOT, se necessário.

2. Respiração:

57

- ✓ Queimadura no tórax poderá influenciar a expansão e interferir na eficácia da ventilação. Nestes casos, poderá ser necessário uma escarotomia.
- ✓ Indicação para humidificadores e broncodilatadores.
- ✓ Risco de infeção é marcado, cuidados de assepsia redobrados.
- ✓ Oxigenoterapia a 100%.
- 3. Circulação:
 - ✓ Colocação de acessos venosos periféricos de grande calibre ou central.
 - ✓ É prioritário, a reposição de volémia
 - Uso da fórmula de Parkland: Lactato de Ringer, 2 a 4 ml/kg/% de SAQ nas 24 horas. Metade nas primeiras 8 horas e a outra metade nas 16 horas seguintes.
 - ✓ Com os detritos celulares (mioglobina) e as alterações iónicas que poderão afetar a função renal, há que forçar a diurese:
 - Fluidoterapia com cristalóides e Manitol 20% (0,25-1 g/kg).
 - Monitorização da diurese, deverá ser de 30 a 50 ml/h (1 ml/kg/h até aos 30 kg).
- 4. Neurológico: Vítimas de queimaduras elétricas graves, nomeadamente de alta voltagem podem estar associadas a lesões traumáticas, neste caso ponderar proteção cervical.
- 5. Exposição: Evitar a hipotermia e manter cuidados de assepsia durante qualquer abordagem destes doentes.

58

11. MANOBRAS DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) DURANTE O TRANSPORTE

O transporte, só por si é gerador de instabilidade clínica para um doente crítico, que corre o risco de paragem cardio-respiratória.

No interior da ambulância associa-se a mau prognóstico, e pode revelar-se numa difícil tarefa:

- 1- Artefactos na monitorização, pela vibração do transporte.
- 2- Espaço limitado para a execução de manobras de SAV.
- 3- Impossibilidade de substituição de material inoperacional (ex. baterias do monitor/desfibrilhador descarregadas, aspirador não funcionando, mau funcionamento de seringa infusora) ou de fármacos usados.
- 4- Equipa de reanimação sem apoio de especialidades e/ou formação.
- 5- Inexistência de meios auxiliares de diagnóstico e outras terapêuticas;

A equipa de transporte deve ter experiência em reanimação, no manuseamento do equipamento e fármacos adequados para reanimação. Deve seguir a metodologia ABCDE.

1. Via Aérea (A)

Se a equipa de transporte tiver dúvidas sobre a capacidade do doente em manter uma via aérea permeável, deve esta ser garantida antes da saída, para isso, a equipa deve ter experiência clínica na deteção do problema, capacidade técnica de abordagem avançada da via aérea e dispor do material adequado à sua realização.

2. Respiração (B)

Antes de iniciar o transporte, verificar no doente com respiração espontânea, a eficácia ventilatória, pelos sinais clínicos e gasimetria. A sua deteção pode indicar a necessidade de EOT e ventilação mecânica. Nos doentes ventilados devem ser transportados sedados, analgesiados e, se necessário curarizados.

3. Circulação (C)

As complicações cardiovasculares são frequentes, com destaque para os ritmos periparagem. A sua abordagem precoce pode prevenir a evolução para ritmos de paragem.

RITMOS DE PERI PARAGEM

- Bradíarritmias

59

- Taquidisritmias de Complexos Largos
- Taquidisritmias de Complexos Estreitos (regulares ou irregulares)

Princípios Gerais de Abordagem

- ✓ Fornecer O₂ alto débito;
- ✓ Os acessos venosos e a correcção de desequilíbrios hidroelectrolíticos devem ser garantidos antes do início do transporte.

O tipo de tratamento vai depender da presença de sinais de gravidade:

1. Baixo Débito Cardíaco. Palidez, sudorese, extremidades frias e húmidas, alteração do estado e hipotensão (ex. TAS <90mmHg);
2. Taquicardia excessiva. FC > 150 b/m, reduz a diástole, diminui o fluxo coronário e induz isquémia miocárdica. Taquicardias de QRS largos são menos toleradas pelo coração que as de QRS estreitos (Anexo nº8).
 - Amiodarona 300mg e depois perfusão 600mg
 - Sulfato de magnésio 2gr
 - Adenosina 6 mg, pode-se repetir 12mg mais 12mg.
 - Cardioversão elétrica
3. Bradicardia excessiva. FC <40 b/m (Anexo nº7)
 - Administrar atropina 0,5 mg até à dose máxima de 3 mg
 - Implantação do "Pace" externo
4. Insuficiência cardíaca. Pode levar a edema agudo do pulmão (falência esquerda) ou hipotensão com ingurgitamento jugular (falência do ventrículo direito);
5. Dor precordial.

RITMOS DE PARAGEM

- Os ritmos desfibrilháveis - Fibrilhação ventricular (FV) e a Taquicardia Ventricular (TV) sem pulso
- Os ritmos não desfibrilháveis - Assistolia e a Dissociação Eletromecânica (DEM)

A principal diferença na abordagem destes dois grupos, é a necessidade de desfibrilhação imediata (Anexo nº9).

60

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O doente crítico apresenta maior risco de morbilidade e mortalidade durante o transporte. Este risco pode ser minimizado, se houver cuidado no planeamento, na utilização de pessoal qualificado e na disponibilização de equipamento adequado ao transporte (SPCI, 2009).

A crescente necessidade de transferir doentes graves, tem obrigado as entidades, a criar normas orientadoras de boa prática clínica, nesta área. Por esse motivo, cabe às sociedades científicas o estabelecimento dessas normas e às instituições, a sua regulamentação, apoio material e pedagógico e a responsabilidade de formação dos profissionais de saúde.

Por este motivo, penso ter atingido os meus objetivos propostos inicialmente, criando um guia que orienta-se e sistematiza-se procedimentos necessários e prévios, à transferência inter-hospitalar de doentes críticos, colmatando a necessidade extrema pelos enfermeiros do serviço de urgência.

61

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFICAS

- Cunha, M. (Novembro de 2000). Actuação do Enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. Sinais Vitais Nº 33, p. 42.
- Grupo de trabalho de Urgências (2006). Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Hospitais SA.
- Martins, M. (2001). Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção e Controle. (2ª ed.). Belo Horizonte: MEDSI.
- Nunes, M. F. (Março 2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Nursing (219), 7-11.
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Código Deontológico. Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, Inserido no Estatuto da OE, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: OE.
- Regulamento Interno do CHBA. (2010). Orientação técnica de Enfermagem Nº1/E/OT. Portimão
- Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática. Loures: Lusociência
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Manual do Curso de Transporte do Doente crítico (Terceira Edição ed.). (SPCI, Ed.)
- Neutel, Elisabete. (2010). *Curso de Evidência na Emergência* (3ª ed. Reanima). Porto: Pfizer.

ELETRÓNICAS

- CHBA. (2010). Relatório de contas de 2009. Portimão: CHBA. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0D49F06C-0A49-425F-A795-2F0C2DE16737/20996/CHBA_Relatorio_e_Contas_20091.pdf
- Decreto-Lei n.º 38/92 de 28 de Março. Diário da República Nº 74 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa. Obtido a 20 de Janeiro, em

62

<http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Bombeiros/DL-38-92-TranspDoentes.pdf>

- DGC (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa, obtido em 20 de Janeiro de 2012, em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>
- Faia, F. e Silva R. (2008). Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros dos SU Periféricos no transporte do doente crítico, para o SU hospitalar. Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar Região Autónoma da Madeira. Universidade Atlântica – Colégio de Pós-Graduações, Funchal. 108pp. Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de <http://www.citma.pt/Uploads/F%C3%A1tima%20Isabel%20Faia.pdf>
- Lei n.º 12/97 de 21 de Maio. Diário da República N.º 117- I Série A. Assembleia da República. Obtido a 21 de Janeiro, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18409/25112511.pdf>
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República N.º 195 – I Série. Lei de bases da Saúde. Assembleia da República. Obtido a 21 de Janeiro, em <http://dre.pt/pdf1sdip/1990/08/19500/34523459.pdf>
- Ministério da Saúde. (2007). Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de Urgência. Rev 3. Obtido em 20 de Novembro de 2012, de <http://www.dgies.min-saude.pt/recursos/publicacoes/recomendacoes/Recomendacoes.Org.Esp.Urgencia.pdf>
- Nogueira, V., Marin, H., Cunha, I. (Volume 3 de 2004). Transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos: A elaboração de um website e de um protocolo de condutas. (C. Saúde, Ed.) Obtido em 10 de Outubro de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/929/92900312.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer 312/2011. Acompanhamento de doentes. Obtido em 8 de Fevereiro de 2012, de OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer312_2011_CJ.pdf
- Portaria n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro. Diário da República N.º 70- I Série. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Obtido a 22 de Janeiro, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18405/22352235.pdf>

63

- Portaria n.º 402/2007 de 10 de Abril. Diário da República N.º 70 - I Série. Ministério da Administração Interna e da Saúde. Lisboa. Obtido a 20 Janeiro, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18405/22352235.pdf>

ILUSTRAÇÕES

- ILUSTRAÇÃO N.º 1: Monitor da Phillips. Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?q=desfibrilador+da+philips&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbnid=zf4CYsvXzdg4M:&imgrefurl=http://www.proelhospitar.com/index.php%3Fpage%3Dlocacao&docid=WVv5Yu7n5xnowM&imgurl=http://www.proelhospitar.com/philips/Philips_1332774024.jpg&w=400&h=400&ei=2RGxT7fUAoOwhAfOnOm8CA&zoom=1
- ILUSTRAÇÃO N.º 2: Laringoscópio. Obtido a 15 de Maio, em http://www.casamedica.com.br/Produto/laringoscopia-adulto-4-laminas-curva_57_1649.aspx
- ILUSTRAÇÃO N.º 3: Garrafa de O2. Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bombeiros-portugal.net/images/album/1300.jpg&imgrefurl=http://www.bombeiros-portugal.net/album_page.php%3Fpic_id%3D1300&usq=PjZoATlqWDs1D1u13atbzXlPfgY=&h=1152&w=864&sz=498&hl=pt-PT&start=2&zoom=1&tbnid=9E9QAmVdmjdaJM:&tbnh=150&tbnw=113&ei=NvJaUJfmM-rOOQWLgoGYBA&prev=/search%3Fq%3Dgarrafa%2Bde%2Bo2%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26gbv%3D2%26tbnid%3D1300&um=1&itbs=1
- ILUSTRAÇÃO N.º 4: Oxylog 3000. Obtido a 15 de Maio, em http://www.mhedica.com.br/novo/det_oxylog_3000.php
- ILUSTRAÇÃO N.º 5: Fármacos de reanimação. Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://1.bp.blogspot.com/_519WHOFisLA/S_hZyAWuj7I/AAAAAAAAAGE/-MsuHP9Qngc/s400/seringa.jpg&imgrefurl=http://caenf-uepa.blogspot.com/2010/05/informes_22.html&usq=tqdnNveMmIfgUoVK2Nay4geuFA=&h=225&w=300&sz=6&hl=pt-PT&start=6&zoom=1&tbnid=C3HcRULp8cRIGM:&tbnh=87&tbnw=116&ei=cPJaUPPaH4

64

[fe0QXfioGoCg&prev=/search%3Fq%3Dfarmacos%2Binjetaveis%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26gbv%3D2%26tbnid%3Dsch&um=1&itbs=1](http://www.google.pt/imgres?q=seringa+infusora&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbnid=vcqHquQRRn2ZDM:&imgrefurl=http://www.flickr.com/photos/sistemasbiomedicos/&docid=girY1InqsdWzWM&imgurl=http://far.m3.staticflickr.com/2341/1811058720_62c7e9ae5f_m.jpg&w=240&h=180&ei=PBSxT7-Hlsy3hAes6KHcCA&zoom=1)

- ILUSTRAÇÃO Nº 6: Seringa Infusora da Braun. Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?q=seringa+infusora&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbnid=vcqHquQRRn2ZDM:&imgrefurl=http://www.flickr.com/photos/sistemasbiomedicos/&docid=girY1InqsdWzWM&imgurl=http://far.m3.staticflickr.com/2341/1811058720_62c7e9ae5f_m.jpg&w=240&h=180&ei=PBSxT7-Hlsy3hAes6KHcCA&zoom=1
- ILUSTRAÇÃO Nº7: Aspirador de secreções. Obtido a 16 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.futurvida.com/uploads/ficheiros/pr.oduto212212.jpg&imgrefurl=http://www.futurvida.com/produtos.php%3Fid%3D212%26op%3Ddetalhes&usg=__q7sRVlyv_xk7grWw3JfyvH0-xOk=&h=375&w=550&sz=19&hl=pt-PT&start=4&zoom=1&tbnid=Exhqe1KeuXKTjM:&tbnh=91&tbnw=133&ei=8vNaUlyqG-W60QXY7YCgCQ&prev=/search%3Fq%3Daspirador%2Bde%2Bsecre%25C3%25A7%25C3%25A3o%2Bde%2Btransporte%2Bantigo%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DN%26gbv%3D2%26tbnid%3Dsch&um=1&itbs=1
- ILUSTRAÇÃO Nº 8: Mala de transporte. Obtido a 1 de Junho, pela própria máquina do autor.
- ILUSTRAÇÃO Nº 9: Lesão da cervical. Obtido a 17 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.patientedlibrary.com/imagescooke.d/27820W.jpg&imgrefurl=http://www.patientedlibrary.com/generateexhibit.php%3FD%3D27820&usg=__A2mDwlcmmQUxbqoYYLN-9vA8NWM=&h=306&w=432&sz=42&hl=pt-PT&start=1&zoom=1&tbnid=3Re4fCO0b3AorM:&tbnh=89&tbnw=126&ei=XvRaUPaTMNSY0QXD7IDYAw&prev=/search%3Fq%3Dles%25C3%25A3o%2Bcervical%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DN%26gbv%3D2%26tbnid%3Dsch&um=1&itbs=1
- ILUSTRAÇÃO Nº 10: Técnica de rolamento. Obtido a 1 de Junho, pela própria máquina do autor.
- ILUSTRAÇÃO Nº 11: Técnica de levantamento. Obtido a 1 de Junho, em http://www.google.pt/imgres?q=Estabiliza%C3%A7%C3%A3o+cervical&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbnid=GKbqvXSiHlUjCM:&imgrefurl=http://centroderapiadacoluna.blogspot.com/2006/12/justificativa-mais-de-80-da-populacao.html&docid=GF6QNmnyYjQ5sXM&imgurl=http://bp3.blogger.com/_Hicxb4C

65

[Q23g/Re9ZQjEEMWl/AAAAAAAAAIQ/pcPqD3SGFbE/s320/Mensch%252Bflexao%252BCervical.jpg&w=320&h=280&ei=URaxT464LluHhQe23ennCA&zoom=1](http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.spencer.it/images/catalogo/spencer-sx/spencer_sx.jpg&imgrefurl=http://pt.spencer.it/produtos/sistemas-de-transporte/macac-pluma-e-acessorios&usg=__1kARo55RKITIHfoNNZfXcW1QA1w=&h=550&w=280&sz=23&hl=pt-PT&start=4&zoom=1&tbnid=xjOVfuNGJdeU3M:&tbnh=133&tbnw=68&ei=JvFaUKn_CMih0QW7tID4Ag&prev=/search%3Fq%3Dmaca%2Bpluma%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DN%26gbv%3D2%26tbnid%3Dsch&um=1&itbs=1)

- ILUSTRAÇÃO Nº 12: Maca Pluma. Obtido a 18 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.spencer.it/images/catalogo/spencer-sx/spencer_sx.jpg&imgrefurl=http://pt.spencer.it/produtos/sistemas-de-transporte/macac-pluma-e-acessorios&usg=__1kARo55RKITIHfoNNZfXcW1QA1w=&h=550&w=280&sz=23&hl=pt-PT&start=4&zoom=1&tbnid=xjOVfuNGJdeU3M:&tbnh=133&tbnw=68&ei=JvFaUKn_CMih0QW7tID4Ag&prev=/search%3Fq%3Dmaca%2Bpluma%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DN%26gbv%3D2%26tbnid%3Dsch&um=1&itbs=1
- ILUSTRAÇÃO Nº13: Colares Cervicais. Obtido a 18 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.gte.org.br/images/equipo_colares/set.jpg&imgrefurl=http://www.gte.org.br/cursos2.htm&usg=__XyABdTVoLGLxWlwcSFLdXV4iuY=&h=180&w=350&sz=10&hl=pt-PT&start=11&zoom=1&tbnid=d7uDuQm90TAXWiM:&tbnh=62&tbnw=120&ei=WvFaUKD6AtDa0QXu6oGACw&prev=/search%3Fq%3Dcolares%2Bcervicais%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26gbv%3D2%26tbnid%3Dsch&um=1&itbs=1
- ILUSTRAÇÃO Nº 14: Estabilizadores de cabeça. Obtido a 20 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?q=plano+duro&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbnid=hzRPLi_52009FM:&imgrefurl=http://www.futurvida.com/produtos.php%3Fid%3D137%26op%3Ddetalhes&docid=QI88LPR8xnNNfM&imgurl=http://www.futurvida.com/uploads/ficheiros/produto137imagesCABOCJ69.jpg&w=225&h=225&ei=MhixT-fuA8TNhAeZq8z-CA&zoom=1
- ILUSTRAÇÃO Nº 15: Plano Duro. Obtido a 20 de Maio, em <http://www.google.pt/imgres?q=aranha+plano+duro&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbnid=a3dnQIRBcuD7IM:&imgrefurl=http://www.emergencia2000.pt/produtos/equipamentos/imobiliza%25C3%25A7%25C3%25A3o.aspx&docid=fr-Si8Puh-aqnM&imgurl=http://www.emergencia2000.pt/admin/public/getimage.aspx%253F%2526Image%253D/Files/HTML/equipamentos/Imobiliza%2525C3%2525A7%2525C3%2525A3o/Tablero-Espinal-Emergencia.jpg%2526Width%253D153%2526Height%253D112%2526Crop%253D3%2526Resolution%253D75%2526Compression%253D90&w=153&h=112&ei=UxmT9mZQ9S0hAeQubj2CA&zoom=1>

66

- **ILUSTRAÇÃO Nº 16: “Aranha”.** Obtido a 20 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?q=aranha+plano+duro&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbn=isch&tbnid=gUs_K06ZS-u6EM:&imgrefurl=http://vida-entre-maos.blogspot.com/&docid=p2kDbbFb1X_BIM&imgurl=http://1.bp.blogspot.com/_Ks1Xp8EZyg/SwWkeCT1wzI/AAAAAAAAAFg/33aG6kAP64/s1600/DSCN1086.JPG&w=1600&h=1200&ei=UxmXT9mZO9S0hAeQubj2CA&zoom=1&iact=hc&vpx=296&vpy=144&dur=3367&hovh=194&hovw=259&tx=171&ty=123&sig=112367015523958896997&page=1&tbnh=128&tbnw=168&start=0&ndsp=18&ved=1t:429,r:1,s:0,i:70
- **ILUSTRAÇÃO Nº 17: Maca Coquille.** Obtido a 20 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?q=aranha+plano+duro&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbn=isch&tbnid=gUs_K06ZS-u6EM:&imgrefurl=http://vida-entre-maos.blogspot.com/&docid=p2kDbbFb1X_BIM&imgurl=http://1.bp.blogspot.com/_Ks1Xp8EZyg/SwWkeCT1wzI/AAAAAAAAAFg/33aG6kAP64/s1600/DSCN1086.JPG&w=1600&h=1200&ei=UxmXT9mZO9S0hAeQubj2CA&zoom=1&iact=hc&vpx=296&vpy=144&dur=3367&hovh=194&hovw=259&tx=171&ty=123&sig=112367015523958896997&page=1&tbnh=128&tbnw=168&start=0&ndsp=18&ved=1t:429,r:1,s:0,i:70
- **ILUSTRAÇÃO Nº 18: Colete de extracção.** Obtido a 22 de Maio, em <http://www.google.pt/imgres?q=aranha+plano+duro&um=1&hl=pt-PT&biw=1293&bih=639&tbn=isch&tbnid=a3dnQIRBcuD7IM:&imgrefurl=http://www.emergencia2000.pt/produtos/equipamentos/imobiliza%25C3%25A7%25C3%25A3o.aspx&docid=fr-Si8Puh-aqnM&imgurl=http://www.emergencia2000.pt/admin/public/getimage.aspx%253F%2526Image%253D/Files/HTML/equipamentos/Imobiliza%2525C3%2525A7%2525C3%2525A3o/Tablero-Espinal-Emergencia.jpg%2526Width%253D153%2526Height%253D112%2526Crop%253D3%2526Resolution%253D75%2526Compression%253D90&w=153&h=112&ei=UxmXT9mZO9S0hAeQubj2CA&zoom=1>
- **ILUSTRAÇÃO Nº 19: Os cinco momentos para a higiene das mãos.** Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.cristofoli.com/biosseguranca/wp-content/uploads/2012/05/5momentosA3.jpg&imgrefurl=http://www.cristofoli.com/biosseguranca/%3Fp%3D2513&usq=IQBdV5JKR96E4D9_mFUX6SSCuHo=&h=2604&w=1877&sz=1723&hl=pt-PT&start=9&zoom=1&tbnid=Q2bpHMTU1lHaM:&tbnh=150&tbnw=108&ei=kvFaUNKilKrK0QXdd6oCoDA&prev=/search%3Fq%3D0s%2Bcinco%2Bmomentos%2Bpara%2Ba%2Bhigiene%2Bdas%2Bm%25C3%25A3os%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26gbv%3D2%26tbn%3Disch&um=1&itbs=1

67

- **ILUSTRAÇÃO 20: EPI.** Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?um=1&hl=pt-PT&sa=N&biw=1214&bih=600&tbn=isch&tbnid=ldPATw05zBrUM:&imgrefurl=http://carvresgate.blogspot.com/2010/12/importancia-do-uso-de-epi-para-evitar.html&docid=f8QML4nMPLjHnM&imgurl=http://1.bp.blogspot.com/_lrD_SyCNE_Zg/TRDVW2eKTJI/AAAAAAAAAO4/1i7danXUBkk/s1600/Luva-latex-procedimento-gde_2.jpg&w=700&h=467&ei=uCHOT9uRHY21hAeYz_GRDA&zoom=1&iact=hc&vpx=221&vpy=78&dur=1461&hovh=183&hovw=275&tx=190&ty=151&sig=112367015523958896997&page=4&tbnh=114&tbnw=171&start=70&ndsp=24&ved=1t:429,r:7,s:70,i:239
- **ILUSTRAÇÃO 21: Ambulância.** Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.blogodorum.com.br/wp-content/uploads/sonhar-com-ambulancia.jpg&imgrefurl=http://www.blogodorum.com.br/sonhar-com-ambulancia/&usq=9eWhha6-C_fuHspY4kFHKfWic14=&h=320&w=320&sz=23&hl=pt-PT&start=1&zoom=1&tbnid=GaqT27Pw7RnVmM:&tbnh=118&tbnw=118&ei=3vFaULPCK-e_0QWgpoDQDQ&prev=/search%3Fq%3Dambul%25C3%25A2ncia%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26gbv%3D2%26tbn%3Disch&um=1&itbs=1
- **ILUSTRAÇÃO 22: Clostridium Difficile.** Obtido a 15 de Maio, em http://www.google.pt/imgres?um=1&hl=pt-PT&biw=1214&bih=600&tbn=isch&tbnid=F8HXOx0Vdp-qcM:&imgrefurl=http://cordis.europa.eu/fetch%3FCALLER%3DFP7_NEWS%26ACTION%3DD%26RCN%3D30370&docid=UxXYFvyAw2m16M&imgurl=http://cordis.europa.eu/news/images/20090121_2.jpg&w=200&h=200&ei=RSXOT9vOM4TChAeFurSGDA&zoom=1
- **Foto inicial:** http://bombeirosdefozcoa.blogspot.pt/2012_02_01_archive.html

68

ANEXO Nº1

Sistema de Estratificação de Risco de Transporte adaptado

69

Sistema de Estratificação de Risco de Transporte adaptado

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		7. RISCO DE ARRITMIAS	
• Não	0	• Não	0
• Sim (tubo de Guedel)	1	• Sim, baixo risco (EAM> 48 h)	1
• Sim (intubado ou traqueostomia recente)	2	• Sim, alto risco (EAM <48 h)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		8. PACEMAKER	
• FR entre 10 e 14 / min	0	• Não	0
• FR entre 15 e 35 / min	1	• Sim, definitivo	1
• Apneia ou FR <10 / min ou FR> 35 / min ou respiração Irregular	2	• Sim, provisório (externo ou endocavitário)	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	
• Não	0	•Escala de Glasgow = 15	0
• Sim (Oxigenoterapia)	1	•Escala de Glasgow> 8 e <14	1
• Sim (Ventilação Mecânica)	2	•Escala de Glasgow ≤8	2
4. ACESSOS VENOSOS		10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	
• Não	0	• Nenhum dos abaixo indicados	0
• Acesso periférico	1	• Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos	1
• Acesso central em doente instável	2	• Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA			
• Estável	0		
• Moderadamente estável (< 15mL/min)	1		
• Instável (inotrópicos ou sangue)	2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG			
• Não	0		
• Sim (desejável)	1		
• Sim (em doente instável)	2		
TOTAL: _____			

Quadro 1: Sistema de Estratificação de Risco de Transporte adaptado (Etzebarria mencionado em SPCI, 20

70

ANEXO Nº2

Avaliação para o transporte intra-hospitalar

71

Avaliação para o transporte intra-hospitalar

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhuma	“Standard” Ambulância
3-6	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor + Injectáveis + soros
>= 7	C	Ambulância medicalizada ou Helicóptero	Enfermeiro e Médico	Sat O2, ECG, FC, TA não invasiva, capnografia (se indicado)	Acima descrito + Ventilador + Material para a via aérea avançada + Desfibrilhador com pace + Seringas e Bombas infusoras.

Quadro 2: Avaliação para o transporte intra-hospitalar.

72

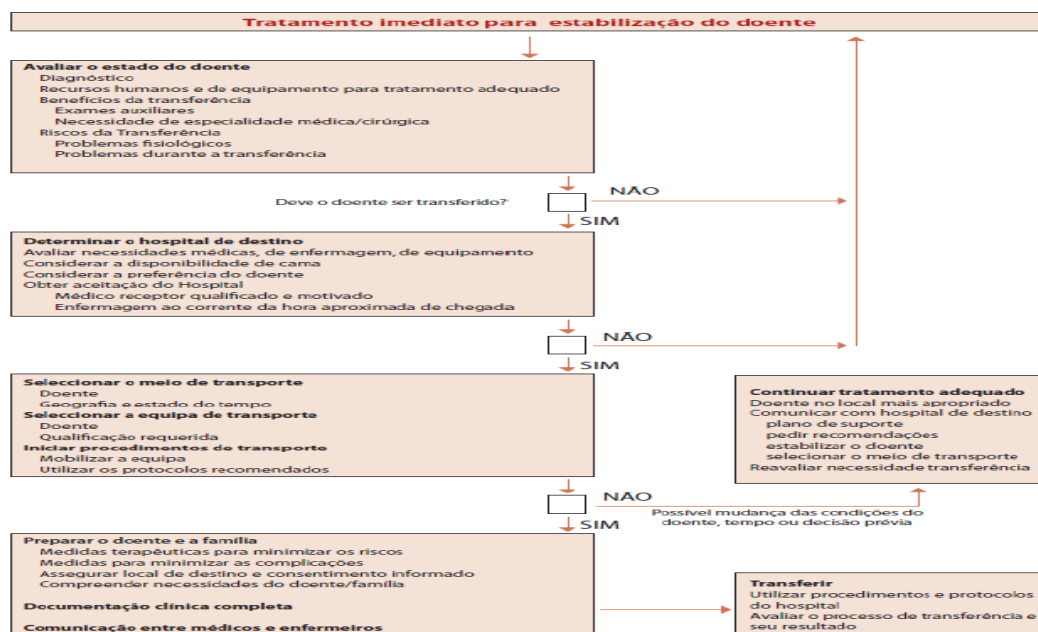
ANEXO Nº 3

Algoritmo do transporte secundário ou inter-hospitalar

73

Algoritmo do transporte secundário ou inter-hospitalar

Algoritmo de decisão para o transporte secundário



Quadro 3: Algoritmo do transporte secundário ou inter-hospitalar (SPCI, 2009)

74

ANEXO Nº 4**Requisição de Transporte de Doentes- MOD AD – 31/05**

75

ANEXO Nº 5**Boletim de Acompanhamento de Transporte de Doentes- MOD PC –
40/03**

77

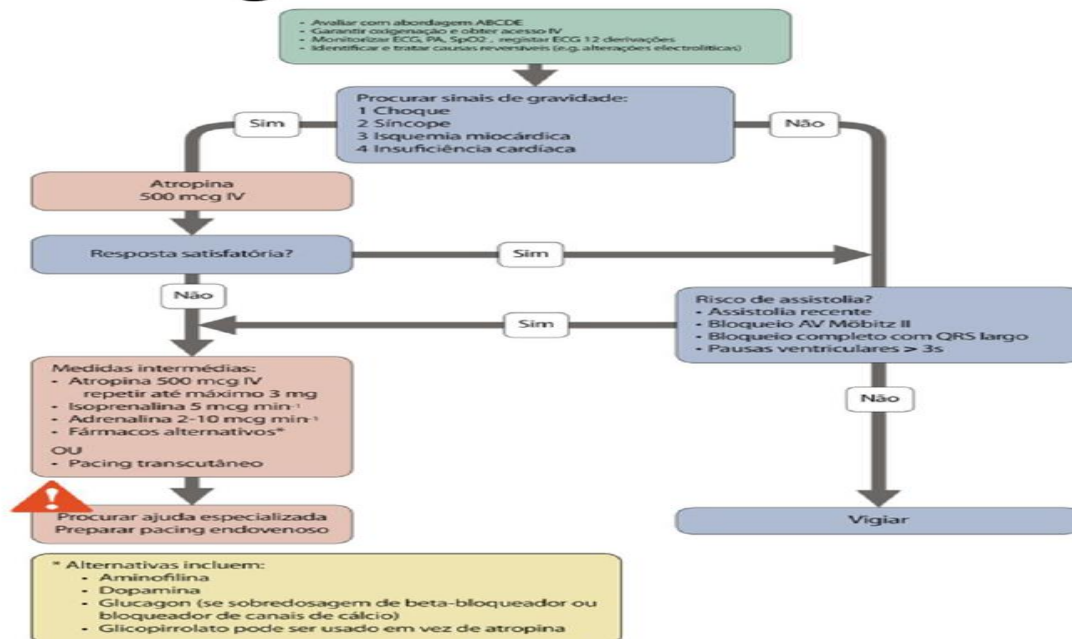
ANEXO Nº 6**Registo de Acompanhamento de Doente por Funcionário- MOD PC –
38/01**

79

ANEXO 7**Algoritmo da Bradicardia**

81

Algoritmo da Bradicardia

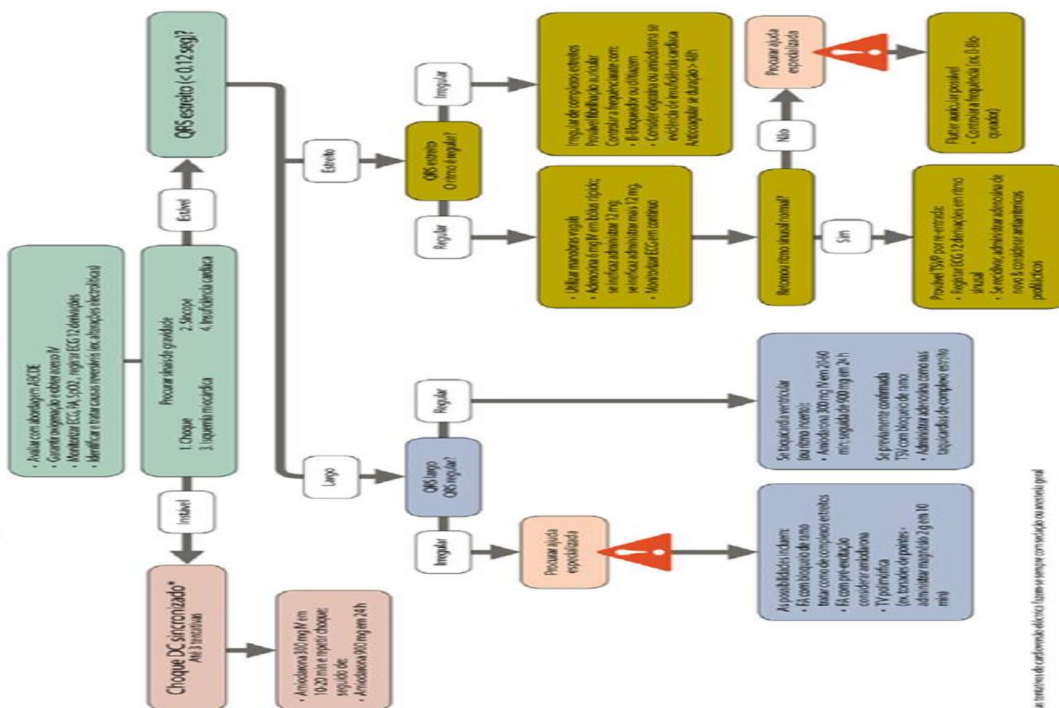


Algoritmo 1: Algoritmo da bradicardia. © 2010 ERC.

ANEXO Nº 8

ALGORITMO DA TQUICARDIA COM PULSO

Algoritmo da Taquicardia (com pulso)



Algoritmo 2: Taquicardia com pulso © 2010 ERC

ANEXO Nº 9 Algoritmo de SAV

APÊNDICE Nº 1

Check List de confirmação do processo de transferência inter- hospitalar

87

Check List de confirmação do processo de transferência inter- hospitalar

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DE DOENTES	
No transporte de doentes críticos, confirme sempre:	
I- Processo de transferência	
1. Impressos de transporte	
2. Informação aos familiares	
3. Nº de telefone do Hospital recetor	
4. Qual o serviço	
5. Nome do médico que recebe o doente	
II-Avaliação do doente	
1. Informação clínica	
2. Nota de transferência de enfermagem	
3. Motivo da transferência	
4. Exames complementares de diagnóstico	
III- Observação do doente	
A- VIA AÉREA	
1. Material de via aérea	
2. Na ventilação artificial	
3. Se EOT- RX após entubação e nível TOT_____	
B- RESPIRAÇÃO	
4. O ₂ suplementar e o FiO ₂	
5. Reserva de O ₂	
6. Modo ventilatório ____ vol./min; FR ____ c/min; FiO ₂ ____, PEEP_____	
7. Gasimetria	
C- CIRCULAÇÃO	
8. Monitorização e baterias de reserva	
9. Dois acessos periféricos ou acesso venoso central	
10. Registo dos parâmetros vitais e diurese (à saída)	
11. Perfusões de amins vasoativas e outros fármacos (extra se necessário)- seringas e baterias de reserva	
D- AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
12. Score da Escala de Glasgow (à saída)	
13. Pupilas	
14. Sedação e imobilizadores SOS	
E- TRAUMA	
15. Imobilizações corretas	
16. Exclua a presença pneumotórax/ hemorragia interna	
PARAMETROS À SAÍDA	
1. Equipamento de transporte (antes de mudança de cama)	

88

2. Ritmo_____	
3. FC_____	
4. TA_____	
5. SPO ₂ _____	
6. Temperatura_____	
7. Glicémia_____	
IV- Verificação do Equipamento	
1. Monitor/desfibrilhador (baterias de reserva)	
2. Reserva de O ₂	
3. Mala de transporte	
4. Fármacos necessários e em SOS	
5. Seringas infusoras e baterias	
V- Helitransporte	
1. Insuflação do "cuff" com água destilada em vez de ar	
2. Válvulas anti-refluxo, em todos os acessos	
3. Válvula Heimlich, nos drenos torácicos	
VI- Início do transporte	
1. Mudança para a maca de transporte	
2. Mudança de prótese ventilatória	
3. Mudança de equipamento de perfusão	
4. Mudança de monitorização	
5. Fixação de tubos e linhas	
6. Fixação correta do doente e equipamento	
7. Tapar o doente	
8. Orientação do trajeto e forma de condução (motorista)	
9. Avaliação dos parâmetros antes do início da marcha	
V- Trajeto e chegada ao hospital recetor	
1. Registo de intervenções e parâmetros durante o trajeto	
2. Intercorrências	
3. Registo da hora de saída e da hora de chegada	
4. Registo de parâmetros à chegada	
5. Passagem da informação clínica e exames, aos colegas do hospital de destino	

tabela 3: Chek list do processo de transferência inter-hospitalar de doente

APÊNDICE 2

Check List da Mala de Transferência

Check List da Mala de Transferência

FOLHA 1



BOLSAS LATERAIS (via aérea)

Bolsa A (mais externa)

Bolsa B (mais interna)

BOLSA A (mais externa)

Stock	Material	Data Validade
1	Mascara de alto Fluxo	05/2016
1	Mascara Venturi	02/2017
1	Óculo Nasal	06/2016
1	Tubo de conexão O2	10/2014
1	Mascara de aerossol	10/2014

BOLSA B (mais interna)

Stock	Material	Data Validade
1	Tubo endotraqueal nº 6,5	05/2013
1	Tubo endotraqueal nº 7	02/2014
1	Tubo endotraqueal nº 7,5	01/2014
1	Tubo endotraqueal nº 8	09/2014
1	Tubo endotraqueal nº 8,5	10/2014
1	Nariz artificial	11/2014
1	Filtro de ambu	12/2013
1	condutor	12/2016

91

FOLHA 2



BOLSAS LATERAIS (trauma e outros)

Bolsa A (mais externa)

Bolsa B (mais interna)

BOLSA A (mais externa)

Stock	Material	Data Validade
1	Lençol térmico	/
1	Ligadura de cada (20 cm, 15 cm, 10 cm, 5 cm)	/
6	Compressas esterilizadas 10x10	04/2015
1	Compressa esterilizada 20x40	05/2015
1	Adesivo castanho	/
1	Adesivo branco	/
1	Luva esterilizada nº 6,5	04/2014
1	Luva esterilizada nº 7	03/2014
1	Luva esterilizada nº 7,5	01/2015
1	Luva esterilizada nº 8	05/2014

BOLSA B (mais interna)

Stock	Material	Data Validade
1	SNG nº 14	07/2013
1	SNG nº 16	12/2013
1	SNG nº 18	02/2014
1	Seringa de 100cc	03/2014
1	Tampa azul	09/2013
1	Lubrificante	01/2014
2	Mascaras P2	/
2	Aventais	/
1	Saco Colector	04/2014
1	Saco de despejo	/
1	Eléctrodos	/
1	Saco preto	/
1	Saco azul	/
2	Imobilizações	/

92

FOLHA 3



TAMPA

A	B	C
D	E	F
H	I	J
	L	K

TAMPA:

1	Tesoura	
1	Tubo de Guedel nº 2	10/2016
1	Tubo de Guedel nº 3	04/2017
1	Tubo de Guedel nº 4	02/2017

Stock	Material	Data Validade
A		
20	Luvas não esterilizadas	/
B		
várias	Compressas não esterilizadas	/
vários	Adesivos cortados	/
várias	Agulhas diversas	12/2016
C		
2	Laminas laringoscópio nº 2, 3	/
1	Cabo de laringoscópio	/
2	Pilhas de reserva	/
1	Seringa 10 cc	04/2014
2	Fita de nastro	/
1	Lubrificante	01/2014
1	Ocultos de protecção	/
D		
1	Máquina de BM	/
várias	Fitas de glicémia e cetonémia	07/2013
várias	Lancetas	/
1	Termómetro	/

93

E		
2	Torneiras de 3 vias	02/2017
4	Bisturis	12/2012
3	Tampas	07/2014
3	Válvulas anti-refluxo	03/2016
1	Bioneter	03/2013
1	Obturador	04/2016
F		
2	Abocath nº 22	12/2014
2	Abocath nº 20	08/2014
2	Abocath nº 18	04/2014
2	Abocath nº 16	04/2014
2	Abocath nº 14	04/2016
G		
1	Paracetamol EV	12/2013
1	S. fisiológico 100 ml	04/2017
1	Dextrose 5% 100 ml	12/2016
H		
4	Seringas 10 ml	04/2017
I		
4	Seringas 5 ml	04/2016
4	Seringas 2ml	04/2016
2	Seringas 1ml (insulina)	05/2016
J		
3	Seringas de 20 ml	03/2014
1	Seringa de 50 ml	03/2014
1	Seringa de 50 ml - opaca	03/2014
K		
2	Sistemas de soros	04/2014
2	Prolongadores com torneira	12/2015
1	Prolongador 150 cm	05/2014
1	Prolongador opaco	04/2014
L		
2	Sonda de aspiração nº 14	12/2016
2	Sonda de aspiração nº 16	03/2013
2	Sonda de aspiração nº 18	04/2014
1	Estetoscópio	/
1	Mala de medicação de reanimação	/

94

APÊNDICE Nº 3

Chek list da Mala de Medicação de Reanimação

95

Chek list da Mala de Medicação de Reanimação



Stock/ Medicação/ Validade			
1 Isoprenalina (09/2012) 1 Adenosina (02/2014) 1 Digoxina (09/2015) 2 Amiodarona (04/2014)	10 Adrenalina (02/2013)	6 Atropina (05/2014)	2 Diazepam (06/2014) 1 Etomidato (05/2013) 1 Midazolam (11/2014) 1 Propofol (11/2014)
1 Bicarbonato de Sódio 8,4% (12/2015) 2 Dopamina (10/2014) 1 Dobutamina (09/2015) 1 Nora-adrenalina (08/2013)	2 Dinitrato de Isossorbido (05/2016) 1 Sulfato de Magnésio 20% (08/2016) 1 Gluconato de Cálcio 10% (09/2014) 1 Labetalol (04/2015)		
4 Hidrocortisona (01/2014)	1 Combivent (01/2014) 1 Atrovent (12/2013) 1 Salbutamol ev (09/2014)	6 Furosemida (02/2015)	2 Glicose 30% (10/2016) 1 Flumazenil (02/2013) 2 Naloxona (10/2012)
2 Metoclopramida (01/2015) 1 Tramadol (05/2015)	2 Captopril (05/2013) 2 Nitroglicerina (05/2013)	3 Soro fisiológico (10/2013)	

96

APÊNDICE 15: ESPÓLIOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - UMA
REFLEXÃO PRÁTICA: Análise de um Tema para a UC Filosofia,
Bioética e Direito em Enfermagem



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Análise de um Tema

UNIDADE CURRICULAR: Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem

DISCENTES:

Jorge Silva
Sara Antunes



UNIDADE CURRICULAR: Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem

ANÁLISE DE UM TEMA:

Espólios no serviço de urgência - uma reflexão prática

DOCENTES:

Prof. Lucília Nunes | Prof. Sérgio Deodato

DISCENTES:

Jorge Silva: 100519022

Sara Antunes: 100519021

SETÚBAL
Dezembro, 2011

*Não sei se a vida é curta ou longa pra nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas*

Cora Carolina

INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui o principal instrumento de avaliação da Unidade Curricular de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, que se insere no Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, no 1º Semestre do ano lectivo de 2011-2012.

O objectivo é a análise reflexiva, sobre a prática existente num centro hospitalar, no que diz respeito à realização do espólio dos bens dos seus clientes, quando recorrem uma das duas urgências existentes naquela instituição prestadora de cuidados de saúde.

O exercício profissional da enfermagem traduz-se na prestação de cuidados globais à pessoa, onde se incluem a salvaguarda dos bens daqueles que nos procuram. Para compreender à luz da Filosofia, da Bioética e do Direito da Enfermagem, será efectuada uma procura dos aspectos conceptuais da propriedade, de como ela foi encarada ao longo da história e de como os seus aspectos actuais se alicerçam nos teóricos mais influentes da sociedade contemporânea, o que corresponde ao primeiro capítulo. No segundo serão apresentados aspectos éticos, com particular enfoque, no que diz respeito à prática de enfermagem, no campo da responsabilidade com a recolha dos bens de outros. Um terceiro capítulo, aborda as alterações relacionadas com o stress, onde serão referenciados mecanismos de defesa e adaptação e despersonalização do utente. No quarto capítulo é apresentada a importância do objecto para a vida da pessoa. O quinto capítulo dá realce aos aspectos culturais, fornecendo estratégias para ultrapassar a despersonalização do meio hospitalar, utilizando uma abordagem centrada na cultura e humanização dos cuidados. Tendo em consideração o objectivo deste trabalho, a sexta parte, procura a fundamentação dos aspectos do direito aplicado à propriedade e ao caso específico do espólio de bens a clientes em unidades hospitalares com a posterior abordagem da autonomia e dos direitos dos clientes dos serviços de saúde no último capítulo.

1. PROPRIEDADE

A noção de propriedade é transversal às sociedades humanas, associada à possibilidade posse e usufruto de um bem, à sua troca e à sua transmissão entre gerações. A existência do conceito de propriedade está ligada à sedentarização do Homem, associada à posse da terra e à prática agrícola, apesar de ser considerado por antropólogos e historiadores a possibilidade de tal conceito já ser conhecido em sociedades nómadas, para os animais e para objectos de uso pessoal (Balsemão, s.d.).

A capacidade de usufruir de bens materiais esteve numa fase primitiva da civilização humana, associada a práticas religiosas e políticas, levando que em muitas sociedades os artigos pessoais acompanhassem o seu proprietário na sepultura, a propriedade não podia ser subtraída ao seu dono sem que isso fosse considerado lesivo para o seu ser. As religiões monoteístas conduzem a uma separação entre o destino da coisa e o destino do proprietário. A ideia de um Deus único, com domínio absoluto sobre todas as coisas da Terra coloca na sua dependência tudo, inclusivamente o próprio Homem. Outra perspectiva é a valorização do valor da vida, que emanando de Deus, passa a ter um estatuto superior ao da coisa (Balsemão, s.d.).

Na **Grécia** a vida económica é associada à vida familiar, com base numa organização patriarcal, o chefe da família tinha domínio sobre a propriedade, sobre os elementos do clã, os escravos, o modo de produção e o consumo. Aparecem expressas as primeiras ideias de partilha de bens pelos cidadãos, referenciada por Platão, onde incluíam as mulheres e as crianças. Ao criticar esta ideia, refere Aristóteles, que sem pluralidade não pode haver cidade, a diferença é necessária à própria existência da comunidade e essa diferença estende-se também à distribuição da riqueza em função da ocupação profissional e ao mérito ao qual chama de “igualdade recíproca”. Essa igualdade condiciona também o estatuto político que cada pessoa tem na sociedade. Contrapondo a ideia de Platão sobre a partilha pela comunidade dos bens, Aristóteles argumenta com o enfraquecimento das relações entre as pessoas, como resultado da indiferença causada pelo anonimato da propriedade colectiva, citando Aristóteles diz Balsemão (s.d.) o uso pleno da coisa só é permitido quem detenha esses bens a título privado.

Em **Roma** o conceito de propriedade é aplicado a coisas e a pessoas e denomina-se de *res*, esta por sua vez subdivide-se em *res corporalia*, que diz respeito a escravos e a bens móveis e imóveis; e em *res incorporalia* que diz respeito ao usufruto. A propriedade encontra-se sobre o domínio do chefe da família, *pater famílias*, que controla a vida da família e os negócios. Com o crescimento do império romano, o número de proprietários que era diminuto, cresceu em consequência dos prémios dados aos soldados pelas suas participações nas campanhas militares. Há a concessão de terrenos a camponeses para a sua exploração em troca de pagamento; esta concessão de terra traduz-se na noção de *dominum utile* e de *dominum directum* com a diferenciação entre aqueles que são titulares jurídicos do bem e aqueles que são proprietários dos bens produzidos no terreno (Balsemão, s.d.).

Durante o longo período da **Idade Média**, decorreu o longo período da propriedade feudal, onde o centro do poder era do senhor feudal, que administrava a terra e tinha o usufruto da sua produção. O sistema de governo baseava-se numa aristocracia agrária patriarcal. Os conceitos básicos são oriundos do direito romano mas fortemente influenciado pela ideia Cristã de domínio de Deus sobre todas as criaturas e coisas da Terra (Balsemão, s.d.). Diz Tomás de Aquino que *a propriedade não tem dono, o único dono é Deus, o Homem apenas a administra* (Carvalho, 2007).

O longo período de estagnação da Idade Média, dá lugar à expansão marítima, ao renascimento cultural e científico, ao crescimento dos estados nacionais monárquicos, à crescente importância da burguesia e consequentemente de uma lógica capitalista. Estas condições foram possíveis por duas modificações originárias em **Inglaterra**, uma foi, a verdadeira ascensão da burguesia a classe dominante através de um crescente poder económico suportado pelo crescimento da actividade mercantil facilitado por viagem mais rápidas, seguras e compensadoras. A outra alteração significativa foi a reforma protestante com a implementação da ideologia anglicana, o fim do domínio da Igreja Católica, traduziu-se pela libertação de vastos terrenos que foram retirados às organizações católicas, que foram adquiridos pela burguesia a baixo preço. A posse da terra, o ganho de importância social e económica da burguesia são a base para o florescimento de ideologias liberais em contraposição aos poderes absolutistas representados por uma nobreza, em busca de manter o estatuto herdado. Por sua vez, esta modificação do conceito de propriedade da terra, modifica também a perspectiva pela qual são encarados aqueles que vivem a trabalhar a terra. Por sua vez, o estatuto do trabalhador da terra também se altera, passa de uma posição de servo relativamente ao senhor da terra para a de assalariado perante os novos donos da terra (Arnaut & Leal e Silva, 2001).

Tendo como pano de fundo as alterações nas relações económicas, Thomas Hobbes (1588-1679) reflete sobre as mudanças no tecido social que estavam a decorrer. Thomas Hobbes pressupõe, o Homem em Estado de Natureza, isto é, antes da vida em sociedade, desfruta das coisas, realiza os seus desejos e dono de um poder ilimitado e capaz de realizar os seus desejos; nesta condição o Homem tem direito a tudo, é livre e utiliza os poderes que tem, da forma como entender, com vista a preservar a sua vida. No entanto, diz Hobbes, quando entregue a si próprio, o homem, pelas suas disputas, é causador de desordem, insegurança e guerra. A forma de contrariar esta tendência para o caos é a existência de um soberano, detentor de um poder absoluto e ilimitado. Segundo aquele pensador esta era a forma de proteger a pessoa e o seu bem mais preciso, a sua vida (Venturelli & Saliba, s.d). A necessidade de protecção leva a que haja cedência da sua liberdade ao Estado absoluto, protegendo o homem e aquilo que lhe pertence, garantindo a propriedade individual. Assim e sem recorrer ao conceito de direito adquirido a partir do divino, Hobbes declara-se a favor do absolutismo, enquanto formulação política como forma de preservar a vida dos cidadãos (Masson, 2010).

Na continuação dos ideais contratualistas John Locke (1632-1704), parte da ideia de homens isolados em Estado de Natureza, que se organizam através de um contrato social na construção de uma sociedade civil. O pensamento de Locke (1632-1704) teve como princípio a ideia de propriedade com base no trabalho directo sobre a coisa, em especial no que diz respeito à terra (Balsemão, s.d.). Diz-nos Locke, que a Terra é concedida por Deus, os seus recursos e riquezas, foram dadas em comum aos homens. Fala-nos Arnaut & Leal e Silva (2001, p.204) citando John Locke na sua obra “*O segundo tratado*” “(...) a Terra e todas as criaturas inferiores sejam comuns a todos os homens (...)cada homem tem uma propriedade em sua própria pessoa. A esta ninguém tem direito algum além dele mesmo. O trabalho de seu corpo e a obra de suas mãos, pode-se dizer, são propriamente

dele (...)” e conclui afirmando “*Qualquer coisa que ele então retire do estado com que a natureza a proveu e deixou, mistura-a ele com o seu trabalho e junta-lhe algo que é seu, transformando-a em sua propriedade.*” Aparecemos aqui o trabalho enquanto fonte de valor, defendendo que a terra deve ser trabalhada para possibilitar que os homens retirem valor delas. O direito aos frutos do trabalho é assente aos quatro elementos que são fundamentais para a vida em sociedade: a vida,

a saúde, a liberdade e a posse. Refere ainda Locke que a manutenção daqueles elementos justifica a vida em comunidade, sendo que o seu principal objectivo, a preservação da propriedade. No entanto este pensador apresenta e legítima a possibilidade de revolta, referindo *“Sempre que o legislativo tentar tomar ou destruir a propriedade do cidadão, ou subjugar-lo ao seu poder arbitrário, entra em estado de guerra com ele, isentando-o de ulterior obediência (...)”* (Masson, 2010, p.76), acrescentado no entanto que, a queda do governo não representa a desorganização social, mas sim a necessidade de um novo, surgindo como negação ao despotismo.

As grandes mudanças liberais tinham ocorrido em especial em Inglaterra, no entanto, em **França**, irão decorrer acontecimentos que levarão à queda do regime absolutista, com Revolução Francesa. Jean Rousseau (1712-1778) apresenta a ideia que a soberania pertence ao povo, que é transferida para o governante, podendo ser ele um monarca, uma assembleia ou outra forma de governo. O poder político assenta na vontade geral. É defendida a liberdade individual, tendo como pressuposto que o poder se origina nas pessoas e não tem origem no divino, tal como era aceite no regime absolutista. O poder é obtido através da cedência de forma consentida, dos direitos em favor da comunidade, num contrato social; há a perda de liberdade individual, no entanto, como a pessoa é ela própria integrante do todo, ao respeitar a lei, respeita-se a si própria (Masson, 2010). O contrato social defende também que a propriedade é um direito do cidadão, marcando com clareza uma diferença entre o público e o privado, expresso por Rousseau na sua obra de 1762, *Do contracto social*, onde pode-se ler citado por Masson (2010, p.78) que *“(...) cada indivíduo pode ter como homem uma vontade particular, diversa ou dessemelhante da vontade geral que tem como cidadão (...)”*. Apesar de reconhecer a propriedade como um direito das pessoas, também reconhece que há a necessidade proporcionar alguma igualdade, impondo limites à riqueza e à pobreza. Rousseau reconhece, no entanto, a importância do papel da obediência do indivíduo à vontade do todo, correndo o risco do contrato social ser apenas uma afirmação vã. Com aquele contrato, o pensador francês diz, o homem ganha o direito à propriedade e à liberdade civil, em contraponto perde alguma da sua liberdade individual (Masson, 2010).

Esta óptica Rousseau apresenta uma visão do Homem mais positiva, contrariamente a Hobbes, diz que o Homem não é naturalmente mau, já que a sua condição natural é a da liberdade, da felicidade e igualdade. Esta, no entanto, é destruída pela civilização *“os homens nasceram livres, e por toda a parte encontram-se a ferros”* Venturelli & Saliba (s.d., p.69) citando Rousseau. O momento de viragem é a criação do conceito de posse da propriedade, em especial da terra, com a consequente necessidade de pessoas trabalharem para outras pessoas, com o efeito da acumulação de riqueza de uns, sobre as dificuldades de outros.

Na sua vasta obra Kant, teoriza sobre a **posse da propriedade**, utilizando alguns conceitos já apresentados por Hobbes, quanto à natureza humana, de Locke o conceito de propriedade no estado de Natureza Humana e em Rousseau buscou o conceito de contrato social com base no poder civil. O conceito de propriedade no Estado de Natureza é em Kant, uma instituição instável, causado pelo próprio modo de ser do homem, que apelida de *“status naturalis”*, caracterizada pelo chamado *“pecado original”* é potencialmente causadora de instabilidade e guerra, não existindo a possibilidade de garantir uma propriedade segura das coisas; não existindo direito ou justiça possível. Aproximando-se das ideias de Locke e afastando-se das Thomas Hoobes, Kant afirma que existe alguma capacidade para a pessoa deter a propriedade nestas circunstâncias, sendo este descrito como um direito provisório que só terá capacidade para se tornar

peremptório com a efectivação de um contrato social. Esta passagem do provisório ao peremptório representa a capacidade de elaborar uma legislação universal aplicável às relações entre os homens (Balsemão, s.d.). O princípio do Direito que toda a acção é justa quando “(...) *não constitui um obstáculo à conformidade da liberdade do arbítrio de todos com a liberdade de cada um segundo leis universais*” diz Masson (2010, p.79) citando Kant, ainda no seguimento, é possível perceber que as leis do Direito são morais e citando Masson (2010, p.79) socorrendo-se de Kant “*O conceito moral do direito é uma autorização ou faculdade de fazer tudo o que é moralmente possível e de resistir pela força àquele que o impede de fazê-lo. Uma lei (moralmente prática) é uma proposição que contém um imperativo categórico, uma ordem*”. A existência desta obrigação justifica o abandono do Estado de Natureza, para passarem a viver numa lei civil, como diz Roussau num contrato social (Balsemão, s.d.).

O século XVIII assistiu à definitiva separação entre produtor e meios de produção e a ascensão do individualismo. Georg Hegel (1770-1831) defende que o fundamento de um Estado não se encontra em qualquer contrato entre cidadãos ou destes com o governo; esta ideia foi a origem da confusão entre o Direito público e a realidade social. É desta forma que aquele filósofo alemão critica as teses contratualistas nas relações entre governo e cidadãos. Para Hegel a sociedade civil não é o Estado de Natureza que organizou em busca de ganhos em segurança em troca da liberdade individual (Masson, 2010).

De acordo com Hegel existem três momentos no conhecimento do Direito, aquele com origem no império romano e no regime feudal, universal abstracto. O momento correspondente à Moralidade, baseada na moral de Kant. O momento da etnicidade, universal e concreto corresponde ao momento onde o geral e o particular se ultrapassam e constituem o Estado; assim Hegel apresenta uma concepção filosófica do Direito, tal como é citado por Masson (2010, p.83):

“a) O espírito moral objetivo ou natural: a família. Esta substancialidade se desvanece na perda da sua unidade, na divisão e no ponto de vista do relativo, tornando-se então:

b) Sociedade civil, associação de membros, que são indivíduos independentes, numa universalidade formal, mediante suas necessidades e a constituição jurídica como instrumento de segurança da pessoa e da propriedade e por meio de uma regulamentação exterior para satisfazer as exigências particulares e colectivas.

c) Constituição do Estado, que é o fim e a realidade em acto da substância universal e da vida pública nela consagrada”

Na obra de 1821, *Princípios da Filosofia do Direito*, Hegel, defende uma perspectiva do direito com três diferentes aspectos, o Direito Abstracto “(...) *onde a vontade existe como pessoa, sendo livre enquanto detém direitos abstractos, cujo maior direito é a propriedade*” (Masson, 2010, p.83). Outra esfera é a chamada Moralidade Subjectiva “(...) *a vontade existe como sujeito e reivindica a sua subjectividade, o qual será livre quando atingir o Bem*” (Masson, 2010, p.83). Por fim a Moralidade Objectiva que corresponde à vontade do “(...) *cidadão livre na realização dos seus direitos particulares em conformidade com o Direito Universal*” (Masson, 2010, p.83). Para Hegel o mercado e a sociedade civil desenvolvem-se no todo universal que é o Estado. Não defende uma visão totalmente liberal de submissão do Estado à sociedade civil, mas defende a intervenção deste como regulador. A sociedade civil funciona para Hegel como um palco de luta dos interesses de cada um, que deve ter um intermediário, o Estado. Havendo em determinadas situações oposição entre estado e sociedade civil (Masson, 2010).

Durante os séculos XVIII e XIX, foram observáveis grandes avanços tecnológicos, a conquista da natureza pelo homem, a separação do homem dos seus instrumentos de trabalho, a divisão técnica e social do trabalho, a separação da Sociedade Civil do Estado e a clivagem social crescente, com a crescente acumulação de riqueza de poucos e a miséria de muitos. Karl Marx (1818-1883) referido por Venturelli & Saliba (s.d.) diz que a sociedade burguesa, teve como base a sociedade feudal, não só não diminuiu as diferenças entre as classes, mas pelo contrário as aumentou, dividindo a sociedade em dois pólos distintos, uma burguesia dominante e um proletariado dominado. Karl Marx referido por Venturelli & Saliba (s.d.) defende a extinção da propriedade privada, argumentando que não é o trabalho que cria a propriedade, pois se assim fosse, o proletário estaria continuamente a criar propriedade. O que o trabalho proletário cria é, o capital. O capital é o produto do trabalho colectivo dos diversos membros da sociedade que não deverá pertencer apenas a um grupo restrito, mas a toda a comunidade. O filósofo alemão responde àqueles que se opõem à abolição da propriedade privada, dizendo que esta já foi abolida, por uma pequena minoria de grandes capitalistas, já que para a grande maioria, essa propriedade não existe (Venturelli & Saliba, s.d.). A teoria de Karl Marx defende a luta do proletário contra o poder burguês, defendendo que esta luta não deverá ser pacífica, mas sim através da luta armada, capaz de destruir o estado capitalista, suprimindo a propriedade privada dos meios de produção. Para Karl Marx, a propriedade privada está na origem da opressão do homem pelo homem, como tal, a possibilidade de existência de justiça social, passará sempre pela sua supressão e substituição pela propriedade colectiva (Venturelli & Saliba, s.d.).

A evolução social e política da Europa traduziu-se em modelos de desenvolvimento divergentes entre os estados, enquanto uns seguiram um modelo de desenvolvimento capitalista, outros seguiram uma via socialista, estas duas visões políticas e sociais corresponderam duas realidades de encarar a propriedade. Nos estados socialistas, fruto do desenvolvimento das ideias marxistas, a propriedade foi absorvida pelo Estado e todos os aspectos económicos a ele pertencem, sendo a propriedade privada reservada quase em exclusivo para a possibilidade de aquisição de moradia. Estamos pois perante dois modelos económicos e políticos diferentes, por um lado o modelo capitalista onde a propriedade é maioritariamente privada, sendo também o Estado proprietário, propriedade pública, com o objectivo de responder às suas necessidades. Por sua vez o modelo comunista, entende que todas as propriedades e as riquezas por ela produzidas são do Estado e deverão de forma igual ser usufruídas por todos, não permitindo a acumulação de capital (Carvalho, 2007).

No século XX traduziu-se por alterações do conceito de propriedade, com a introdução da característica da intransmissibilidade. No exemplo da Constituição mexicana de 1917, podemos perceber que a propriedade pertence em primeiro lugar à nação, que posteriormente a concede a particulares, tal como podemos ler no artigo 27º citado por Carvalho (2007,p.55):

“A propriedade das terras e águas, compreendidas dentro dos limites do território nacional, pertence originalmente à Nação, a qual teve e tem o direito de transmitir o domínio delas aos particulares, constituindo assim a propriedade privada. As expropriações somente poderão fazer-se por causa de utilidade pública e mediante indemnização. A Nação terá, a todo tempo, o direito de impor à propriedade privada as determinações ditadas pelo interesse público, assim como o de regular o aproveitamento de todos os recursos naturais susceptíveis de apropriação, com fim de realizar uma distribuição equitativa da riqueza pública, cuidar de sua conservação, alcançar o desenvolvimento equilibrado do país (...).”

Outro exemplo pode ser também citado por Carvalho (2007, p.56) encontramos na Constituição alemã de 1915 que afirma no seu artigo 153º:

“A propriedade e o direito de sucessão hereditária são garantidos. A sua natureza e os seus limites são regulados por lei. A propriedade obriga. O seu uso deve ao mesmo tempo servir ao bem-estar geral”.

Podemos avaliar através dos excertos apresentados, que a lei permite ao proprietário exercer os seus direitos sobre a propriedade mas também atende à sua função social e ao seu contributo para a sociedade.

Em 1948 a Declaração Universal dos Direitos do Homem defende a propriedade privada, no seu artigo XVII onde se pode ler:

“1 – Toda a pessoa tem direito à propriedade, individual e colectivamente.

2 – Ninguém será arbitrariamente privado de sua propriedade”.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem garante a propriedade, no entanto e tendo em consideração o contexto económico do pós-guerra, a noção de propriedade e da sua posse adapta-se a esta dualidade política entre dois grandes blocos, socialista e liberal, que se confrontam não só ponto de vista militar mas também no plano ideológico. John Rawls (1921-2002) pensador norte-americano, defende que numa sociedade só é justa quando os direitos dos cidadãos tiverem assegurados e não forem alvo de negociação política ou sujeita aos interesses. Esta visão só é possível ao encarar a sociedade como uma associação de pessoas que conheçam e aceitem as mesmas regras de conduta e que ajam de acordo com elas. No entanto Braga (2009) reflectindo sobre o pensamento de Rawls, reconhece que apesar de um ideal corporativo da sociedade, esta também é palco de conflito de interesses e por identidade de interesses. Sobre o conflito de interesses, Rawls apoia-se nas teorias de Carl Schmitt (1888-1985), que diz que as pessoas não são indiferentes à sua maior ou menor participação na sociedade, visando alcançar os seus fins e aos benefícios obtidos por essa colaboração. Reconhece que o Homem move-se por interesses, divergentes entre homens, de âmbito religioso, moral e económico, o que gera tensões sociais, luta e guerra. Assim, por esta razão, a lei não deve valer pela sua qualidade moral ou pelo conteúdo racional, mas porque foi sancionada pelo poder soberano, tendo em vista o estabelecimento da tranquilidade, da segurança e da ordem. Por outro lado, a justificar a teoria dos interesses Rawls diz que há identidade de interesses na cooperação social, que permite a que todos tenham uma vida melhor em comunidade, do que cada um dependesse apenas do seu esforço (Braga, 2009). Diz John Rawls, que uma sociedade justa, apenas é possível com a existência de cidadãos racionais e razoáveis. Definindo o racional como, o agente que é capaz de julgar tendo em consideração os seus fins e interesses. A acção racional manifesta-se através da adopção de meios eficazes para alcançar os fins; a definição de diferentes fins em função da sua importância para a finalidade do projecto; que as acções sejam compatíveis e complementares entre si e reconhecer as consequências pelos seus actos. No que diz respeito à pessoa razoável, diz Rawls, é aquela que propõe termos equitativos na cooperação com o outro e submete-se a eles, desde que tenha a garantia que os outros farão o mesmo. As pessoas razoáveis não se movem pelo bem comum, mas desejam uma sociedade de pessoas livres e iguais que cooperam entre si, de uma forma em que todos possam aceitar e onde cada pessoa seja beneficiada conjuntamente com a outra. Podemos encarar que o racional e o razoável como ideias complementares. Diz Rawls, citado por Braga (2009, p.118)

“Agentes puramente razoáveis (...) não teriam fins próprios que tentariam realizar por meio da acção cooperativa. Agentes puramente racionais, por sua vez, não

teriam um senso de justiça e não conseguiriam reconhecer a validade independente das reivindicações dos outros”

Tendo por base o equilíbrio necessário entre o razoável e racional há a proposta da realização de um contrato social, com a constituição de uma estrutura básica com o objetivo de constituir uma sociedade organizada e cooperativa e organizada. Este contrato teve prever que os cidadãos sejam considerados membros e não elementos isolados; as pessoas devem ser consideradas seres livres e iguais e o acordo deve conter os princípios de regulação da estrutura básica da sociedade. Esta estrutura deve garantir as liberdades fundamentais e equitativas, promovendo uma aproximação entre os elos mais desfavorecidos e os mais elevados da sociedade (Braga, 2009). Apesar de apontar caminhos para a compreensão da relação entre Estado e cidadãos, a obra de Rawls *“Uma Teoria da Justiça”*, segundo Balsemão (sd) não fundamenta profundamente o direito à propriedade. Esta fundamentação aparece-nos através de Lawrence Becker (1939) que baseado nos estudos de Anthony Honoré (1921) desenvolve o que apelida de *“apropriação perfeita”* composta por diferentes elementos que são: a) direito a possuir, que inclui o direito de excluir o outro do uso e do usufruto do benefício da coisa; b) o direito de usar, que consubstancia o direito de utilização da coisa; c) direito a gerir, o direito que o proprietário tem em decidir como e quem pode usar a coisa; d) direito ao rendimento, o direito que o proprietário tem em decidir a forma de como tirar benefício da coisa, quer através de si próprio ou de outros; e) direito ao capital, dos quais são exemplo a possibilidade de alienar, consumir, gastar, modificar ou destruir a coisa; f) direito à segurança, que implica a noção de não expropriação da coisa sem a respectiva compensação; g) o poder de transmitir a propriedade, o direito que o proprietário em fazer-se suceder na posse da coisa; h) ausência de termo, a não determinação temporal da apropriação da coisa e dos seus direitos inerentes; i) a proibição de uma utilização prejudicial da coisa sobre outros, dever do detentor da coisa em precaver o uso da coisa de forma prejudicial contra outros; j) tem o proprietário liberdade para executar a hipoteca da coisa; k) possibilidade de regras relativas à reversão dos direitos de propriedade sobre a coisa (Balsemão, sd). O “tipo ideal” da “apropriação perfeita” tal como é indicado por Becker foi concebido para explicar o direito à plena posse da coisa (Balsemão, sd).

2- FILOSOFIA E ÉTICA

A Enfermagem tem como fulcro da sua actividade a pessoa, tal como foi enunciado pela Ordem dos Enfermeiros nos seus Padrões de Qualidade, publicados em 2002. Neste documento a pessoa é definida como um *“ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.6). No mesmo documento podemos ler na contextualização dos cuidados de saúde que *“o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.8). A partir destes dois conceitos podemos inferir que a forma como se faz esta relação entre enfermeiro e cliente é fundamental para a sua eficácia. Onde se fundamenta esta relação interpessoal, que é o fulcro do cuidado em enfermagem? Provavelmente em múltiplos factores, mas de certeza que um deles está relacionado com aspectos éticos, tal como está expresso no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, onde podemos ler no número 1 do artigo 8º *“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”*.

Mas afinal o que é a ética? Como é que ela evoluiu com o próprio Homem? Como é que ela afecta actividade profissional de enfermagem no geral e em particular aquela associada à gestão dos bens do outro, quando estes precisam de ser salvaguardados para a prestação de cuidados à pessoa.

A ética surge associada à actividade humana nomeadamente à capacidade de actuar, de agir, que surge aqui como complemento do fazer. Diz-nos Nunes (1995), o fazer, diz respeito ao protagonizar a acção, por sua vez o agir está ligado ao interior da pessoa, à sua capacidade de optar. Logo a ética centra-se no agir e no ser interior da pessoa. O agir humano aparece associado a algumas premissas que condicionam a pessoa, a liberdade, a responsabilidade e a autonomia. Mas o que podemos dizer que é a ética? Apesar das palavras, ética e moral, serem normalmente encaradas como sinónimos, a verdade é que de um ponto vista formal, tal não o são, nesse sentido aponta Nunes (1995) que nos informa que a moral se refere às normas de conduta, por sua vez a ética aponta para a esfera do privado, do agir humano. Diz-nos Savater (2005), apontado no mesmo sentido, que a ética é a reflexão sobre as condutas que consideramos válidas e porque que as consideramos válidas. Por sua vez a moral é o conjunto de normas que nos rodeiam e que costumamos assumir como válidas. Faz ainda a comparação com outras formas de expressão da moral diferente da norma instituída.

A ética pode ser encarada, como o propósito de avaliar, de forma racional, como se pode ter uma vida boa, mas não uma vida boa qualquer, esta deverá ser sempre encarada em conjunto com os outros (Savater, 2005). Mais difícil se torna essa avaliação, se pois, como diz, o mesmo autor *“o único ponto sobre o qual, à primeira vista, estamos todos de acordo é que nem todos estamos de acordo”* (p.26). Estamos pois perante potenciais conflitos, porque o que para uns é bom para outros será nefasto. Um exemplo paradigmático apontado por Savater (2005, p.2) que referindo-se aos antigos, diz: *“o que é bom para a leoa, não pode ser bom à gazela. E, o que é bom à gazela, fatalmente não será bom à leoa”*. Temos então dois olhares sobre o mesmo fenómeno, diz-nos Rios (2006) que cada pessoa observa um acontecimento do seu próprio ângulo que o consideramos se não como o único, pelo menos como o melhor; no entanto haverá outros pontos de vista, pois a realidade é multifacetada dependendo dos vários ângulos que a pessoa o observa.

É sobre este olhar multifacetado que se debruça a ética e como o indivíduo deve agir em sociedade perante os outros e com os outros. Estas questões sempre colocaram ao ser humano e a época histórica sempre condicionou a forma como as pessoas se relacionavam entre si.

As reflexões acerca dos problemas éticos têm uma das suas primeiras sistematizações, na cultura grega clássica com os pensamentos de Sócrates (469 aC.- 399 aC.) que defende que a única virtude que existe é a do conhecimento e que as outras virtudes não passam de uma variedade de expressões do conhecimento. Sendo assim, defende que este não pode ser adquirido ou ensinado, apenas assimilado através de bons exemplos e de um bom ambiente educativo, sendo que o mal será sempre produto da ignorância. O homem que age conforme a razão, age correctamente (Marques, 2000).

O racionalismo ético iniciado por Sócrates é aprofundando por Platão (427 aC. – 347 aC.) que defende uma separação entre o corpo e a alma, colocando no corpo a origem de desejos e paixões que desvia o Homem do caminho do Bem (Campos, s.d.).

Nas reflexões de Aristóteles (384 aC. - 322 aC.) podemos perceber que este aponta como fim último da vida, a busca da felicidade, estando esta associada ao Bem e à Virtude. Aristóteles distingue as virtudes morais das intelectuais, no entanto, estabelece entre ambas um ponto comum: a razão. As virtudes morais são desenvolvidas pelo hábito de praticar acções correctas, resultando do conhecimento dos seus deveres e da escolha deliberada de uma conduta recta. O Homem possui naturalmente os traços característicos das virtudes morais, no entanto estas só são escolhidas através de uma educação que seja capaz de controlar as paixões e desejos que conduzem ao vício. Todos os indivíduos são acometidos por vícios e paixões, que necessitam de serem controlados, a este controlo chama o filósofo de hábitos, que são desenvolvidos através da sua repetição fazendo com que estes fiquem submetidos ao poder da razão (Marques, 2000).

No século II aC. Ben Sirá, no texto Eclesiástico, refere que a sabedoria é um dom de Deus, estando acessível apenas àqueles que o amam e o temam. A sabedoria é a capacidade de controlar as paixões e de agir de forma adequada segundo a lei de Deus. No texto acima referido surgem algumas referências à liberdade da pessoa, referindo que o homem foi criado por Deus, no entanto, este deu poder de decisão, tornando-o responsável pelas suas próprias acções, é a primeira ideia de liberdade individual contrariando a cultura da época que valorizava o sentido de comunidade e de dependência mútua (Marques, 2000).

Na Roma imperial os princípios éticos centram-se na virtude do autodomínio, procurando a razão na sua acção diária. Surge o conceito de direito natural, uma ideia de direito superior, uma lei verdadeira, recta, constante, eterna e presente em todos os Homens. Um dos mais destacados pensadores da civilização romana, Cícero (106 aC. – 43 aC.), refere que esta lei foi criada por Deus e descoberta pela razão humana. No tratado “De officiis” de Cícero, este desenvolve a ideia da necessidade de procura da razão que domine a acção, procurando evitar o mal em todas as situações. A base do conhecimento da lei natural deverá ter origem na família através da educação da moral (Marques, 2000).

O advento do cristianismo traduz-se na subalternização da lei face à fé. O caminho para a verdade depende da relação que se estabelecer com Deus, diz Agostinho de Hipona (354 - 430). A razão vive na subalternidade da fé, já que ela resulta da iluminação do Homem por Deus. Nem a razão, nem os sentimentos são suficientes para o verdadeiro acesso ao conhecimento, pois ele depende apenas de Deus. Agostinho de Hipona quando confrontado sobre qual a origem da maldade, chega à conclusão que ela não pode ter origem em Deus, porque ele só criou o bem, então o mal só pode ter origem na ausência do bem (Marques, 2000).

O pensamento de Tomás de Aquino (1225? – 1274) radica na aceitação dos princípios cristãos, da fé, da razão e na procura do lugar do Homem no universo criado por Deus. Na obra de Tomás de Aquino o conhecimento passa tanto pela razão como pela fé, enquanto a primeira reflecte sobre a realidade física do mundo natural, a fé aborda os aspectos sobrenaturais, não podendo no entanto uma contradizer a outra, já que ambas têm uma mesma origem: Deus. O pensamento de Tomás de Aquino refere que todos os seres humanos procuram a felicidade, sendo esta finalidade última do Homem, quando iluminada pelo bem e controlada pela fé. Assume que o prazer e posse de bens materiais estão associados à felicidade, no entanto não são suficientes para o seu alcance. Os actos, podem ser morais ou imorais, para se poder considerar enquanto tal, há a necessidade de um padrão, ao qual chama de “Lei Eterna”, criada por Deus. A “Lei Eterna” está na origem da “Lei Natural”, as leis civis baseadas nelas são legítimas, dentro da moral e que visam o bem comum; aqueles de forma voluntária ajam de forma contrária à “Lei Eterna” estão em pecado. Tomás de Aquino fala da virtude como a capacidade de adquirir bens interiores, como o conhecimento, a sabedoria, a esperança, a caridade entre outros, contrapondo a estas as aquisições de bens exteriores como são a riqueza, fama e poder. Há em Tomas de Aquino a defesa que toda a propriedade é pertença de Deus, cada indivíduo pode fazer uso da coisa e tirar dela o usufruto, mas também cumprir a sua missão social para com a comunidade (Marques, 2000).

Com a Idade Média a terminar e tendo como pano de fundo uma Europa marcada por profunda turbulência, com guerras e revoluções, Thomas Hobbes (1588 - 1679) defende o reforço dos poderes do Estado, enquanto garante da paz e da segurança colectiva. Na busca da paz, propõe Hobbes a existência de um contrato social, onde os cidadãos deveriam ceder os poderes a um soberano, que pode ser um monarca ou uma assembleia, que deverá ter uma autoridade inquestionável e absoluta com a finalidade de proporcionar paz e segurança à comunidade; quando aquela autoridade deixa de ter capacidade de cumprir os objectivos, cessa o dever de obediência e inicia-se nova busca para encontrar outra solução de estabilidade (Marques, 2000).

A visão de Hobbes, defende a necessidade de uma governação absolutista, onde os elementos da sociedade cedem da própria liberdade individual, em troca da conquista de segurança e paz colectiva. Hobbes tem uma imagem pessimista da natureza humana, resultante do chamado estado de natureza, situação onde todos os homens são considerados iguais e com os mesmos direitos, cada qual podia fazer o que achava melhor para si, sem se importar com o que poderia resultar dos seus actos. Para contrariar esta situação, este pensador, da fórmula três leis morais: 1) todos os homens querem a paz, desde que a possam obter, se tal não for possível usarão todas as vantagens possíveis na guerra; 2) para sair da guerra há que ceder parte dos direitos, para um poder comum, que garanta a paz e a segurança de todos; 3) os homens precisam de paz para estarem em conjunto, mas há uma tendência para o desrespeito, então esse poder comum, deve ser coercivo, para que o medo da punição seja maior que a tendência que há para violar o contacto social (Marques, 2000).

Na obra *Leviatã*, Hobbes, defende a autoridade de um Estado absoluto. Apesar desta ideia autoritária, propõe limites a essa mesma autoridade: os direitos inalienáveis do Homem, reside na área da actividade privada dos cidadãos. O Estado deverá garantir a defesa contra inimigos externos e controlar as desordens internas, tudo o resto deverá pertencer à actividade privada dos indivíduos. Os direitos inalienáveis, são aqueles que transcendem a necessidade de segurança e paz, relacionados com a própria autoconservação, é a essência da liberdade e entre esses direitos está o direito à vida que para o autor é inalienável (Marques, 2000).

No século XVIII os ideais iluministas ganham espaço na Europa, com elas há uma passagem da moral baseada em valores religiosos para uma moral assente na compreensão da natureza humana. A reflexão ética alicerça-se agora na autonomia do Homem. A razão é apontada por Immanuel Kant (1724-1804) como a origem das normas universais, devendo estas ser cumpridas enquanto deveres do indivíduo, ou seja, aquilo que a razão em liberdade determinou como correcto. Assim o cumprimento da norma induz legalidade, por ser conferida pela razão pois é determinada como correcto. Desta forma só pode ser considerado acto moral, aquele que é efectuado de forma autónoma, consciente e por dever. Diz Kant, citado por Campos (s.d.) “Age apenas segundo uma máxima (um princípio) tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (p.9). A acção só é correcta se poder ser universalizada, para exemplificar Kant utiliza o exemplo da mentira. A mentira pode ser usada, mas não pode ser considerada como lei, se assim fosse, qualquer compromisso seria impossível, razão pela qual a mentira não pode ser aceitável. Então temos que, uma acção é boa, não pelo seu bom resultado ou sensatez, mas sim por ser feita com o sentimento de dever, à Lei Moral, que legisla à priori sobre os nossos comportamentos (Marques, 2000). No entanto o Homem realiza actos contrários ao dever, logo, segundo Kant, contrárias à razão. Argumenta aquele autor que a vontade dos humanos é condicionada pelos desejos, paixões, medos e não só pela razão, como tal, é necessário educar vontade para alcançar a boa vontade, única que é guiada só pela razão (Campos, s.d.).

Com a revolução industrial como pano de fundo, na Europa do século XVIII, surgem ideias que influenciam o pensamento ético e filosófico. O evolucionismo de Darwin, o positivismo de Comtê ou o pensamento económico de Ricardo e Malthus, influenciaram o pensamento de Karl Marx (1818-1883). Este pensador submete o seu pensamento e a sua ética à política e à economia. Karl Marx entende a história como uma contínua luta entre classes, sendo esta o motor da história da Humanidade, que divide em três períodos diferentes: o primeiro caracterizado por uma vida comunitária com a partilha dos bens materiais entre todos, o chamado comunismo primitivo ou tese. Um segundo período (antítese) onde a propriedade privada domina a vida da comunidade, este período é subdividido em três regimes, o escravagista, o feudal e o capitalista. Ao último período, a que este pensador chama de síntese, que corresponderia ao socialismo, a sociedade sem classes (Marques, 2000).

Karl Marx propõe a alteração à visão histórica, onde se acreditava que as ideias podiam ser formuladas de duas formas distintas, ou através da inspiração divina, Deus, ou através da Razão. Contrapondo, que estas têm origem na relação entre as forças produtivas, materiais e económicas; diz-nos Marques (2000) citando Freitas do Amaral, quem promove a evolução histórica, não é Deus, não é a Razão, são sim as forças materiais, as forças económicas e as forças produtivas.

As forças económicas dominantes determinam o funcionamento do sistema educativo, da religião, da arte, da cultura, da moral, do direito e do Estado, a que Karl Marx denomina de superestrutura. A moral e a ética fazem parte da superestrutura, variam também elas, de acordo com o tipo de regime económico e com o modo de produção, alterando o conceito de bom ou de mau conforme as suas necessidades de autoprotecção. Assim do mesmo modo que existe uma moral capitalista, há também uma moral proletária, aquilo a que alguns autores apelidam de relativismo moral. Defende Marx, que para a moral do proletariado é justo matar, roubar ou mentir, desde que esses actos levem à vitória da sua classe sobre a burguesia. As classes dominantes ao controlarem a superestrutura, condicionam também o pensamento dominante em cada uma das fases dos diferentes regimes, controlando a sua produção e os meios de

divulgação. Diz então Karl Marx, que a religião, a moral ou a ética são o reflexo dos interesses da burguesia e que conceitos como justiça, humanidade, liberdade, igualdade, fraternidade, independência não fazem sentido porque estão infectadas pelo pensamento burguês. Assim falar de liberdade neste contexto é falar de um tipo de liberdade que protege a burguesia em desfavor do proletariado (Marques, 2000).

No final do século XIX outro grande pensador reflecte sobre ética, Nietzsche (1844-1900). Apresentando uma crítica à moral vigente baseada nos valores do racionalismo, afirmando que a vida do Homem consiste na vontade de poder (Marques, 2000).

Nietzsche desenvolve uma teoria sobre a verdade, afastando-se dos conceitos tradicionais e baseada em duas vertentes, a primeira afirma que a verdade é importante, porque é boa para a sociedade, não correspondendo no entanto ao real conhecimento da coisa; a segunda vertente reconhece que a linguagem é um instrumento fundamental para o conhecimento, no entanto não é capaz de produzir uma representação fiel da realidade, pois tem a capacidade de a camuflar e responder a interesses de grupos. Em particular no caso da ética, procura demonstrar que esta não se baseia na razão. Argumenta que a moral cristã conduz a que os indivíduos se deixem levar pela maioria, seguindo premissas, sem uma acção crítica sobre elas, assumindo a culpa e o pecado como características inatas à sua natureza, reprimindo a criatividade, por submissão à vontade da religião, do Estado e das suas instituições. Uma das instituições mais criticadas por Nietzsche é a escola, a escola de massas que começava a nascer com os ideais de igualdade e de fraternidade e que a escola pública devia ajudar a cumprir. Esta escola é, diz Nietzsche, criadora de padrões de conhecimento massificados, nivelados por baixo e fomentadora de um espírito de rebanho onde imperaria a vulgaridade, a indiferença e a igualdade de pensamento. A esta forma de pensamento, o pensador alemão reconhece diferenças entre os homens, nas suas hierarquias de saberes, nas múltiplas e por vezes divergentes ideias sobre a realidade, na ausência de uma padronização objectiva do conhecimento da realidade. A educação deverá procurar criar espíritos livres, capazes de pensar da forma diferente da estabelecida, de forma rebelde, subversiva, procurando a ruptura com o conhecimento estabelecido e a criação de novo conhecimento. Esta só poderá ser possível através de uma educação, não massificada, que será capaz de criar o novo homem, nobre e de valores. Reconhece que nobreza não se adquire através do nascimento ou pela pertença a determinado grupo ou raça; adquire-se sim, segundo Nietzsche, pela cultura do espírito e do corpo, numa contínua luta com os outros, mas também consigo, numa tentativa constante de se superar, num contínuo processo de destruição e reconstrução. Só este processo deverá ser capaz de criar pessoas fortes, independentes, sábios capazes de criar o seu próprio futuro (Marques, 2000).

O século XX trouxe, no que diz respeito ao pensamento ético, muitas linhas de pensamento, geralmente associadas a perspectivas pós-modernas ou pós-nietzscheanas. Um dos pensadores que mais se afasta destas correntes é o escocês Alasdair MacIntyre (1929 -) criticando os modelos individualistas liberais, coloca em causa os modelos utilitaristas e as linhas de pensamento de Immanuel Kant, caso de John Rawls, que reduz a um kantismo com componentes sociais e igualitárias. Este pensador contemporâneo, recorre aos ensinamentos de Aristóteles e de Tomás de Aquino para alicerçar as suas ideias sobre ética, no entanto, o seu pensamento é considerado geralmente como inovador, tanto assim que diz Marques (2000) que se pode chegar a afirmar que existe um pensamento ético antes e outro após MacIntyre.

O reconhecimento da importância do enquadramento do contexto histórico e cultural, na noção de ética ao longo dos tempos, é uma inovação que contraria as ideias de Kant. A noção de

imperativo categórico, como entidade independente das circunstâncias, do contexto e da cultura, é um dos principais aspectos da crítica de MacIntyre a Kant, já que o autor refere que na vida do quotidiano tal não existe, não é possível agir em conformidade com máximas universais, encaradas como verdades absolutas em todas as situações. Um agente moral é condicionado pelas circunstâncias e pela sua cultura, da mesma forma que é condicionado pelo seu tempo. O não reconhecimento destas condicionantes é a negação da evolução da sociedade. Da análise que MacIntyre faz da história do pensamento ético, chega à conclusão que existem diferenças significativas, fruto de tempos diferentes, de novas realidades e por terem cada um deles sido elaborado em contextos variados (Marques, 2000).

Na obra de 1981 *After Virtue*, MacIntyre apresenta uma ética de base teleológica, centrada nos fins pelos quais os homens realizam as suas acções, com preocupações com o Bem e com a vida boa. Sendo apresentada como uma teoria racionalista, não passa sem considerar as emoções e os afectos e tendo em conta a dependência dos contextos culturais e sociais e das circunstâncias onde se insere (Marques, 2000).

A moralidade cristã surge associada à ideia que a finalidade do Homem não será consumada neste mundo, mas sim num outro mundo e com a noção de erro associado ao pecado. Esta ideia que teve presente na sociedade cristã até às primeiras rupturas, que acontecem durante o Renascimento, respondeu de forma satisfatória ao problema da escolha entre o bem e o mal. Havia uma conduta que todos deveriam cumprir, que era inquestionável por ter uma origem divina. O Renascimento traz à humanidade alterações substanciais à forma de encarar o mundo, estas alterações colocam em causa a visão central do divino como orientador da vida do Homem, sendo alteradas de forma progressiva para concepções positivistas, individualistas e utilitaristas que se acentuam no século XX.

Alasdair MacIntyre olha com desconfiança para esta substituição e recorre ao pensamento de Tomás de Aquino, para sustentar a diferenciação entre bens interiores e bens exteriores, referindo desde logo à partida a incompatibilidade entre ambos. Refere que a preferência dos bens exteriores em detrimento dos bens interiores revela por parte da sociedade um processo de exclusão de virtudes apontado a responsabilidades à ética de carácter individualista de Kant. O autor recorre para além de Tomás de Aquino, a outro autor clássico, Aristóteles, que refere que a função do Homem está relacionada com o cumprimento de uma série de funções e papéis para consigo e para com a sociedade, o desenvolvimento das teorias individualistas separa o homem dessas funções, tanto assim, que diz Marques (2000) referenciando Alasdair MacIntyre, que o século XX se traduziu por avanços extraordinários no plano tecnológico e um recuo do ponto de vista moral.

O pensador escocês observa que as alterações na Europa pós Renascimento, alteraram forma do Homem se ver a si próprio, essa diferença causa uma dissociação entre a nova forma de pensar e a cultura que ele herdou. Esta dissociação, para aquele autor, é uma ideia que na realidade não existe e é neste ponto que as novas ideologias individualistas falham, pois não foram capazes de realizar aqueles consensos. Este falhanço levou a que por um lado tivéssemos um indivíduo centrado em si próprio, liberto de uma hierarquia moral, centrada na divindade, que agora é ele próprio, a sua autoridade moral. Esta centralização do poder moral no próprio indivíduo é acompanhada por uma herança cultural, que já não tem a autoridade anteriormente reconhecida e que busca novos papéis que esteja de acordo com centralidade no indivíduo. As teorias utilitaristas, como a de Bentham, apresentam um novo fim para a moralidade: procurar o maior prazer com a menor dor possível, para um maior número de indivíduos. Com base na obra de

Alasdair MacIntyre, “After Virtue”, Ramiro (2000) refere a sua ideia pessimista acerca da ética no Homem contemporâneo com base nos princípios utilitaristas e individualistas que marcaram o século XX. Como esperança o autor defende o recuo aos escritos de Aristóteles e de Tomás de Aquino, defendendo uma ligação a uma comunidade e a uma entidade cultural.

Na obra literária que MacIntyre, intitulou de “Dependent Rational Animals : Why Human Beings Need the Virtues?”, apresenta as diferenças entre aquilo que chama de razão prática dependente e razão prática independente. Sendo que enquanto a segunda é apenas característica dos humanos, a primeira encontra-se também presente em animais inteligentes. Aquisição desta característica, razão prática independente, pelos humanos segundo o autor acontece durante a infância – adolescência, através do contacto com os mais velhos, com a experiência acumulada e os ganhos relativos à apropriação da herança cultural da comunidade onde se insere diz Alasdair MacIntyre citado por Marques (2000, p.183):

“ (...) o que uma criança que está a fazer a transição do exercício da inteligência animal, na infância, para o exercício da razão prática independente tem de realizar, é uma transformação do seu esquema motivacional, para que as razões externas também se tornem internas (...) Quais são as qualidades que uma criança deve desenvolver, primeiro para redireccionar e transformar os seus desejos, e subsequentemente para os dirigir consistentemente em direcção aos bens dos diferentes estádios da sua vida? São as virtudes intelectuais e morais. É porque a não aquisição dessas virtudes torna impossível realizar essa transição que as virtudes têm uma importante função e lugar na vida humana”.

A diferenciação entre a razão prática dependente para a razão prática independente é a capacidade de a segunda tem em permitir avaliar os seus actos, as razões que levaram a praticar esses mesmos actos, julgar os actos passados e corrigi-los e conseguir analisar as razões pelas quais os outros tiveram determinada atitude perante determinada situação. Para que uma pessoa possa exercer a sua razão prática independente terá que ter virtudes morais e intelectuais. No entanto pode-se questionar como é que essas virtudes são adquiridas. Estas serão adquiridas através do contacto com família, com elementos da comunidade que se possam relacionar de forma afectiva, cultura e intelectual durante longos períodos de vivência em comum. O problema seguinte que se coloca, é a oportunidade do novo elemento da comunidade em ter acesso a exemplos, eles próprios virtuosos. Recorrendo à “Ética Nicómaco” de Aristóteles, MacIntyre, analisa o processo de deliberação e da escolha moral e reconhece que as más escolhas podem ocorrer por má informação sobre as condições da situação, o chamado de erro intelectual. Outra fonte de erro prende-se com as generalizações inapropriadas a partir de dados insuficientes. Outra possibilidade de erro reside, num erro moral, a insensibilidade ao sofrimento do outro, as paixões não controladas. A forma de contornar, segundo MacIntyre, referenciado por Marques (2000) será através do reforço dos valores culturais, fruto da discussão entre pares e de forma colegial. No entanto continuamos sem solução para a ultrapassar a questão sobre a ausência de virtudes, impossibilitando o desenvolvimento do carácter virtuoso. O autor responde, argumentando que na ausência de virtudes não é possível a defesa contra a “negligência, as simpatias deficientes, a estupidez, a mentalidade aquisitiva e a malícia” (Marques, 2000, p.185) citando MacIntyre.

Podemos agora questionar qual a noção de bem comum na obra de Alasdair MacIntyre. Um aspecto realçado é que este bem comum, não é apenas a soma dos diversos bens comuns individuais, pela sua diversidade e porque o bem comum individual poder ser considerado maior que o bem comum. Então se o bem pessoal não é subordinado ao bem comum, também, é

compreensível que o bem comum não possa ser subordinado ao bem individual. No entanto o autor reconhece que a definição do bem individual de cada um dos elementos de uma comunidade deve partir do conhecimento do bem comum dessa mesma comunidade. A partir da análise desta dialéctica, o autor, estabelece outra, aquela que relaciona os deveres do indivíduo para com a comunidade e os direitos que tem perante esta. Refere o autor, que uma pessoa para reconhecer e usufruir de um direito perante a comunidade, tem que também reconhecer que tem de cumprir os seus deveres para com a mesma comunidade. Deriva então, que aquele que não é capaz de identificar o bem comum de uma comunidade, também não será capaz de apropriar o seu próprio bem pessoal. A existência de reciprocidade entre os deveres e os direitos, entre reconhecimento do bem comum e o bem individual e a sua articulação leva a que todos os elementos de uma comunidade recebam e dêem entre si de forma justa para todos. Esse ajustamento entre o dar e o receber, conduz à necessidade de conhecimento de uma série de virtudes, que o autor baseando-se em Aristóteles Tomás de Aquino desenvolve, podemos citar a verdade, a confiança, a concórdia, a humildade, a generosidade, a caridade, a misericórdia, a esperança e a benevolência. A prática destas virtudes cimenta uma outra que é fundamental para a sua convivência em grupo, a confiança. Para além das virtudes referidas o autor apresenta uma outra, a que dá o título de generosidade justa. Esta virtude, diz o filósofo escocês, apresenta três diferentes aspectos, as relações na comunidade onde interferem os afectos; as relações da comunidade com elementos estranhos a ela e por último a solidariedade da comunidade para com aqueles, que tem necessidades para serem resolvidas (Ramiro, 2000).

Dos diversos autores que foram, brevemente analisados, foi possível observar a mudança das ideias morais e sobre a ética ao longo do tempo. É possível dizer que hoje não há um modelo único. Diz-nos Nunes (1995) que existem diversas alternativas que cada pessoa pode seguir exercendo o direito de decidir o que pensa ser o melhor para si e para a sua vida na comunidade.

2.1. ÉTICA EM ENFERMAGEM

Todas as profissões têm um compromisso social. Neste sentido é importante harmonizar o bem pessoal e o bem social, em que a ética define um critério essencial para a afirmação pessoal na sociedade em geral e na profissão em particular. Como todo o ser humano tem um compromisso com os seus semelhantes, conduzindo à harmonia do grupo profissional, a ética profissional incide numa prática de compensações que facilitam e solidificam os laços e insere-se num rol de deveres de responsabilidade que cada um tem no seu trabalho (Ferreira & Dias, 2005).

Ser enfermeiro ou tornar-se enfermeiro, não passa pela aquisição de conhecimentos ou de práticas, mas também pela assimilação de atitudes e de valores da própria profissão. Para que isso ocorra, é fundamental um crescimento moral na aplicação de todo o conhecimento adquirido de forma eticamente responsável (Thompson; et al, 2004).

Se a Ética é uma ciência que nos leva a uma reflexão acerca do comportamento do homem, do que é bom e mau, então é preciso um compromisso pessoal e vontade individual para que as acções que ocorram possam estar de acordo, com o bom, com a moral, a responsabilidade, justiça e a verdade (Thompson; et al, 2004).

O Código de Ética de Enfermagem é um instrumento legal que reúne um conjunto de normas, princípios morais e do direito relativos à profissão e ao seu exercício. Refere os seus deveres e em

compromisso assumido perante a sociedade, a qual os reconhece técnicas científicas e humanas, capazes de desempenhar um determinado conjunto de funções (Oguisso & Zoboli, 2006).

Falando um pouco de princípios éticos e morais (Ferreira & Dias que menciona Argandoña, 2005):

1. Uma boa intenção, não justifica uma acção eticamente má (“os fins não justificam os meios”);
2. Uma boa acção não justifica uma má intenção (“os meios não justificam o fim”);
3. Não há acções neutras, pois necessitam de uma motivação;
4. Não se deve fazer mal directamente;
5. Não devemos querer o mal;
6. Devemos evitar o mal;
7. Toleramos o mal, se for inevitável e o melhor das alternativas;
8. Quando há outra opção, podemos cooperar com o mal;
9. Em situações de conflito, procuram o bem.

Ao observar cada princípio defendido pelos autores, podemos enquadrá-los no nosso caso em concreto. Ora vejamos, numa situação como a ocorrida, em que um doente recusa um internamento pela necessidade de abdicar dos seus bens pessoais, para se fazer cumprir de uma norma hospitalar, mesmo sabendo que este internamento é para o seu bem, continua a haver pessoas que o recusam. Questiona-se muitas vezes o porquê? Se o nosso princípio ético e moral está abrangido no nosso comportamento individual, mas benéfico para o social (empresa que nos emprega). Reflectindo em cada princípio individualmente, podemos considerar que de certo modo, os princípios não são tidos em consideração. Por exemplo:

Muitas vezes, temos a noção da importância de alguns objectos, no entanto, fazemos cumprir a norma. Todos nós, profissionais de saúde, sabemos da sua importância, no entanto mantemos a mesma posição. Referimos que temos que o cumprir, no entanto, perguntamo-nos se não será para nosso benefício? Pensamos que sim, o risco que algo se perca e que sejamos chamados à responsabilidade faz-nos actuar propositadamente.

Parece-nos fazer sentido falar um pouco sobre consciência e sentido de pessoa, uma vez que somos seres humanos racionais e conscientes. Do ponto de vista psicológico, a consciência é o sentimento da nossa própria identidade, é o **eu**, quer em estado corporal ou mental, que engloba o passado, presente e expectativa para o futuro (Oguisso & Zoboli, 2006). Assim e segundo as mesmas autoras, a pessoa consciente, que vivencia e compreende as situações que se manifestam em seu mundo, tem como base: concepções; crenças; valores de vida; capacidade de aprender; conhecer, adquirir e aplicar valores quer individual ou colectivamente; o modo como cada um olha e compreende o mundo que o rodeia; a forma como age, de acordo como interpreta o bem e o mal e como consegue influenciar o que está a sua volta.

Todo o acto pessoal é singular, mediante as ideias e valores adquiridos, a pessoa expressa a sua vontade mediante actos inteligentes reflectidos dentro da cultura em que se insere e obtém

experiências pessoais, que o torna cada vez mais consciente dos seus direitos (Oguisso & Zoboli, 2006).

Neste registo, vem-nos à mente, tudo que teoricamente sabemos, o direito, dever, honestidade, responsabilidade, consciência, verdade e justiça.

O **direito** liga-se à noção de dignidade pessoal, à condição social do homem fundamentada na natureza da pessoa humana. O direito na sociedade é uma ordenação de relações interpessoais com vínculos, que a transgressão leva a sanções. Para isso, é preciso respeitar o outro e promover o bem comum, quando falamos em direitos profissionais, falamos em qualidade profissional através de condutas que supõem um consenso com os cidadãos (Ferreira & Dias, 2005).

O Homem com todo o seu conhecimento e direito, tem capacidade de se autónomo e livre, ou seja, a pessoa deve ter liberdade de escolha e fazê-la em consciência, sempre tendo em conta que vive com outros e esses têm que ser respeitados. Ao tomar essa decisão, em condições de ser responsável pelos seus actos ou legalmente alguém que assuma essa responsabilidade, a pessoa pode traçar o seu caminho ou até propor alternativas, para que essa liberdade se possa associar à escolha (Oguisso & Zoboli, 2006).

...” a liberdade tem sempre uma finalidade, ninguém é livre sozinho. Por isso a liberdade é uma conquista colectiva e não pessoal e só pode ser pensada na relação com o outro e com o mundo”. (Oguisso & Zoboli mencionado Montaigne, 2006, p. 36)

Mas como seres em constante aprendizagem e com a liberdade associada, estamos também em constante mudança pelas escolhas que fazemos. Assim fazemos as nossas escolhas por recursos internos, por intuição, por aptidão, conhecimento, percepção, habilidade e vontade diante da realidade em que nos encontramos (Oguisso & Zoboli referindo Grateloup, 2006).

Devemos sempre esclarecer o porquê da necessidade de realização da guarda de espólio de bens, justificando: pelas condições físicas do serviço; pela constante preocupação do utente aos seus pertences; pelo incomodo aos outros utentes, uma vez que os espaço físico é o mesmo e a quem pedir responsabilidade se alguma coisa desaparece? Estes são alguns dos motivos que nos leva a tentar persuadir e fazer com que o utente mude a sua escolha.

Responsabilidade e verdade, se o homem tem experiência com o seu devido valor e as compreende à sua maneira e decide, então assumem a responsabilidade por aquilo que escolhe, de forma ética, consciente e responsável (Oguisso & Zoboli referindo Alonso, 2006)

Se a escolha se mantiver, concordando um pouco com a nossa maneira de ver, não como profissionais mas como prováveis utentes, acrescentou-se na norma hospitalar existente, um ponto que nos salvaguarda em relação ao doente consciente e orientado, focando que tem o direito de se recusar a retirar os seus bens.

“...Se não o fizerem, assumiram a responsabilidade pela sua guarda durante a sua permanência no CHBA, EPE, assinando declaração para o efeito.” (Regulamento nº 18/CHBA, 2010)

Mas muitas vezes, somos deparados com situações constrangedoras, como doentes desorientados e/ ou com acompanhamento familiar, que se responsabiliza pelos seu bens. No entanto como se sabe que essa pessoa aceita a delegação dessa responsabilidade à família?

“Tratando-se de doente desorientado ou inconsciente, o acompanhante, se o tiver, presenciará, sempre que possível, a recolha do espólio de valores e respectivo registo que conferirá e assinará em impresso próprio.” “Se os trouxerem serão entregues ao acompanhante...” (Regulamento nº 18/CHBA, 2010)

O **respeito pelas pessoas**, ou seja tratar de cada pessoa com os seus direitos individuais, com atenção à sua autonomia e defender quem a perde, por doença, trabalhando no sentido de ajudar a pessoa a restabelece-la. Com a noção que com o respeito, está incutido o direito à privacidade, à verdade e aos cuidados. Muitas vezes entra-se em conflito com o direito do doente ao dever do profissional de cuidar, por isso, que é difícil de entender se o consentimento é realmente informado e voluntário (Thompson; et al, 2004). Neste sentido o autor reforça a importância do enfermeiro em promover o bem-estar e a autonomia ao utente.

Neste contexto, parecemos importante falar sobre **reciprocidade na relação**, porque ela se sustenta nos princípios e valores em que se acredita e que envolvem respeito e justiça. Por isso, é necessário numa relação que haja espaço, abertura e permissão para que as pessoas possam expressar as suas concepções e sentimentos, reconhecendo e aceitando as diferenças entre as pessoas (Oguisso & Zoboli, 2006).

Tendo este princípio em mente, em situações em que o utente recorrer ao serviço de urgência acompanhado de instrumentos auxiliares de marcha, como por exemplo muletas ou andarilhos, deverá ser questionado, se pretende manter esses utensílios, permitindo a sua independência na locomoção.

O **Princípio da Justiça** ou a equidade universal, com dever individual e com igualdade de oportunidades a todos os indivíduos. Dever de tratar as pessoas como fins em si mesmas e nunca com segundas intenções, sem discriminação, abusos ou exploração (Ferreira& Dias, 2005).

Diante de convergências e divergências entre o moral e direito, o direito impõe as suas normas diante da Estado, independentemente da vontade das pessoas. A norma moral depende da aceitação voluntária e da convicção que a regra imposta seja um valor para a comunidade em que está inserida (Ferreira& Dias referindo Reale, 2005).

O profissional de saúde deve apreciar os aspectos positivos e negativos na sua decisão, deve avaliar os benefícios, a justiça, a autonomia, deve ponderar o valor das acções em relação ao outro e a si mesmo. É fundamental uma avaliação ética, humana e social, deve respeitar o outro, independentemente da sua raça, religião, condição económica e social, cultura e tendo em conta toda a sua história e trata-lo com respeito e acolhimento (Oguisso & Zoboli, 2006). Por isso ao se fazer cumprir a norma hospitalar, ter em mente princípio de justiça e de equitatividade.

Facilitando a tomada de decisão moral, como base num julgamento ético, propuseram alguns passos (Leisinger e Schmitt em Oguisso & Zoboli, 2006):

- **Percepção e identificação do problema**, reconhecer se há um problema ético associado. Se sim, identificar o significado e inferências apresentadas.

Quando um doente não aceita a realização de um espólio dos seus bens, mesmo indo contra a norma hospitalar. Refere os seus motivos, que podem ser por necessidade, culturais, religiosos ou mesmo por sua vontade.

- **Análise da situação e dos argumentos**, considerar o cenário, causas, consequências e as responsabilidades. Avaliar a situação de forma reflexiva, crítica e interpretativa, para as acções a tomar.

Explicar ao doente todas as consequências que podem advir pelo facto de ele ficar com os seus bens. Por exemplo: o espaço físico do serviço, não comporta um armário a onde ele possa guardar os seus pertences, implicaria que iriam ficar junto a ele e em sua responsabilidade; a pessoa fica

numa maca estreita correndo o risco dos seus bens caírem e se partirem; pelo facto de ser um serviço de urgência, a porta está aberta a todos, correndo o risco de serem furtados; o barulho de um telemóvel a tocar pode ser motivo de desconforto para a pessoa que está ao seu lado; e por fim, se desaparecer alguma coisa no momento que ele possa se ausentar para ir a um exame, quem assume essa responsabilidade? Todas estas questões e muitas mais devem ser expostas e equacionadas pelos profissionais de saúde e pelo utente.

- **Informação e comunicação**, ouvir todas as partes envolvidas e promover uma discussão reflexiva, buscando consenso entre as pessoas. Se necessários chamar outras pessoas relevantes, como por exemplo a família.
- **Análise dos aspectos legais e éticos**, incluir as normas e suas possibilidades. Avaliar a opção diante dos benefícios e perspectivas, considerando consequências e riscos para o utente.
- **Compromisso ético, profissional e humano**, ouvir o utente após todo o esclarecimento e informação dada (consequência e riscos envolventes), assim podem tomar uma decisão com consciência e livre.
- **Acto decisivo**, verificar se a decisão tomada é resultado de ponderação e reflexão. A tomada decisiva deve ser assumida com responsabilidade.

(Oguisso & Zoboli, 2006)

Se a doença é vista como uma ameaça à pessoa, associado um internamento com a separação da sua família, a perda do seu papel social, sujeito muitas das vezes a mudanças do seu aspecto e funcionalidade física e a experimentar alguns sentimentos desagradáveis (Melo, 2005).

Neste contexto é fundamental adoptar um modelo de prestação de cuidados que facilite o utente a aceitar a sua condição e necessidade. O Modelo Holístico, em que a premissa rege-se pela noção que os factores físicos e psicológicos interagem. Neste sentido, o objectivo dos cuidados, estão de acordo com a resolução da doença, o aumento do ajustamento do doente e a satisfação das suas necessidades psicológicas. Para que isso ocorra, é fundamental identificar quais são as necessidades dos utentes e compreender o modo como os factores biológicos e psicológicos interferem na etiologia da doença e no tratamento que a pessoa procura (Melo, 2005).

3. SITUAÇÃO DE STRESS

Palavra derivada do inglês, originalmente empregue em Física, no sentido de traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço ou tensão. Em 1936, Hans Selye introduziu a expressão no vocabulário médico e biológico, expressando o esforço de adaptação dos mamíferos para enfrentar situações que o organismo perceba como ameaçadoras à sua vida e ao seu equilíbrio interior (Silva, 2000). Seguindo o mesmo autor, ele refere que se houver alguma alteração ou modificação percebida pelo organismo que seja sentida ou interpretada como uma ameaça, desencadeia uma situação de alarme e preparação face ao perigo.

Ao dar-se conta do perigo, o organismo tende a dar resposta e através da libertação de catecolaminas no sangue, todo o corpo reage: o coração “bate” mais rápido; mais sangue é fornecido aos músculos, permitindo mais energia; a respiração acelera, consequentemente mais oxigénio disponível às células, etc... Por todas estas alterações evidentes no utente, em situação de doença ou apenas alteração do estado de saúde, se a pessoa se sentir ameaçada, podem ocorrer um reacção como o autor se refere como “órgãos de choque”, que a pessoa com poderá desencadear alguma patologias pelas alterações fisiológicas associadas ao stress, como gastrites, hipertensão ou até mesmo enfarte agudo do miocárdio. O potencial nocivo ou causador de doenças, criado pelo stress, dependerá do tipo e da intensidade do stress, mas principalmente da sua repetição ou da maneira como a pessoa lida ao longo da vida (Dias da Silva, 2000).

Há diversas situações na nossa vida que são causadoras de stress, podem ser relacionadas com a família, trabalho, ambientais e nestas estão incluídas as situações que alteram o “estado” habitual da nossa vida. Em situação de internamento ou de doença, esse estado é alterado, facultado um factor de stress, que pode ser medido. Segundo a escala de Holmes-Rahe que propõe medir o stress, através de pontuações, podendo ser usado como referencial.

Escala de Holmes- Rahe para avaliação de stress

Acontecimentos	Pontuação
Morte do cônjuge	100
Divórcio	73
Ser preso/ Morte de familiar	63
Ferimento ou Doença pessoal grave	53
Casamento	50
Demissão	47
Reconciliação/ aposentadoria/ Doença grave na família	45
Gravidez	40
Dificuldade sexual/ chegada de um novo membro na família/novo emprego	39
Alteração da situação financeira	38
Morte de um amigo	37
Mudança na área de trabalho	36
Discussões com o cônjuge	35
Dívidas	31
Mudança de responsabilidade no emprego/ filho sai de casa/Dificuldade com os sogros	29

Feito pessoal incomum	28
Cônjuge que pára ou começa a trabalhar/ início ou término da escola	26
Alteração das condições de vida	25
Revisão de hábitos pessoais	24
Dificuldades com o chefe	23
Mudança de horários/ escola	20
Mudança do tipo de lazer	19
Mudança de actividades sociais	18
Alteração nos hábitos de dormir	16
Alteração dos hábitos de comer	15
Férias	13
Natal	12
Transgressões (não graves) na lei	11

Tabela 1: Escala de Holmes- Rahe para avaliação de stress

Segundo os autores da tabela 1, referem que quem somar de uma a dois anos, mais de 300 pontos terá 79% de possibilidade de contrair alguma doença grave em breve., Se a pontuação se situar entre os 151 e 299, tem cerca de 51% de hipóteses e abaixo de 151 a possibilidade de adoecer é pequena. No entanto esta tabela não quantifica a capacidade individual de gerir a resposta ao stress, pois esta componente está intimamente ligada à personalidade de cada um, à sua história de vida e aos aspectos psicodinâmicos envolvidos (DIAS DA SILVA, 2000). Saber a importância que o doente dá a cada objecto que lhe é retirado e à sua própria situação de doença.

O que nos distingue como seres humanos, passa por vários factores, mas um é a necessidade de poder, essas necessidades humanas podem ser biogenéticas, são aquelas que derivam de algo que falta ao organismo (sono, alimentos e sexo) ou as aprendidas, são as adquiridas pela experiência e a socialização (Dias da Silva referindo Pontes, 2000).

A necessidade de poder, é uma necessidade apreendida. Qualquer ser humano aspira dominar e “ser semelhante” a Deus. Assim explicaria a necessidade de poder ser vital, variando o seu significado de importância de pessoa para pessoa (Adler em Dias da Silva, 2000). No entanto, o facto de lhe ser retirado alguma coisa de seu poder, algum objecto que a pessoa exerça o seu poder, há sem dúvida alguma uma diminuição de satisfação e poderá ser um desencadeador de stress. Esta situação, com o desgaste das defesas do organismo, constitui por si só um factor de doença (Dias da Silva referindo Siegel, 2000).

3.1 MECANISMOS DE DEFESA E ADAPTAÇÃO

O facto de vivermos em sociedade impõe-nos desde muito cedo, um conjunto de normas, regras e proibições que nos contrariam os nossos mais fortes desejos e impulsos. Como a realidade com a realização de todos os nossos desejos não pode ser mudada, então adaptamo-nos, no entanto, esta adaptação pode não ser fácil.

Temos mecanismos de defesa e adaptação que nos regula o impulso inconsciente do id (instintivo e puramente animal) e a nossa constante necessidade de aceder à realidade. A existência destes mecanismos é benéfica, obrigatória e usada de forma não exagerada. Alguns advêm: do **recalcamento**, onde o doente pode abafar a importância do seu bem, rejeitando-o

inconscientemente; da **compensação**, o doente faz um esforço de entender e consegue compensar a sua falta; da **racionalização**, ele sabe de forma valer as suas atitudes e/ou sentimentos atribuindo-lhe outras motivações, como a necessidade de se curar; a **idealização**, há um depósito de confiança pelo profissional e pela necessidade de ali estar; o **deslocamento**, quando há uma substituição de sentimentos ou necessidades, o doente pode de forma positiva substituir essa falta pelo apoio que dá ao ser colega de quarto ou de forma negativa que acaba por implicar com o enfermeiro com outro motivo qualquer diferente do espólio e por fim; a **sublimação**, a capacidade de aceitar e obter satisfação sobre isso, a pessoa pode achar que o facto de termos guardado o telemóvel lhe pode ser benéfico, porque já não se vai preocupar com o trabalho (Dias da Silva, 2000).

No entanto e segundo o mesmo autor, há mecanismos de defesas nocivos e que já desde início geram conflitos, como: a **projectão**, que o doente projecta nele a desconfiança, como se quiséssemos enganá-lo, retirando o seus bens; a **conversão ou negação**, situação em que o doente converte em distúrbios ou sintomas que demonstrem a sua negação à sua situação e usa o espólio como uma válvula de escape e por fim; o **isolamento ou fuga**, onde o doente permite, mas rompe a relação com o profissional. Todos estes mecanismos de defesa e adaptação devem ter a sua máxima importância, por eles oferecem o equilíbrio ou conflito na nossa civilização e vida social, repleta de regras a cumprir. Que podem funcionar como desejáveis ou não. O profissional tem o dever de os conhecer e lidar com eles, permitindo um menor prejuízo/dano ao utente.

3.2. DESPERSONALIZAÇÃO DO UTENTE

Ao ser hospitalizado um utente sofre um processo de total despersonalização. Começa quando o profissional refere-se a ele como “o doente da cama...” ou o “doente que tem...”. Deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre a sua patologia. O estigma de doente, pelo mesmo acto de passividade perante neste novo facto ou estado, irá fazer com que exista a necessidade de reformulação dos seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal (Angeram- Camon, 2010).

No internamento o utente perde o seu espaço vital e este ocorre não que dependa de um processo de escolha. Seus hábitos anteriores terão de se transformar diante da realidade da hospitalização e da doença. Se essa doença for temporária, haverá a possibilidade de uma nova reestruturação existencial quando do restabelecimento orgânico, ao contrário das doenças crónicas, que leva a uma total reestruturação da sua vida (Angeram- Camon, 2010). Segundo o mesmo autor, a situação de hospitalização passa a ser determinante de muitas situações que serão consideradas invasivas e abusivas na medida em que não se respeitam os limites e imposições dessa pessoa hospitalizada. Como na prática dos espólios, onde se “despe” a pessoa de tudo que a liga com o seu mundo exterior.

Outros estudos falam da hospitalização pela despersonalização do utente, no sentido da dificuldade de manter a sua identidade, intimidade e privacidade. O utente perde o controlo sobre os que o afectam e dos quais depende para a sua sobrevivência (Viana referindo PuPulim, 2011).

No momento do internamento e na realização do espólio de roupa, o utente é despido da sua roupa exterior e valores, este facto de existir uma manipulação pelo que é seu, a invasão do seu

“eu” e da sua intimidade, podendo levar a uma fragilização dos cuidados (Viana referindo PuPulim, 2011).

A privacidade deve ser considerada, um componente fundamental e imprescindível ao desenvolvimento e à manutenção da vida do ser humano. Ao mesmo tempo, permite ao utente autonomia, liberdade de escolha, de controlo sobre a sua saúde e corpo, propiciando a reflexão e auto-avaliação do exercício de cidadania como ser humano, sujeito e responsável por suas decisões. Ao contrário, a perda da privacidade e a exposição corporal podem ter sérias consequências para o indivíduo, podendo gerar possível perda de sua identidade e individualidade (Viana, 2011). Segundo o mesmo autor, a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. Dando extrema importância à essência humana, porque ela irá conduzir o pensamento e as acções do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil.

4. IMPORTÂNCIA DOS OBJECTOS

O papel desempenhado pelos objectos na área particular assume um papel de extensão do próprio indivíduo através de um processo de familiarização, criando um papel de identificação das pessoas consigo próprias. São dispositivos com forte poder evocativo, em que cada um de nós reconstituir o seu mapa de memórias, afectos e segredos, os objectos participam activamente nos mecanismos de apropriação da sua parte visível do «cosmos», ou seja do seu que universo doméstico (Leite, 2000).

Há a visão nos objectos e no seu consumo, como um reforço de um estatuto social (Jean Baudrillard referido em Leite, 2000), onde os incorpora em diferentes grupos sociais, com distinção que uns e outros através de uma luta incessante pela marcação de estatuto e pelo seu reconhecimento (Pierre Bourdieu mencionado em Leite, 2000).

Sendo certo que os indivíduos procuram o reconhecimento exterior, também é verdade que eles procuram, de igual forma, o reconhecimento de si próprio. Neste sentido, na relação que cada um alimenta com os objectos pessoais, existe como diz Kaufmann citado por Leite (2000, p.212) “um corpo a corpo emocional com as coisas”, considerando os objectos como extensões do próprio indivíduo.

A experiência de perda de si nas coisas, isto é, se houver uma ruptura com o meio envolvente ou com objectos que acolhem e reflectem a projecção das nossas memórias e afectos, pode levar a um estado de depressão ou então, se as coisas nada nos dizem, então recupera-se facilmente, criando um estado afectivo dinâmico, capaz de restabelecer o diálogo com o que nos envolve: pessoas, outros seres, coisas e atmosferas (Heidegger referenciado em Leite, 2000).

É importante termos em conta que os objectos assumem papéis, como canais de representação e de identificação dos indivíduos, que podem ser mais prejudicados ou não face a uma possibilidade de separação impostas pela distância. São experiências, lugares, laços de pertença (individual, colectiva, regional, nacional, etc.) que se acumulam nos objectos, por mais insignificante que seja o seu valor monetário, material ou classificação social, para o individuo tem a sua importância emocional.

Já Zeldin mencionado em Leite (200, p.214), diz que “...o sentimento de pertença é quase tão forte como aquele que pode ser criado pela religião, lembra mais uma vez sim, é o bem por todos mais procurado”. Os objectos fixam memórias exclusivas às pessoas. E cada um reconhece essa lembrança particular dos objectos que, não está ao alcance de quem o olha, só o próprio conhece toda o sentido.

5. HUMANIDADES E CULTURA

A questão da multiculturalidade está presente na sociedade actual e por isso temos que pensar em modelos interventivos adequados às novas realidades da sociedade. Nas nossas organizações, cada vez mais, nos deparamos com pessoas de diferentes culturas, se houver um conhecimento antecipado dos hábitos e culturas das pessoas que recorrem aos nossos cuidados, há uma maior sensibilização e personalização da forma do acolhimento e do cuidar (Lopes et al, 2009).

5.1 FACTORES HISTÓRICOS

Desde a 2ª guerra Mundial, que a liberalização dos fluxos internacionais permite um aumento de mobilidade de pessoas por todo o mundo, aumentando a rede de interdependência social e económica global. A este fenómeno deu-se o nome globalização (Castells referenciado em Machado, 2009).

Desde muito cedo, uma das características do comportamento humano e das histórias das civilizações foi a migração, desde as colónias gregas, o império Bizantino e Otomano, a epopeia portuguesa e as grandes movimentações europeias dos séculos XIX e XX (Machado referenciado em Lopes, 2009).

Segundo a mesma autora, a fase de integração destes imigrantes passa por um processo bilateral, que envolve a adaptação tanto do imigrante como da sociedade de acolhimento. Partilha mútua, através da preservação de referências culturais de origem. A saúde sido um dos aspectos de integração, mais importantes, com a equidade no acesso aos cuidados de saúde, pelo peso sobre os sistemas nacionais de saúde e pela possibilidade de emergência de epidemias anteriormente controladas e que constituem ameaças para a saúde.

Se pensarmos na prática clínica onde os enfermeiros têm contacto com os utentes, com oportunidades em lidar com diferentes focos de atenção e tomar decisões como diagnósticos e intervenções de enfermagem. Neste sentido, as dimensões culturais são recursos efectivos para a avaliação contínua e consistente do estado de saúde do utente. Assim, através da cultura é possível conhecer determinantes da doença, formular o seu diagnóstico e estabelecer padrões terapêuticos aos indivíduos que solicitem cuidados de saúde; permite ainda perceber papéis sociais, padrões de relação e expectativas que marcam as interações entre os utentes e os profissionais de saúde (Abreu referenciado em Lopes, 2009).

Em Portugal, no quadro regulador da profissão de enfermagem, surge o lidar com a diversidade de culturas, de crenças e valores, é um componente essencial dos cuidados de enfermagem. Onde o enfermeiro é sensível à cultura do outro e do modo como este entende os processos de vida, como define saúde e doença, o que fazem para manter o bem-estar, o que acreditam serem as causas ou os processos de gestão da doença e como a cultura do enfermeiro influencia a forma como os cuidados são prestados (Nunes referenciado em Lopes, 2009).

Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem afirma que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro: persegue os mais elevados níveis de satisfação dos utentes; ajuda-os a alcançarem o máximo potencial de saúde; previne complicações para a saúde dos utentes; maximiza o bem-estar e suplementa/ complementa as actividades de vida relativamente às quais o indivíduo é dependente; conjuntamente com ele desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e por fim, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Em relação ao Código Deontológico: a fórmula do princípio da defesa da liberdade e dignidade humana e a definição do respeito pelos direitos humanos como princípio orientador da actividade profissional; sendo o enfermeiro responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, observa e respeita os grupos humanos, tendo deveres de cuidar sem qualquer discriminação, abstém-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impõe os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia da vida, bem como, respeita e faz respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

No que respeita, ao âmbito da humanização dos cuidados: dar, quando precisa cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. O enfermeiro exerce o seu direito à objecção de consciência, assume o dever de respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A prestação de cuidados culturalmente adaptados, deve ser uma preocupação dos profissionais e das organizações de saúde, quer no campo específico da saúde, quer num conjunto de apoios e recursos, como por exemplo, possibilidade de tradutores, alimentação personalizada ou possibilidade de ficar com algum objecto de valor ou de identificação ao seu mundo (Nunes referenciado em Lopes, 2009).

Os aspectos sociais e culturais podem constituir uma barreira importante aos cuidados de saúde, pois se o profissional não tiver em conta a cultura do doente, surgem dificuldades quer comunicacionais e relacionais, tornando, por vezes as formalidades administrativas quase impossíveis e suscitando o medo e vergonha por não conseguirem comunicar (Ramos referenciado em Lopes, 2009).

5.2 DIFERENTES CULTURAS

Pela diferenciação de cultura das pessoas que cuidamos, o profissional necessita de estabelecer um laço de confiança, utilizando perguntas abertas nas entrevistas, sem juízos de valor ou provável opinião dada, centra-se em factos em vez de sentimentos.

1- Atenção ao tom de voz e ao volume, por exemplo:

Americanos e africanos tem como hábito falar alto e ruidosa, ao contrário dos chineses e hindus. Os árabes falam de forma apaixonada e exaltada, mas nada tem a ver com situações que para nós ocidentais estão relacionadas com estados de ira.

Neste sentido, os profissionais devem ter atenção quanto aos tons de vozes quando interagem com grupos culturais diferentes dos nossos, para que não haja interpretações erradas e possam surgir conflitos.

2- O toque, comunicação não-verbal

Por exemplo:

América é uma cultura em que o toque físico tem sido cada vez mais minimizado, pelas linhas orientadoras e políticas de assédio sexual.

Na Ásia, quando duas pessoas do mesmo sexo se tocam, não há quaisquer conotações sexuais. No Egito, o toque é permitido entre sexo oposto é aceite em privado e apenas entre marido e mulher, pais e filhos, irmãos adultos e não é bem aceite entre estranhos. Os utentes do Médio Oriente, require a proximidade física, porque representa um factor emocional, no entanto se for uma pessoa com um estatuto social inferior, evita um contacto visual directo.

3- Expressão facial e gestos:

Varia de cultura para cultura. Há culturas que gesticulam a falar e outras nem expressam um sorriso, mesmo que a situação seja de felicidade, é o caso dos chineses, que a alegria se esconde atrás de uma expressão séria.

4- Chefes de família e papéis ligados ao género:

Em sociedades americanas, é normal que a mulher tenha uma carreira e sucesso profissional como o homem, assim como é aceitável que o homem participe nos cuidados aos filhos ou tenha responsabilidade pelas tarefas domésticas.

Nos hispânicos, as decisões devem ser igualitárias, mas o papel de homem na família, é o de porta-voz.

Cultura chinesa há uma grande reverência pela sabedoria das pessoas idosas e que as crianças possam cuidar deles, quando estes já não tiverem capacidade de serem autónomos.

Família alargada vem de culturas hispânicas, latina e espanhola e em decisões de doença toda a família é envolvida.

Na Ásia a opinião dos avós é tomada mais em conta que a dos pais.

Na África a família muitas vezes os tios ou primos assumem o papel parental ou membros da mesma igreja.

(Purnell, 2010)

5.2.1-Cultura Africana

Em situação de doença, o indivíduo africano é frequentemente aconselhado a procurar cuidados de saúde no seio da família em vez de procurar profissionais de saúde. Neste sentido quando procuram ajuda profissional, o estado da doença já está muito avançada.

A crença religiosa tem um poder muito forte e as suas práticas são fonte de conforto e de suporte, que influencia a cura. Deus é responsável pela saúde física e espiritual. Neste sentido os profissionais devem englobar a comunidade religiosa para que haja uma melhoria considerável na captação da informação transmitida na educação para a saúde. Neste sentido estes indivíduos são muito supersticiosos face aos profissionais de saúde (Campinha-Bacote referenciada em Purnell, 2010).

5.2.2.Cultura Árabe

Os árabes encontram a sua ascendência e tradições nas tribos nómadas do deserto na Península Arábica e unidos pela religião do Islão.

Desde os ataques terroristas de 11 de Setembro de 2001, os comentários e juízos de valores da cultura árabe têm vindo a ser cada vez mais negativos (Kulwicki referido em Purnell, 2010). As doutrinas e práticas islâmicas estão incluídas na sua vida quotidiana, sendo Muçulmanos.

Os árabes valorizam a privacidade e resistem a revelar informação pessoal a estranhos, principalmente quando está relacionada com situação de doença. No entanto entre amigos e familiares, expressam livremente os seus sentimentos. Por isso o papel do familiar é de extrema importância. Ao profissional que cabe que desenvolver uma relação pessoal, antes de partilhar qualquer informação.

O árabe é sensível à delicadeza, ao respeito e à boa educação que lhe é atribuída. O falar próximo, com contacto visual directo e toque (às pessoas do mesmo sexo) é habitual e fundamental. O afastamento ao falar, é falta de respeito. As promessas são consideradas uma questão de honra.

Linhas de orientação no contacto com Árabes (Kulwicki referido em Purnell, 2010):

1. Abordagem com perícia e calor humano. Sem tendência a criar um status de autoridade, dar em especial importância aos sentimentos das pessoas (Reizian & Meleis, mencionado em Purnell, 2010).
2. Proporcionar tempo, para que haja uma relação e só depois abordar o assunto prioritário (Kulwicki, mencionado em Purnell, 2010).
3. Explicar o porquê de todos os procedimentos, inclusive a colheita de dados. Explicar a relação da informação necessária para a formulação de queixas físicas.
4. Envolver a família, principalmente ao porta-voz da família, que muitas vezes é ele que responde às perguntas que é feita directamente ao doente (Kulwicki, mencionado em Purnell, 2010).
5. Transmitir esperança, optimismo e respeito. Atenção ao toque de pessoas com sexo diferente (al-Shahri mencionado em Purnell, 2010).

Nas famílias árabes muçulmanas há uma forte tradição patriarcal (Aswad mencionado em Purnell, 2010).

As mulheres estão subordinadas ao homem e as pessoas jovens aos mais velhos. As mulheres assumem a sua importância ao longo dos anos, quando começam a ter filhos adultos. Os filhos fazem tudo pela sua mãe (Nydell mencionado em Purnell, 2010).

O vestuário na mulher é de extrema importância, há exemplos de mulheres, que usam o *hijab*, para cobrir o corpo à excepção da face e mãos (Kulwicki, mencionado em Purnell, 2010).

O período de oração e respeito aos dias santos diferem da nossa cultura, o que por vezes cria algum conflito. O Ramadão é o mês do ano que os muçulmanos jejuam, à luz do dia e os profissionais devem respeitar, no entanto eles próprios aos doentes, retiram essa obrigação, mas devem ser eles a fazerem (Kulwicki, mencionado em Purnell, 2010).

O uso de amuletos são habituais, o uso de contas azuis ou imagens envolvendo o número cinco, recitação do Corão, são protecção ao “mau-olhado” (Kulwicki, mencionado em Purnell, 2010).

5.2.3.Cultura Chinesa

A cultura chinesa difere consoante a região da China.

Na comunicação, o falar alto pode ser mal interpretado, uma vez que os chineses habitualmente falam num tom de voz baixo a moderado (Purnell, 2010). O facto de perguntar se entendeu as instruções que lhes foram dadas, culturalmente eles respondem sempre que sim, mesmo que não tenham compreendido. Por isso, é importante pedir para que ele repita.

Os chineses, facilmente partilham informação, se houver uma empatia com o profissional de saúde. Em relação ao contacto físico deve ser o menor possível. Se o profissional tiver que o fazer, explicar previamente e demonstrar a sua necessidade do toque directo (Purnell, 2010).

A família assume um papel muito importante, assume o papel de trabalhador. A nora tem um papel de submissão à sogra (Woman of China, mencionada em Purnell, 2010).

As “forças de vida” são fontes de fortalecimento para os chineses. Essas forças provêm do interior do indivíduo, do ambiente, do passado e do futuro. Recorrem a técnicas de massagens e meditação.

Aos enfermeiros mais velhos, os chineses têm mais respeito e aceitam melhor as suas decisões, se for homem é mais tido em consideração. No entanto se houver discórdia, eles não cumprem o que lhes foi pedido. Eles respeitam os seus corpos, por isso, mantem a distância (Purnell, 2010).

5.2.4.Cultura Egípcia

Uma cultura influenciada pela cultura árabe. A sua maneira de lidar com assuntos mais contestados, como a política e a religião, tendencialmente o nível de entusiasmo aumenta, elevando o tom de voz e a forma como comunicam, dando uma imagem ao exterior de discurso caótico e agressivo (Meleis mencionado em Purnell, 2010).

Valorizam o respeito (*ihtheram*) às pessoas mais velhas e aos que ocupam lugares importantes na sociedade. A correcção (*adab*) está associada ao próprio, através de formas de comunicação indirectas, ou seja, falar directamente não é correcto. Quando se transmite uma má notícia, primeiro deverá ser dada à família e esta prepara a pessoa. A comunicação é feita através de todo o seu corpo, usam muito a expressão corporal.

O toque é bastante usado, é natural que os homens se beijem. No entanto o toque em sexos diferentes, está governado pelos protocolos da religião que apenas permite ao casal, aos pais e filhos ou aos irmãos adultos.

Os idosos são considerados sábios na comunidade e toda a família tenta viver sempre na mesma região geográfica. Neste sentido, toda a família participa na educação de uma criança, não só os pais (Meleis mencionado em Purnell, 2010).

A família de um utente espera e prefere estar envolvida em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Eles acreditam se tiverem uma relação de confiança com o profissional, a probabilidade de receberem cuidados de qualidade é maior.

Segundo o Islão as doenças são causadas pela falta de higiene, a exposição ou condições ambientais. Eles acreditam que o poder da cura está numa celebração *zar*, que reúne família e amigos e cantam e dançam. E a energia do grupo ajudam a eliminar os maus espíritos (Meleis mencionado em Purnell, 2010).

5.2.5.Cultura Japonesa

A sociedade Japonesa é altamente estruturada e tradicional. A delicadeza, a responsabilidade pessoal, a lealdade e o trabalho das pessoas para o bem comum do grupo são aspectos muito importantes. A honra é muito importante, então dizer na cara das pessoas que estão erradas, é extremamente vergonhoso. A vergonha está muitas vezes associada ao suicídio.

Para a sociedade japonesas, o conforto é valorizado, retirando muitas vezes a escolha, para que a pessoa não tenha trabalho. Na saúde é dito o que deve fazer e a pessoa cumpre sem questionar. Porque não há espaço para pensar nas escolhas a fazer.

Mostram os sentimentos, mas não através do contacto, apenas através da expressão de emoções, por exemplo, choram facilmente. O espaço corporal é respeitado. O uso da vénia é mais frequente, do que de um aperto de mão. A pontualidade é extremamente valorizada (Turale & ITO mencionados em Purnell, 2010).

A família é predominantemente nuclear, constituído um ponto de isolamento nos idosos. As esposas no entanto cuidam dos maridos incansavelmente. Há estudos que demonstram que nos casamentos o amor não é o principal requisito, estão mais motivados no dever de satisfazer as suas expectativas sociais (Orenstein mencionado em Purnell, 2010).

Hábitos que devem ser respeitados, dentro de casa os japoneses andam descalços, para manterem os pés limpos, as mães ensinam os filhos a recearem o sujo. Facilmente usam máscara facial por uma constipação. Suportar a dor é uma virtude (Morita *et al* mencionada em Purnell, 2010).

5.2.6.Cultura Judaíca

É um povo, uma religião e uma cultura (Purnell e Selekman, 2010).

A comunicação é facilmente expressa pela demonstração de sentimentos, em que o humor é utilizado como mecanismo de defesa. A modéstia é um valor importante nos judaicos, representada na forma de vestir e no comportamento. Evitam o toque.

A família é o centro da sociedade Judaica, em que o homem é ganha-pão e a mulher gere a casa e educa os filhos.

Durante o período menstrual da mulher, esta afasta-se fisicamente do marido durante sete dias e nenhum homem pode tocar numa mulher ou se sentar no mesmo sítio, até que ela tenha passado por um banho ritual (*mikveh*) (Robison mencionado em Purnell, 2010).

Como o povo judaico assume que o seu corpo é um santuário, por isso não deve ser danificado, eles evitam comportamentos de risco. Neste sentido, respeitam a prevenção, permitindo medidas de saúde preventivas, realizando exames médicos periódicos.

Os utentes religiosos poderão querer os seus instrumentos de oração *yarmulke* ou *kippah* (cobertura para a cabeça), *tefillin* (caixas pretas com papiro contendo escrituras), *tzitzit* (roupa com longas franjas usada pelos homens por debaixo da camisa, para recordar as leis da *Tora*), *tallit* (xales rectangulares com franjas usados para orar) e poderão solicitar um *minyan* (mínimo de 10 mulheres para a oração comunal).

6. DIREITO

Direito, objectivamente perspectivado, como um conjunto de normas reguladoras e definidoras do estatuto de determinada comunidade ou sociedade, opera num equilíbrio frágil e instável entre os valores da justiça humana e da segurança (Neto, 2004).

Segundo o mesmo autor e mencionando David Lyons, refere que o direito recai em duas grandes áreas: da natureza de questões analíticas e normativas do Direito e da sua evolução com aspectos referentes aos princípios constituintes de autodeterminação, auto-responsabilidade, da protecção do tráfego jurídico, da protecção de confiança, do respeito e da liberdade dos outros. Assim o direito é uma ciência social com importância não só a normas meramente sociais ou jurídicas, mas com valores com uma formação cultural aprofundada (Neto menciona Neves, p. 21). Neste sentido vem a preocupação de termos ao Direito como uma ciência Social e Humana.

Também Ferreira Cunha fala, no Direito com uma noção de dignidade. Dignidade um valor autónomo e auto-subsistente de um ser, no dever moral de ser para si próprio e pelos deveres jurídicos de respeito, solidariedade e socorro aos outros (Neto, 2004).

Em Portugal, o fim da mais longa ditadura da história da Europa Ocidental chegou em 25 de Abril de 1974, quando o Movimento das Forças Armadas reinstaurou o regime democrático.

Um ano depois, foi eleita, pela primeira vez por sufrágio universal, uma assembleia constituinte, elaborada uma constituição e, mais outro ano passado, eleita a Assembleia da República (parlamento) e um governo constitucional.

Após alguns anos de instabilidade política, o regime, no começo dos anos 80, evoluiu para a democracia plena em que hoje os portugueses vivem. Com a democracia veio o desenvolvimento económico, o florescimento cultural e científico e, cada vez mais, a afirmação no campo das novas tecnologias.

A Revolução restituiu aos Portugueses os direitos e liberdades fundamentais. No exercício destes direitos e liberdades, os legítimos representantes do povo reúnem-se para elaborar uma Constituição que corresponde às aspirações do país.

A Assembleia Constituinte afirma a decisão do povo português de defender a independência nacional, de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos, de estabelecer os princípios basilares da democracia, de assegurar o primado do Estado de Direito democrático e de abrir caminho para uma sociedade socialista, no respeito da vontade do povo português, tendo em vista a construção de um país mais livre, mais justo e mais fraterno.

A Assembleia Constituinte, reunida na sessão plenária de 2 de Abril de 1976, aprova e decreta a seguinte Constituição da República Portuguesa

O primeiro valor em que se apoia a ordem jurídica portuguesa é na noção fundamental de dignidade da pessoa humana, assim no Artigo 1.º, que diz:

“Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.”

“Uma República autónoma de ordem externa e exercendo a autoridade suprema na ordem interna em que afere a legitimidade da actuação dos Órgãos do Estado, no entanto não concebendo que o Estado possa actuar à margem ou contra a constituição.”

E o segundo o Artigo 2.º, do Estado de direito democrático:

“A República Portuguesa é um Estado de direito democrático, baseado na soberania popular, no pluralismo de expressão e organização política democráticas, no respeito e na garantia de efectivação dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes, visando a realização da democracia económica, social e cultural e o aprofundamento da democracia participativa.”

Este conceito de Estado de Direito com a ideia que o Estado deve estar limitado pelo Direito, neste caso democrático, considerando uma garantia da liberdade e da democracia.

No Artigo 3.º, sobre a soberania e legalidade:

“A soberania, una e indivisível, reside no povo, que a exerce segundo as formas previstas na Constituição (...) O Estado subordina-se à Constituição...”

No Artigo 9.º sobre as tarefas fundamentais do Estado:

“... promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais...”

Direitos e deveres fundamentais, dados na Constituição da República Portuguesa, através dos princípios gerais, no Artigo 12º, sobre o princípio da universalidade, que diz:

“... todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição...”

No Artigo 13.º, sobre o princípio da igualdade, que refere:

“Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.”

“Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.”

Em caso de suspensão do exercício de direitos, só pode ocorrer segundo o Artigo 19.º

“... suspender o exercício dos direitos, liberdades e garantias, salvo em caso de estado de sítio ou de estado de emergência, declarados na forma prevista na Constituição.”

No Artigo 21.º, do direito de resistência, que diz:

“Todos têm o direito de resistir a qualquer ordem que ofenda os seus direitos, liberdades e garantias e de repelir pela força...”

Artigo 26º, com outros direitos pessoais, está mencionado:

“A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.”

Artigo 37.º fala da liberdade de expressão e informação, através:

“A todas as pessoas, singulares ou colectivas, é assegurado, em condições de igualdade e eficácia, o direito de resposta e de rectificação, bem como o direito a indemnização pelos danos sofridos.”

Artigo 62.º, referente ao direito à propriedade privada

“A todos é garantido o direito à propriedade privada e á sua transmissão em vida ou por morte...”

Artigo 64.º, referente à Saúde:

O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

Artigo 266.º, da Administração Pública, um dos seus princípios fundamentais, são:

A Administração Pública visa a prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Os órgãos e agentes administrativos estão subordinados à Constituição e à lei e devem actuar, no exercício das suas funções, com respeito pelos princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé.

A Lei de bases da saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

Na base I, um dos princípios gerais, é:

A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

Na base II, em relação à política de saúde, alguns dos pontos, são:

... A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado...

... É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços...

... Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social...

Na base III, a natureza da legislação sobre saúde, diz:

A legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar, conforme o estabelecido na lei.

Na Lei Base V, está implícito os direitos e deveres dos cidadãos:

...Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses...

... É reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços...

Na Base XIV, descreve o estatuto dos utentes têm direito a:

... Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores...

... Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito...

... Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos...

Devem:

...Respeitar os direitos dos outros utentes...

...Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos...

...Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação...

...Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas...

Foi realizado pelo Ministério da Saúde uma Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pelo mesmo e posteriormente, pela Direcção-Geral da Saúde e pela Comissão de Humanização. Carta que agrupa direitos consagrados na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos direitos fundamentais da União Europeia.

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde ou seguidos por este no domicílio, são pessoas com direitos e deveres. Não deverão ser consideradas apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas com todo o respeito devido à dignidade humana.

Para além da regulamentação aplicada pelos estabelecimentos de saúde, devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia.

Também, as instituições e os profissionais devem zelar pela boa aplicação das regras de deontologia profissional. Enfim, devem assegurar que os doentes tenham a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar a sua primazia como pessoa.

Esta Carta refere-se apenas a internados em estabelecimentos hospitalares e centros de saúde com internamento, com 14 direitos incluídos, dos quais vamos falar de apenas sete.

1. O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.

Sempre e em qualquer situação toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está internada e fragilizada pela doença. Assim, todos os que intervêm no complexo processo de saúde têm de respeitar a dignidade do doente, direito fundamental do qual decorrem os restantes.

2. O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.

As convicções culturais, filosóficas e religiosas deverão também ser tidas em consideração quer nos aspectos terapêuticos (por exemplo: colostomia nos muçulmanos ou transfusões nas testemunhas de Jeová), quer nos hábitos alimentares, bem como, algumas regras sociais referentes ao relacionamento entre as pessoas e aos rituais de nascimento e morte.

Assim, cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma entidade cultural e espiritual, que para muitos se define religiosamente. Considerar estes aspectos é fundamental na prática dos cuidados de saúde, bem como tudo o que possa melhorar o estado emocional da pessoa, no contexto de internamento, incluindo objectos.

5. O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.

Deverá ser entregue ao doente na altura da sua admissão ou, preferencialmente, antes da mesma um manual de acolhimento, explicando a norma hospitalar, em relação aos espólio de roupa e valores.

6. O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.

O doente internado será claramente informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. Informado das normas hospitalares.

A informação permitirá, ainda, ao doente participar desde a escolha das terapêuticas que lhe dizem respeito, até à escolha da roupa e objectos de uso pessoal.~

8. O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino.

Para que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido a informação deverá ser objectiva e clara e transmitida num ambiente de calma e privacidade.

11. O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico.

A vida privada do doente não pode ser objecto de intromissão, salvo em caso de necessidade para efeitos de diagnóstico ou tratamento e tendo o doente expressado o seu consentimento.

Nas enfermarias o banho dos doentes deve ser realizado tendo em conta o pudor do doente. Devem ser utilizados cortinas ou biombos com esse fim.

14. O doente internado tem direito à sua liberdade individual

(Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde, s.d)

6.1.A AUTONOMIA E DIREITOS HUMANOS

O conceito de autonomia deve-se muito ao pensamento Kant, pois segundo ele, a pessoa só é autónoma se agir de forma a respeitar e a escolher as leis morais. Assim a autonomia resulta de um processo de desenvolvimento pessoal, que nos leva a um estado de cidadania (Thompson referenciado em Deodato, 2006).

A autonomia é intrínseca à condição humana, ocorre através dos seus direitos. Pelos direitos humanos, consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Constituição e em outras diversas leis. No nosso Código Deontológico, consagra como valor profissional o respeito pelos direitos humanos. Assim o enfermeiro assume deveres para proteger e salvaguardar os direitos do cidadão a quem presta cuidados (Nunes referenciado em Deodato, 2006).

No Artigo 78º do Código Deontológico, nos princípios gerais no primeiro ponto, onde refere a “... defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, tendo especial atenção ao ponto nº 3, que refere os “princípios orientadores da actividade dos enfermeiros”, na alínea b), que referencia “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”. No artigo 81º, fala dos valores humanos, onde o enfermeiro observa os valores humanos e assume o dever de proteger à pessoa ou grupo onde esta se integra. No artigo 82º, menciona o direito à vida e à

qualidade de vida, principalmente na alínea c), onde o enfermeiro “... valorizar a vida e a qualidade de vida” e por fim, no artigo 83º, em relação ao direito ao cuidado, dever que protege o direito da pessoa, mesmo à recusa. Outro artigo de extrema importância, para a nossa reflexão é o artigo 86º, o do *respeito pela intimidade*, onde é mencionado a importância e o dever do profissional assegurar a privacidade e a intimidade da pessoa, com relevância quando se trata do despir no serviço, como o regulamento hospitalar o exige (Regulamento, Nº18/ CHBA, 2010). Por fim, e não de menos importância, o artigo 89º referente à *humanização dos cuidados*, o profissional contribui para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

CONCLUSÃO

Neste trabalho analisamos a problemática da necessidade de execução de espólios ao cliente que recorre a uma das urgências de um centro hospitalar. Esta problemática foi analisada do ponto de vista da Filosofia, da Ética e do Direito e na perspectiva do desenvolvimento de competências do especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e na aquisição de conhecimentos para a obtenção do grau de mestre. Outro aspecto a ter em conta é a consequente melhoria no desempenho profissional no que diz respeito à execução de espólios e como veículo de transmissão de conhecimentos inter-pares sobre a melhor forma de proceder neste aspecto paralelo à prestação de cuidados que se querem holísticos à pessoa, família e comunidade.

Durante a elaboração deste trabalho encontramos diversas dificuldades, a principal foi a existência de pouca informação bibliográfica sobre o assunto, da execução de espólios. O caminho da pesquisa foi através da procura de aspectos colaterais, como foi o caso do estudo sobre o conceito de propriedade, ou sobre os princípios éticos gerais que foram aprofundados para as questões da enfermagem; houve também a procura de conhecer as reacções à retirada de bens às pessoas e as respostas mais frequentes, sendo posteriormente abordada a melhor forma de ultrapassar recorrendo à perspectiva cultural. Foram também analisados os aspectos legais associados à recolha de espólios.

O grande objectivo proposto foi largamente alcançado pela reflexão efectuada em diferentes aspectos, que contribuem para fazer luz sobre como efectuar a recolha e guarda de bens de pessoas em situação de doença aguda ou agudizada no serviço de urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. (2010). *Psicologia Hospitalar- Teoria e Prática* (2ª ed.). CENGAGE Learning. ISBN: 978-852-210-794-0
- CAETANO, Eduardo. O Internamento em Hospitais- elementos tecnológicos. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN:972-31-0950-6
- DEODATO, S. (2006). Cuidados Paliativos: Perspectiva ética e jurídica. *VI Seminário do Conselho Jurisdicional. nº 16 (Abril, Maio, Junho)*, pp. 59-63. Revista Portuguesa de Enfermagem.
- DIAS DA SILVA, M. A. (2000). *QUEM AMA NÃO ADOECE - O papel das emoções na prevenção e cura das doenças* (1ª ed.). Cascais: Pergaminho. ISBN: 972-711-387-7
- FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria Olívia. Ética e Profissão- Relacionamento Interpessoal em Enfermagem- Loures. Lusociência, 2005. ISBN: 972-8930-04-6
- LEITE, Carolina (2000). A LINGUAGEM DOS OBJECTOS E A CRIAÇÃO DE SIGNIFICADO NO ESPAÇO DOMÉSTICO: UM REPERTÓRIO DE AFFECTOS. In *Comunicação e Sociedade* 2 (vol.14 (1-2), pp. 205-216). Cadernos do Noroeste.
- LOPES, José C. R.; SANTOS, Margarida C.; MATOS, Maria Salomé D.; RIBEIRO, Olivério P. – MULTICULTURALIDADE- Perspectivas da Enfermagem. Contributos para melhor cuidar.- Lusociência. Loures.2009. ISBN:978-972-8930-45-5.
- MARQUES, R. (2000). Uma breve história da ética ocidental. Lisboa: Plátano edições técnicas.
- MELO, Maria da Luz. Comunicação com o doente- certezas e incógnitas. Loures. Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-86-X
- NETO, L. (2004). O DIREITO FUNDAMENTAL À DISPOSIÇÃO SOBRE O PRÓPRIO CORPO- A relevância da vontade na configuração do seu regime. Faculdade de Direito da Universidade do Porto: COIMBRA.
- OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Tamboré. Manole, 2006. ISBN:85-204-2339-6.
- Ordem dos enfermeiros (2002). *Divulgar Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- PURNELL, Larry D.; PAULANKA, Betty J.- CUIDADOS DE SAÚDE TRANSCULTURAIS- Uma abordagem culturalmente competente- Lusodidacta 3ª edição.Amadora, 2010. ISBN:978-989-8075-28-4.
- SAVATER, F. (2005). Ética para um jovem. Lisboa: Dom Quixote.
- VIANA, L. d. (Maio de 2011). *O (DES) CUIDADO DE ENFERMAGEM PERANTE A NUDEZ NO AMBIENTE HOSPITALAR, Nº 1*. São Luís/MA: FLORENCE Revista.

Referências Electrónicas:

- Arnaut, C., Leal e Silva, R. (2001). O tema da propriedade na filosofia política de John Locke. *Acta Scientiarum*. Acedido em 16 de Outubro, 2011, em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/2775/190>

- Assembleia da República. (2005). Lei Constitucional Nº1/2005 - Sétima revisão constitucional. Diário da República- I série- A. Obtido em 12 de Novembro de 2011, de http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Portugal/SistemaPolitico/Constituicao/Pages/constituicao_p38.aspx
- Balsemão, E. (s.d.). *Propriedade*. Consultado em 16 de Outubro de 2011 através de <http://www.ifl.pt/private/admin/ficheiros/uploads/f7160c316d553be6ffa4b8202eb55490.pdf>
- Braga, R. (2007). O foco na estrutura básica: pressupostos para uma sociedade justa segundo John Rawls. Argumentos. Acedido em 16 de Outubro, 2011, em http://www.filosofia.ufc.br/argumentos/pdfs/edicao_2/13.pdf
- Campos, D. (s.d.). *Ética e filosofia moral*. Acedido a 2 de Dezembro, 2011, em http://www.joinville.udesc.br/sbs/professores/debora/materiais/_TICA_E_FILOSOFIA_MORAL_GERAL.pdf
- Carvalho, J. (2007). *Função Social da propriedade*. Consultado em 12 de Dezembro 2011 através de http://www.fadisp.com.br/download/5.2_Funcao_Social_da_Propriedade.pdf
- Declaração universal dos direitos do Homem (1947) Diário da República de 9 de Março de 1978. Acedido a 12 de Dezembro, 2011, em <http://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>
- Masson, G. (2010). Das teorias modernas de Estado à crítica da legitimação político-ideológica na organização social capitalista. Revista de Ciências Humanas. Acedido em 11 de Dezembro, 2011, em http://www.cfh.ufsc.br/~revista/rch44-1/RCH44_artigo_2.pdf
- Nunes, L. (1995). *O que queremos dizer quando falamos de ética?* Acedido em 2 de Dezembro, 2011, em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro) Acedido a 2 Novembro, 2011, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998). *Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril)*. Acedido a 2 de Dezembro, 2011, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Portal da Saúde- Lei de Bases da Saúde. (18 de Julho de 2011). Obtido em 13 de Novembro de 2011, de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Rios, T. (2006). *A ética na pesquisa e a epistemologia do pesquisador*. Psicologia em Revista. Acedido a 5 de Dezembro, 2011, em <http://www.anpepp.org.br/arquivos/etica/v12n19a08-Etica-epistemologia-Rios.pdf>
- Venturelli, A., Saliba, M. (s.d.). Conceito de propriedade privada e a ótica do MST. Consultado em 18 de Dezembro 2011 através de <http://www.faeso.edu.br/horusjr/artigos/ano2/Artigo03.pdf>

APÊNDICE 16: TRABALHO DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA:

O Sr. Manuel, cliente de 75 anos, deu entrada numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários no dia 30 de Dezembro de 2011, com diagnóstico médico de Enfarte Agudo do Miocárdio. Realiza angiografia coronária que revela Doença Coronária de três vasos não revascularizável. Durante o internamento é-lhe diagnosticada ainda Insuficiência Cardíaca de grau IV e uma Nefropatia secundária à administração de contraste iodado. Inicia perfusão de aminos-dopamina em doses dopaminérgicas e perfusão de diurético - furosemida.

Durante o dia 31 de Dezembro assiste-se a um agravamento da função respiratória e do estado geral, o Sr. Manuel apresenta-se consciente, aparentemente orientado no tempo, espaço e pessoa, mas pouco comunicativo.

Durante este dia o Sr. Manuel mantém-se hipotenso, taquicardico, com dispneia a pequenos esforços, queixoso à mobilização e apenas tolera a posição de sentado no leito.

O Sr. Manuel apresenta como antecedentes de doença um acidente vascular cerebral em 2008, com sequelas de hemiparesia direita e um grau elevado de dependência nas atividades de vida diárias, sendo a sua esposa a principal cuidadora.

Durante a hora da visita a família apercebe-se do agravamento do estado clínico do cliente e reúne com a equipa de saúde (médico e enfermeiro), tendo sido informada da situação atual.

Perante as informações fornecidas, a família percebeu que o seu familiar se encontrava num estadio terminal de doença, tendo solicitado à equipa a permanência junto do seu familiar. Referiram que o Sr. Manuel pediu sempre para não o deixarem morrer sozinho e que sabiam que a presença da família o tranquilizava. Foi então facultada à família a permanência na Unidade durante o período diurno.

O enfermeiro que se encontrava escalado no turno da noite de 1 de Janeiro de 2012, após avaliação da situação decidiu manter a permissão de permanência da família na Unidade junto ao cliente durante este turno. Não reunindo a Unidade condições para a permanência dos dois filhos e da esposa, foi adaptado um espaço do Serviço - o refeitório- onde foram colocados dois cadeirões, disponibilizada roupa de cama e uma refeição ligeira, junto ao utente foi colocado outro cadeirão que lhes permitiu permanecerem de forma alternada junto do seu familiar.

A esposa e os dois filhos do Sr. Manuel permaneceram no Serviço, junto ao cliente naquela que fora a sua última noite.

Na manhã seguinte a equipa médica expressou a sua discordância perante o facto da família ter permanecido na Unidade de Cuidados Intensivos no período noturno. Tendo então optado pela suspensão de medicação endovenosa e pela transferência do cliente para um quarto de enfermaria onde cliente e família beneficiaram de mais privacidade.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Perante o caso apresentado, o estado clínico da pessoa e o seu elevado grau de dependência é passível o levantamento de inúmeros diagnósticos de enfermagem, nomeadamente os de auto-cuidados alterados, contudo opta-se por abordar apenas aqueles, que melhor permitem, justificar a decisão tomada pelo enfermeiro.

1. *Dor atual*

A dor caracteriza-se por *“Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”* (CIPE, Versão 2.0. 2010, p. 50).

Pretende-se que esta percepção dolorosa diminuía em intensidade ou que pelo menos apresente uma intensidade que possa ser considerada normal nesta situação (CIPE, 2010).

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. (OE, 2008)

Intervenções de Enfermagem:

- 1.1. **Avaliar a dor do Sr. Manuel utilizando escala numérica de avaliação da dor a cada x horas, de acordo com a norma de procedimento.** Permite um seguimento da eficácia das medidas analgésicas do enfermeiro bem como o estabelecimento de um eventual padrão de dor (DGS, 2003).
- 1.2. **Vigiar dor junto do Sr. Manuel.** Avaliar as características da dor de forma a adequar as intervenções de enfermagem ao tipo de dor sentida (Swearingen, Keen, 2001).
- 1.3. **Gerir dor. Através de medidas não farmacológicas** A implementação de técnicas como a massagem de relaxamento, experiência de visualização, entre outras (Swearingen, Keen, 2001).
- 1.4. **Gerir medicação** Permite um controlo mais eficaz da dor se respeitada a posologia apropriada (Swearingen, Keen, 2001).

Resultado esperado: ausência de dor

2. Dispneia em grau moderado

Dispneia. “Processo do Sistema Respiratório Comprometido: Movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade” (CIPE, Versão 2.0. 2010, p. 50).

“Entende-se por Oxigenoterapia de Longa Duração a administração de oxigénio por um período superior a 15 horas diárias, com um débito suficiente para assegurar uma saturação de O₂ de 90%”

Intervenções de Enfermagem:

- 2.1. **Monitorizar status respiratório** - avaliação periódica do status respiratório para verificar a eficácia da oxigenoterapia (Taylor, *et al.* 2007)
- 2.2. **Optimizar oxigenoterapia**– Adequar a administração às necessidades do doente (Ministério da Saúde, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)

2.3. Elevar cabeceira da cama – proporcionar o conforto e facilitar a respiração (Ministério da Saúde, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)

2.4. Supervisionar o efeito do tratamento – Prevenir precocemente alterações (Ministério da Saúde, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)

Resultado esperado: Dispneia em grau reduzido

3. Ansiedade em grau moderado

Ansiedade: “Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (CIPE, Versão 2. 2010, p. 39)

À profissão de enfermagem é implícito o ato de ajudar, que exige desde profissionais dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, da sua capacidade de escuta e de compreensão, fundamentalmente, dar parte de si própria. (LAZURE, 1994)

Intervenções de Enfermagem:

3.1. Escutar a pessoa. Permite compreender a importância que a mesma dá a aspectos relacionados com a aparência, desempenho de papéis e aceitação pelos outros (Potter Perry, 2006).

3.2. Gerir ambiente físico. Estimular visitas dos familiares, flexibilizando horários de visita e promovendo um ambiente agradável para essas interações respeitando a sua privacidade. Esta intervenção demonstra uma preocupação da parte da equipa de saúde em proporcionar o máximo apoio das suas pessoas significativas (Potter, Perry, 2006).

3.3. Facilitar a integração do Sr. nos cuidados de enfermagem. Favorece o processo de *empowerment*, por exemplo, a escolha dos horários dos cuidados, gestão da sua higiene pessoal, entre outros de forma a minimizar a ansiedade (Potter, Perry, 2006).

3.4. Informar o Sr. e seus cuidadores sobre os serviços de apoio que tem à sua disposição. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 84º alínea a), o enfermeiro tem o dever de informar a família no que respeita aos cuidados de enfermagem a serem prestados.

Resultado esperado: Ansiedade em grau moderado

4. Risco de Desolação

Desolação: “Status comprometido: sentimentos de ser abandonado, com desespero, comportamento deprimido ou angustiado e expressão de desespero ou falta de esperança ” CIPE, Versão 2. 2010, p. 49)

Intervenções de Enfermagem:

4.1. Confortar o doente. E acordo com o descritivo dos padrões de qualidade definidos “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-

estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”. (OE, 2001, p.13)

- 4.2. Motivar a expressão de sentimentos** – Promover e facilitar a escuta, como acto de captar os indicadores emitidos pelo cliente, quer verbais quer não-verbais. (Lazure, 1994)
- 4.3. Facilitar a presença da família.** Os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos, têm direito a ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares e / ou pessoa da sua escolha, assim como a condições ambientais condignas. (Carta dos Direitos do Doente)

Resultado esperado: Desolação nenhuma

5. Angústia da Separação Atual

Diagnóstico relativo à família do Sr. Manuel

Angústia da separação “Ansiedade: Sentimentos de medo e apreensão causados pela separação do meio familiar e de pessoas que são importantes para o cliente como, por exemplo, crianças separadas da mãe ou de figura maternal, acompanhadas de choro, lágrimas, reacções de luto, ausências de expressão de emoções, desprendimento, negação de resignação” (CIPE, Versão 2. 2010, p. 39)

Intervenções de Enfermagem:

- 5.1. Escutar activamente as preocupações da família.** Garantir que o enfermeiro se coloca ao mesmo nível que a família, permite que este faça um entendimento correcto das suas preocupações e medos, sem emitir qualquer tipo de juízos de valor. Isto permite que a família se sinta compreendida, cuidada e importante, o que reforça a ligação desenvolvida entre ambos (Phaneuf & Riley, 2004)
- 5.2. Autorizar a presença permanente da família junto do doente** – o doente “(...) com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em hospital, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada” (Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro)
- 5.3. Confortar a família** – de acordo com a teoria do conforto “... *os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de uma atmosfera geral de conforto e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental...*” (Dowd mencionada em Aligood e Tomey, 2004...). O conforto sempre esteve associado a um estado positivo, com a melhoria de uma condição e que varia consoante a pessoa que cuidamos, a necessidade expressa por esta família era de acompanhamento do sr. Manuel.

Resultado esperado: Angústia de separação ausente

AVALIAÇÃO

Perante o caso com que nos deparamos e abordamos, tornou-se fulcral aplicar um processo de Enfermagem, que responde-se às principais necessidades do Sr. Manuel e família, de forma a:

- Proporcionar o acompanhamento do doente pela família, na fase final da vida
- Confortar o doente em situação crítica

REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS

Sem dúvida que a permanência da família junto da pessoa em fase terminal é não só um direito, mas também deverá ser entendido como um dever do enfermeiro que presta cuidados de uma forma holística e de qualidade e que procura no seu exercício a excelência.

O estudo deste caso demonstra-nos que muitas vezes as medidas e ações implementadas até são as mais corretas, mas se não fundamentadas podem perder a sua credibilidade.

LEGISLAÇÃO QUE FUNDAMENTA A ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Diz a Constituição da Republica Portuguesa no seu artigo primeiro que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)” reconhecendo logo, nos princípios fundamentais, que a dignidade da pessoa é um dos pilares onde se norteia a constituição e toda a legislação da Republica.

Por sua vez diz a mesma constituição no n.º 1, do artigo n.º 64, que “Todos têm direito à proteção da saúde (...)” indicando que não pode ser negado os cuidados de saúde com base em alguns argumentos como as condições económicas, sociais ou outras.

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é a chamada Lei de Bases da Saúde e enquanto tal, define as linhas mestras da política e deve reger a legislação da área da saúde.

Assim nesse documento é possível na sua base V, (direitos e deveres), verificar que os “cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses”. Por sua vez na Base XIV (estatuto dos utentes) na sua alínea c, diz que as pessoas devem ser “(...) tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito” na sua essência podemos interpretar estes dois estratos, que a prestação de cuidados de saúde e as organizações prestadoras de cuidados de saúde deverão estar orientadas segundo os interesses dos seus utentes, satisfazendo as necessidades de utentes e famílias. Podendo nós considerar que estes interesses são mais prementes numa situação de doença crítica, de mau prognóstico e que se revelaria de desfecho fatal. Esta primeira premissa é articulável com a alínea c, da Base XIV, pois esta exige os cuidados técnicos e humanos adequados à situação em concreto. Não colocando em causa a dimensão técnica, está em causa a necessidade humana da pessoa ser acompanhada pelos seus familiares e também o acompanhamento destes ao seu utente.

A legislação portuguesa abordou o acompanhamento do doente internado, e fez através da publicação da Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro, onde se pode ler no seu artigo n.º 1 que esta lei é destinada, entre outra a pessoas com doença incurável em estado avançado, tal como acontece na insuficiência cardíaca de grau IV. Ou seja esta seria uma situação que se enquadraria na lei citada. A mesma, diz ainda no seu artigo 3º, no N.º 1, que as pessoas internadas “(...) com doença incurável em estado avançado (...) têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada”. Mais diz no artigo 4º, no N.º 1, que define as condições de acompanhamento onde se pode ler “O acompanhamento familiar permanente é exercido tanto no período diurno como nocturno, e com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respectivo regulamento hospitalar”. Como podemos analisar neste diploma é permitido a permanência de acompanhantes, nos serviços, não especificando a tipologia de serviço. Como tal do ponto de vista legal, a permanência de acompanhantes não pode ser argumentado como fator de perturbação do trabalho na unidade de tratamento já que esta terá que ser prevista.

TEORIA DO CONFORTO - KATHARINE KOLCABA

Katharine Kolcaba formou-se em Enfermagem em 1965 e especializou-se em gerontologia, em 1987. Nesta altura trabalhou como enfermeira chefe, num serviço com pessoas dementes, foi aqui que ela começou a teorizar a teoria do conforto. Passados dez anos começou o seu doutoramento, onde desenvolveu e explicou a sua teoria.

As suas áreas de interesse incluem as intervenções e medições para a incontinência urinária, avaliação do conforto no fim de vida e investigação de resultados. O início do seu estudo ocorreu pela sua pesquisa exaustiva que comprovou que o conforto, desde sempre esteve associado com os cuidados de enfermagem. Um dos exemplos seria Harmer que referia “... os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de uma atmosfera geral de conforto e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental...” (Dowd,...). O conforto sempre esteve associado a um estado positivo, com a melhoria de uma condição e que varia consoante a pessoa que temos à nossa frente.

PROVAS EMPÍRICAS

Em todos os estudos realizados, Kolcaba conseguiu provar que nos grupos que usufruíam de intervenções de conforto, desfrutavam de um estado de conforto com valores significativos, ao passo que os outros grupos, que eram intervencionados como um grupo que recebiam um cuidado “normal”, apresentavam menos conforto. Nestes diferentes estudos, Kolcaba examinou quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico:

1. O conforto é próprio de uma condição;
2. O resultado do conforto é suscetível a mudanças ao longo do tempo;
3. Qualquer intervenção de cuidado de enfermagem holística aplicada e com uma história de eficácia, melhora o conforto do doente ao longo do tempo;

4. O conforto total é maior do que a soma das suas partes.

No nosso caso em estudo, já está implícito a aplicação da teoria, uma vez que o enfermeiro teve em consideração a necessidade física, psico-espiritual e social do Sr. Manuel. Proporcionou um cuidado holístico, cuidou da sua necessidade física, proporcionando analgesia à dor e administração de medicação de suporte vital e permitiu a presença da família, nos últimos momentos da sua vida, colmatando a necessidade psico-espiritual e social. A nosso ver, não há dúvida que o enfermeiro avaliou e entrevistou, de acordo com pessoa que estava à sua frente.

PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS

Metaparadigmas

ENFERMAGEM: Através de enfermagem há uma avaliação e realização de medidas de conforto, com o intuito de satisfazer necessidades detetadas, com posterior reavaliação do estado de conforto. Esta avaliação passa por perguntas diretas, indiretas ou intuitivas.

No caso específico, o enfermeiro fez uma avaliação, com questões diretas ao Sr. Manuel, uma vez que ele estava consciente e orientado, e realizou medidas de conforto, pelo fato de ter proporcionado a presença da família. A avaliação foi concluída e concretizada pelo bem-estar e satisfação expressa pelo Sr. Manuel.

DOENTE: São os que recebem os cuidados, pode ser o indivíduo, família, instituições ou comunidades.

Em relação ao doente, o Sr. Manuel, houve um pedido e este foi proporcionado, sendo então o que recebe o cuidado. Assim como a família, também foi facultado um cuidado de conforto de permanecer com o seu familiar nos momentos, que provavelmente seriam os últimos.

AMBIENTE: Aspetos que podem ser influenciados com os cuidados de enfermagem, no indivíduo, família, instituição ou comunidade.

Mais uma vez, o ambiente foi proporcionado nesta situação, pois criou-se condições ambientais no quarto para que a família permaneça-se.

SAÚDE: É o estado ótimo de funcionamento do indivíduo, família, instituição ou comunidade.

Neste metaparadigma, o estado considerado ótimo pelo indivíduo, não foi a “cura” física, mas sem dúvida a psico-espiritual, porque foi satisfeito o seu desejo de ter a família junto dele. Em relação à família, acreditamos que todo o seu processo de luto foi facilitado, por esta medida de conforto, proporcionada pelo enfermeiro.

PRESSUPOSTOS

1. Cada indivíduo tem uma resposta holística;
2. Em Enfermagem, o conforto é um resultado holístico desejável;
3. Cada pessoa luta para satisfazer as suas necessidades de conforto;
4. O conforto dá ânimo aos doentes para resolver melhor o comportamento de procura de saúde;

5. Aos doentes que assumem a procura de saúde, estão satisfeitos com os cuidados;
6. A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os recetores de cuidados.

Em relação aos pressupostos da Teria de Conforto, associados ao nosso caso em estudo, consideramos que já mostramos como o enfermeiro, cuidou e proporcionou ao Sr. Manuel um cuidado holístico, avaliou no seu todo, ouviu as suas necessidades mencionadas e ofereceu medidas de conforto, que vieram colmatar essas faltas. São situações desta que levam a uma integridade institucional baseada em valores, porque que proporciona cuidados holísticos e de conforto, transmite um aumento de satisfação pela instituição.

POSTULADOS

1. Há pelas necessidades de conforto não saciadas, com posterior concretização de medidas de conforto, em busca de resultados de satisfação ao utente.
2. Quando as pessoas têm um comportamento de procura de saúde (HSB), há um desejo que este compromisso leve ao conforto.
3. O fato das pessoas terem um apoio, no seu HSB, a integridade institucional também é melhorada.

O Sr. Manuel e sua família, procuraram ajuda numa instituição, inicialmente que facultasse conforto físico, mas devido ao seu estado clínico e pela sua idade avançada, não lhe foi possível proporcionar a “cura”, mas sem dúvida é possível criar as melhores condições, para uma morte digna e sem sofrimento. Assim, como é da responsabilidade de quem cuida e da instituição, incluir a família neste processo de ajuda.

Para elaborar a sua teoria Kolcaba, seguiu três raciocínios lógicos:

1. INDUÇÃO

É feita através de generalizações, por uma série de circunstâncias repetidas.

Como Kolcaba usava denominações repetitivas, para pessoas diferentes, por vezes esses termos não correspondiam à prática das necessidades observadas. Então decidiu dividir o não correto uso de termos, em físicas e mentais, introduziu o conceito de conforto e, por fim, observou a relação entre conforto e o ótimo funcionamento.

2. DEDUÇÃO

É um pensamento lógico, após uma conclusão feita através de princípios gerais (do geral para o particular). Neste sentido a teoria do conforto, resultou de uma relação com outros conceitos, como o alívio, a tranquilidade e transcendência.

3. ABDUÇÃO

É a forma de raciocínio que origina as ideias. É aqui que ao empregarmos uma teoria de enfermagem na melhoria das intervenções da prática, com coerência e com um propósito comum, obtendo resultados significativos.

DESENVOLVIMENTO DA TEORIA

Kolcaba desenvolveu formas de medição ao conforto, com utilização na prática, no ensino e na investigação. Os três tipos de conforto que foram sintetizados por Orlando (alívio), Henderson (tranquilidade) e Paterson e Zderard (transcendência), são integrais para a teoria e foram validados através da análise do fator do instrumento desenvolvido com a orientação da estrutura taxonómica de medição.

Conforto: é o que as pessoas recebem como resultados de medidas de conforto. É uma experiência holística, por satisfação de necessidades dos três tipos de conforto: alívio (quando a pessoa vê satisfeita uma necessidade), tranquilidade (estado de contentamento) e transcendência (quando o indivíduo ultrapassa o seu sofrimento).

Satisfação nos quatro contextos da experiência (físico, social, psico-espiritual e ambiental).

TIPO DE CONFORTO:

1. **Alívio:** Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica.
2. **Tranquilidade:** Estado de calma ou contentamento
3. **Transcendência:** Estado do qual alguém ultrapassa os seus problemas ou sofrimento.

CONTEXTO NO QUAL OCORRE O CONFORTO:

1. **Físico:** corresponde às sensações corporais.
2. **Psico- espiritual:** pertence à consciência intra do “eu”, ou seja, estima, conceito, sexual, significado da vida de alguém.
3. **Social:** corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais.
4. **Ambiental:** Pertence ao meio, às condições e influências externas.

Em relação ao Sr. Manuel e à sua situação.

Justificando o Diagnóstico de Enfermagem: Risco de desolação

- a) Apoiar psicologicamente o doente
- b) Confortar o doente
- c) Permitir expressão de sentimentos
- d) Estar presente
- e) Facilitar a presença da família

Pensamos que esta teoria se enquadra bastante bem, uma vez que o Sr.º Manuel apresenta níveis de necessidade de conforto psico-espiritual elevados. Em relação aos cuidados de enfermagem físicos, apenas lhe podemos aliviar a dor com analgesia e posicionamento corretos, mas em termos psico-espirituais, uma vez que o Sr. está consciente, orientado e expressou a sua extrema necessidade que a família permanece-se com ele, tendo a noção que o seu estado seria grave e provavelmente seria a última noite que iria usufruir da companhia da esposa e filho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LAZURE, H. – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-52.
- PHANEUF, Margot - *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-84-3
- PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-838-365-7.
- POTTER, Patricia; PERRY, Anne – *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-972-893-024-0.

- RILEY, Julia – *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-838-381-9.
- SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet – *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-838-352-5.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos [em linha], 2001. [consultado em 27 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- ALLIGOOD, Martha, & TOMEY, Anna - *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra- Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- Linhas de orientação para a elaboração de catálogos- CIPE. “Guidelines of ICNP” [em linha], 2009. [consultado em 27 de Abril de 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- DIREÇÃO GERAL SAÚDE- Carta dos direitos do doente internado [em linha], 2005. [consultado em 30 de Abril de 2012] Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

APÊNDICE 17: CRONOGRAMA INICIAL DO PAC

Cronograma Inicial: 19 Março de 2012 e 11 de Julho de 2012

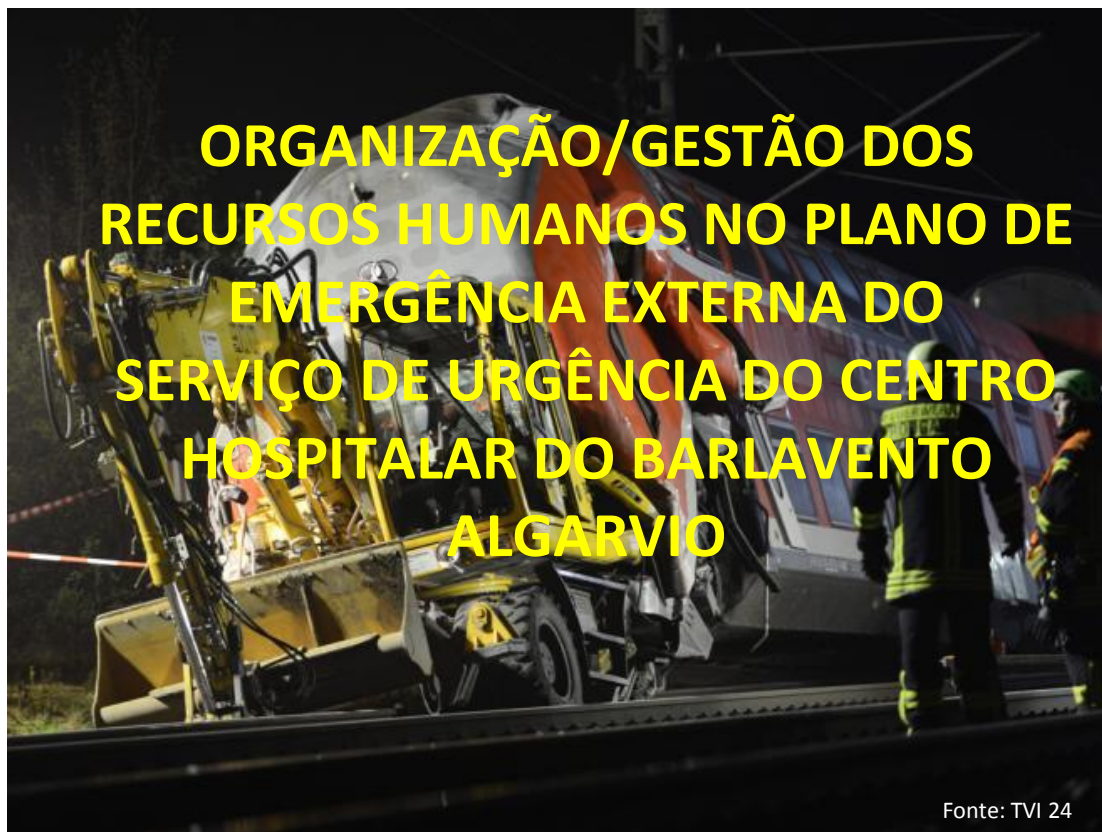
Mês	Março		Abril				Maio				Junho				Julho	
Semana	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª
1. Esclarecimento e apresentação do PAC	X															
1.1.1 Pesquisa bibliográfica sobre catástrofe, recursos Humanos e trabalho de equipa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
1.1.2. Conhecer o PEE, suas lacunas e onde se poder intervir		X														
1.1.3. Entrevista com os elos de ligação ao PEE;			X													
1.1.4. Apresentar a proposta a criação de um capítulo sobre organização/gestão de recursos humanos no PEE no SU			X													
1.1.5. Criar um protótipo do capítulo, com distribuição de funções a cada elemento				X	X	X	X	X								
1.1.6 Distribuição do protótipo aos elos de ligação, orientadora e chefia								X								
1.1.7. Recolha de sugestões e reformulação do protótipo									X	X						
1.1.8 Elaboração do capítulo final.											X					
2.1. Pesquisa bibliográfica sobre Formação						X	X	X	X	X	X					
2.2. Planeamento da sessão de formação sobre a temática;											X					
2.3. Divulgação da sessão de formação do capítulo											X					
2.4 Realização da sessão de formação, sobre o capítulo													X			
2.5. Avaliação da sessão de formação, por questionário														X		
3.1 Implementação do capítulo final															X	

APÊNDICE 18: CRONOGRAMA FINAL DO PAC

Cronograma Final: 19 Março de 2012 e 11 de Julho de 2012

Mês	Março		Abril				Maio				Junho				Julho	
Semana	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a
Esclarecimento e apresentação do PAC	X															
Pesquisa bibliográfica sobre catástrofe, recursos humanos e trabalho de equipa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Conhecer o PEE, suas lacunas e onde se poder intervir		X														
Entrevista com os elos de ligação ao PEE;	Não houve entrevista formal, houve vários contactos informais, com deteção de necessidades acrescidas ao plano.															
Apresentar a proposta a criação de um capítulo sobre organização/gestão de recursos humanos no PEE do SU			X													
Criar um protótipo do capítulo, com distribuição de funções a cada elemento				X	X	X	X	X	X	X						
Distribuição do protótipo aos elos de ligação, orientadora e chefia							X			X						
Recolha de sugestões e reformulação do protótipo									X	X	X	X				
Elaboração do capítulo final.											X		X			
Pesquisa bibliográfica sobre formação						X	X	X	X	X	X	X				
Planeamento da sessão de formação sobre a temática;											X		X			
Divulgação da sessão de formação do capítulo											X			X		
Realização da sessão de formação, sobre o capítulo e simulacro													X		X	
Avaliação da sessão de formação, por questionário														X	X	
Estudo da forma de contato aos elementos, na fase de ativação															X	
Implementação do capítulo final															X	X

**APÊNDICE 19: ORGANIZAÇÃO/GESTÃO DOS RECURSOS
HUMANOS NO PEE DO SU.**



Elaborado por:

Enfª Sara Antunes

Colaboração:

Enfª Tutora: Suzel Poucochinho

Enfª Orientadora: Alice Ruivo

Elos de ligação ao Plano de Emergência
externa, Enfº Arsénio Gregório e Enfª
Patrícia Pires

**Junho
2012**

ABREVIATURAS E SIGLAS

AO	Assistentes operacionais
BO	Bloco operatório
CA	Conselho de Administração
CHBA	Centro hospitalar do barlavento Algarvio
CODU	Centro de orientação de doentes urgentes
DC	Decisão clínica
FR	Frequência Respiratória
GCS	Escala de Coma de Glasgow
PAC	Projeto de aquisição de competências
PEE	Plano de emergência externa
PEI	Plano de emergência interna
S.I.E	Serviço de instalações e equipamentos
SU	Serviço de urgência
TAS	Pressão arterial sistólica
TRTS	Triage Revised Trauma Score
UCI	Unidade de cuidados intensivos
UIDA	Unidade de internamento de doentes agudos
VMER	Viatura médica de emergência e reanimação

Índice

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	5
1. CATÁSTROFE.....	6
1.1 CLASSIFICAÇÃO DE CATÁSTROFE.....	7
2. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA (PEE)	9
2.1 COMISSÃO DE CATÁSTROFE.....	10
2.2 ATIVAÇÃO DO PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA	13
2.3. FASES DE ATIVAÇÃO	15
3. SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU)	19
3.1 RECURSOS HUMANOS NO SU	21
3.2 ORGANIZAÇÃO DA ÁREA DO SU	22
3.2.1 Triagem.....	23
3.2.2 Zona Vermelha – sala de emergência / quarto de isolamento.....	25
3.2.3 Zona Amarela – tratamento urgente	26
3.2.4 Zona Verde – tratamento não urgente	26
3.2.5 Zona Cinzenta – doentes com escassa reversibilidade	26
3.2.6 Zona Negra – doentes falecidos.....	26
3.2.7. Radiologia, Serviço de Imuno-hemoterapia, Laboratório e Farmácia.....	28
3.2.8 Aprovisionamento e Serviços Hoteleiros	28
4. CARTÕES DE AÇÃO NA CATÁSTROFE EM ENFERMAGEM	29
4.1 ENFERMEIRO CHEFE DE EQUIPA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA OU ENFERMEIRO CHEFE DO SERVIÇO.....	29
4.2 SUB-GABINETE DE OPERAÇÕES.....	30
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	32

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1: ORGANOGRAMA DA CADEIA DE COMANDO DO PEE (CHBA, 2004)	254
ILUSTRAÇÃO 2: IMAGEM AÉREA DO CHBA	260
ILUSTRAÇÃO 3: PLANTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHBA.....	260
ILUSTRAÇÃO 4: TRIAGE SIEVE- AVALIAÇÃO PRIMÁRIA NA CATÁSTROFE- TRIAGEM DE MANCHESTER.....	262
ILUSTRAÇÃO 5: TRTS- TRIAGE REVISED TRAUMA SCORE.....	262

ÍNDICE DE TABELA

TABELA 1: RECURSOS HUMANOS (CHBA, 2004).....	252
TABELA 2: CAPACIDADE HOSPITALAR (CHBA, 2004)	252
TABELA 3: CHECK LIST DO PLANO DE EMERGÊNCIA (CHBA, 2004)	253
TABELA 4: ATIVAÇÃO DO PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA (CHBA, 2004)	254
TABELA 5: FASE DE ALARME NA ATIVAÇÃO DO PEE (CHBA, 2004)	255
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS (CHBA, 2004)	264
TABELA 7: CARTÃO DE AÇÃO DO ENFERMEIRO CHEFE DE EQUIPA OU ENFERMEIRO CHEFE DO SU (CHBA, 2004)	268
TABELA 8: CARTÃO DE AÇÃO DO SUB-GABINETE DE OPERAÇÕES (CBHA, 2004).....	268

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Dentro do meu projeto de aquisição de competências (PAC) e em concordância com a enfermeira tutora, chefia do serviço de urgência (SU), supervisor e enfermeira orientadora, foi acordado que fosse realizado um capítulo de organização/gestão dos recursos humanos no plano de catástrofe externo, que viesse colmatar e completar o documento já existente, mas ainda não aprovado pela administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA). Este capítulo, foi realizado após uma entrevista com os elos de ligação da reestruturação do plano de catástrofe externo realizado no hospital e serviço. Foi questionado qual seria a melhor intervenção na organização dos recursos humanos, em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima. Apesar de não haver bibliografia que suporte a nossa decisão, terá como objetivo, a tentativa de juntar as diversas contribuições existentes, no sentido de operacionalizar e avaliar o plano.

Tema dividido em quatro partes, na primeira parte é feita uma ligeira abordagem teórica em relação à catástrofe e sua classificação. Na segunda parte será apresentado o plano de emergência externa, comissão de catástrofe, como ativa-lo e quais as fases de ativação. Na terceira parte, a descrição do SU, recursos humanos e sua organização. Por fim, na quarta parte, a enumeração dos cartões de ação em enfermagem.

1. CATÁSTROFE

Existe uma panóplia de definições de “catástrofe” diferenciadas pelo tipo de enfoque que dão a determinados aspetos que a caracterizam. Em linguagem corrente “catástrofe” surge como sinónimo de desgraça e de infortúnio. No dicionário Português a definição diz: *“acontecimento desastroso que envolve morte e destruição; grande desgraça; fim desastroso; acontecimentos finais e dolorosos que constituem o desenlace da tragédia”*

As catástrofes representam um acontecimento que altera a ordem normal das coisas, isto é, que provocam uma trágica desproporção entre as necessidades e os meios disponíveis para proceder ao respetivo socorro das vítimas. Na perspetiva médica, catástrofe é uma situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados médicos, que esgotam todos os recursos disponíveis (Ribeiro, referenciando Huguenard e Larcan, 2010).

Segundo outros autores, o conceito de catástrofe baseia-se, fundamentalmente em três componentes: o afluxo intenso de vítimas, a destruição de ordem material e a desproporcionalidade entre os meios humanos, materiais e assistência às vítimas a socorrer. O evento só surgirá quando estes três fatores se agregarem (Santos menciona Bandeira, 2008).

Em Portugal o organismo responsável por planear, coordenar e executar, é o Serviço Nacional de Proteção Civil, como descrito no Artigo 1º da Lei nº 27/2006 de 3 de Julho:

“Protecção Civil, tal como descrito “a protecção civil é a actividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas e autarquias locais, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas com a finalidade de prevenir riscos colectivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram”. (Ribeiro, 2010 p.19)

Na Lei de Bases da Proteção Civil, nº 27/2006 de 3 de Julho no seu artigo 43º, o seu objetivo é:

“Prevenir os riscos colectivos e a ocorrência de acidente grave ou de catástrofe deles resultantes; atenuar os riscos colectivos e limitar os seus efeitos; socorrer e assistir as pessoas e outros seres vivos em perigo, proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público e apoiar a reposição da normalidade da vida das pessoas em áreas afectadas por acidente grave ou catástrofe”. (Santos, 2008 p.23)

1.1 CLASSIFICAÇÃO DE CATÁSTROFE

Classificar a catástrofe, dá-nos uma ideia grosseira do número provável de vítimas, do tipo de lesão e duração do incidente. A catástrofe é habitualmente classificada em duas categorias: a natural e a induzida pelo homem, a tecnológica (Santos refere Vaz Serra, 2008).

No âmbito da Medicina de Catástrofe, Bandeira (2008) considera a classificação mais recente, à análise paramétrica, nomeadamente:

1. Quanto aos efeitos sobre a comunidade: simples ou complexa.
2. Quanto à causa: de aparecimento rápido e de instalação longa.
3. Quanto à duração do fator desencadeante.
4. Catástrofe curta: inferior a 1 hora.
5. Catástrofe média: inferior a 24 horas.
6. Catástrofe longa: superior a 24 horas.
7. Quanto à duração do salvamento: curta (< 6 horas), médias (>6 horas e <24 horas), longa (>24 horas).
8. Quanto à extensão geográfica: num raio inferior a 1 km, num raio de 1 a 100 km ou num raio superior a 100 km.
9. Quanto à região: urbana e rural.
10. Quanto às vítimas: moderada (vítimas entre as 25 e 99), média (vítimas entre 100 e 999 ligeiras e/ou com 50 a 250 graves), maior (vítimas superior a 1000 ligeiras e/ou com mais de 250 graves).
11. Quanto à patologia apresentada.
12. Quanto à evacuação.

2. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA (PEE)

Para que uma catástrofe se possa resolver, é necessário a ativação dos planos de emergência, a interligação dos vários serviços, a atuação de equipas e procedimentos de exceção bem como, uma comunidade participativa com cultura de risco, razão pela qual, se torna imprescindível conhecer o efeito da catástrofe e analisar os riscos (Ribeiro refere Leiva, 2010).

Assim, o Plano de emergência é um conjunto de ações reportadas a uma área concreta, cuja aplicação permite resolver uma situação de catástrofe, no menor espaço de tempo e com o menor dano possível (Andrade referenciando Atienza, 2010). Numa situação de catástrofe a coletividade tem prioridade face ao indivíduo, ou seja, a triagem de multi- vítimas atende ao princípio de conseguir o melhor benefício para o maior número de sobreviventes, onde a prioridade de tratamento não é ditada pela gravidade das lesões, mas sim pela possibilidade de sobrevivência (Ribeiro, referencia Soler et al, 2010).

Neste sentido é fundamental estabelecer um plano de emergência que responda à necessidade de mobilização e rentabilização de recursos no contexto de uma ocorrência inesperada com afluência significativa de doentes ao SU. Serve também, como mecanismo que determina a estrutura hierárquica e funcional das autoridades e organismos chamados a intervir e por fim, estabelece regras de clarificação na cadeia de responsabilidade, comunicação e gestão (Grupo de trabalho das urgências, 2006).

Em 2004, foi aprovado o PEE do CHBA, atualizado em Setembro de 2011, pela necessidade de reavaliação e priorização de desastres potenciais e da forma como os enfrentar. Para o realizar serviram como orientação, algumas publicações do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), planos de emergência de outras instituições, a Proteção Civil e autoridades locais. Foram igualmente tidos em consideração, outros documentos do CHBA, como Plano de Emergência Interna (PEI) (CHBA, 2004).

NÍVEIS DE RESPOSTA EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE, colocados em PEE do CHBA:

- Alerta Verde (Nível 1) – Resposta com meios permanentemente disponíveis; Com número de vítimas inferior a 20.
- Alerta Laranja (Nível 2) – Resposta com recursos do Hospital, ativáveis em situações especiais; Com número de vítimas entre 20 a 50.
- Alerta Vermelho (Nível 3) – Resposta com recursos mobilizáveis em situações de emergência. Com um número de vítimas superior a 50.

2.1 COMISSÃO DE CATÁSTROFE

A comissão de catástrofe é responsável pela elaboração dos PEE e PEI. O número de elementos depende da dimensão do hospital (Ferreira, 2006). A nossa comissão tem até cerca de 4 elementos.

Presidente: Presidente do Conselho de Administração (CA) do CHBA

Vogais: os Diretores de Serviço (ou representantes nomeados) das áreas:

- a. Direção Clínica
- b. Direção de Enfermagem
- c. Serviço de Urgência
- d. Serviço de Instalações e Equipamento
- e. Serviço de Aprovisionamento
- f. Serviços Farmacêuticos
- g. Serviços de Hotelaria
- h. Serviços de Segurança

Tabela de recursos Humanos

NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
Recursos humanos/ por turno.	Recursos Humanos /por turno e em regime de prevenção	Recursos Humanos totais.
SU Portimão Médicos: • <u>Medicina</u>: 2 Especialista + 0/1 Internos /24 h • <u>Cirurgia</u>: 2 Especialistas+ 0/1 Interno/ 24 h • <u>Ortopedia</u>: 2 Especialistas + 0/1 Internos /24 h • <u>Anestesiologia</u>: 2 Especialistas + 0/1 Interno (24 h) • <u>Obstetrícia</u>: 2 Especialistas/24 h • <u>Cardiologia</u>: 1 Especialista/ 8 h às 16 h • <u>Gastro</u>: 1 Especialista/ 8h às 20 h (alguns dias) • <u>ORL</u>: 1 Especialista/ 8h às 20h (alguns dias) • <u>Oftalmologia</u>: 1 Especialista/ 8h às 20 h (alguns dias) • <u>Imagiologia</u>: 1 Especialista/ 8h às 24h • <u>Pediatria</u>: 2 Especialista e 2 clínicos gerais /24 h • <u>Clínicos gerais</u>: 4/dia, 3/noite. Enfermeiros: SU+ UIDA: 18/ M; 15/ T; 14/ N Urgência Pediátrica: 5/ M; 4/ T; 3/ N	<u>Imunohemoterapia</u>: 1 Especialista <u>Manutenção</u>: • Eletricidade (1) • Mecânica (1) • Eletromedicina (1) • GTC (1) <u>Farmácia</u>: 1 Técnico Superior <u>Patologia Clínica</u>: 1 Técnico Superior <u>Transportes</u>: 1 Motorista /16 h às 8h (Via Verde) 1 Motorista e 1 Tripulante das 16 h às 8h <u>Outros profissionais</u> Contatáveis	Lista de contatos disponíveis no Armário do Plano de Emergência existente no SU: Dados a fornecer e atualizar pelo Serviço de pessoal e pelo Administrador responsável pelos Serviços Gerais (empresas prestadoras de serviços). Considerar a mobilização de eventuais recursos externos através da proteção civil.

Assistentes Operacionais (AO): SU+ UIDA: 9/ M e T; 6 / N Urgência Pediátrica: 2/ M e T; 1/ N		
---	--	--

Tabela 4: Recursos Humanos (CHBA, 2004)

Tabela de capacidade Hospitalar

NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
<u>Capacidade de internamento</u> TOTAL: 310 camas UIDA: 12 camas Bloco: 6 Camas Especialidades Médicas: 19 camas + 2 macas Medicina I: 24 camas + 3 macas Medicina II: 24 camas + 3 macas Cirurgia I: 24 camas + 3 macas Cirurgia II: 24 camas + 3 macas Especialidades Cirúrgicas 24 camas+ 3 macas Ortopedia: 33 camas+ 3 macas Ginecologia: 10 camas Obstetrícia: 21 camas + 3 macas Pediatria: 14 camas+ 2 macas Hospital Dia de Pediatria: 3 camas Urgência Pediatria: 5 camas Neonatologia: 5 Berços Cuidados Intensivos: 12 camas Paliativos: 10 camas Psiquiatria: 15 camas Existência de camas vagas: Dadas diariamente pela Secretária de Unidade do SU.	Acionar “altas precoces”. Transferir os doentes do SU: ➤ Para as camas vagas nas diversas Unidades de Internamento. ➤ Para os corredores das Unidades de Internamento (cada Unidade deverá dispor de cinco catres de catástrofe) Cirurgia do Ambulatório: Possibilidade de ativar as 8 camas de recobro com monitorização, assim como 5 cadeirões reclináveis. Hospital de dia: Possibilidade de ativar 3 camas e 11 cadeirões reclináveis. UIDA/Bloco: Transferindo todos os doentes internados. • 12 camas e monitorização na UIDA; • 6 camas e monitorização no BO; • 8 macas no corredor com oxigénio; • 16 macas nos corredores Consulta Externa de Psiquiatria: comporta 25 macas.	Refeitórios e salas de convívio. Possibilidade de recorrer aos hospitais privados da zona: • Hospital Particular do Alvor; • Hospital S. Gonçalo; • Hospital S. Camilo. Possibilidade de recorrer à Cruz Vermelha Portuguesa;

Tabela 5: Capacidade Hospitalar (CHBA, 2004)

ARMÁRIO DO PLANO DE EMERGÊNCIA

Localizado na sala de triagem e encontra-se selado.

Item	Material	Qt.
1	Guias de Coordenadores (Clínico, Recursos humanos e Materiais, Logística, Emergência Interna)	6
2	Catálogo de Recursos	6
3	Placards para identificação de ÁREAS:	
	• Vermelho	3
	• Amarelo	3
	• Verde	3
	• Preto	3

4	Kits numerados de 1 a 50 (SU) e 51 a 100 (Urg. Pediátrica), composto por: • 1 Impresso de Triagem de Catástrofes (Primária e Secundária) • 1 Pulseira identificada com o número; • 1 Boletim de Admissão numerado de acordo com o Kit (requisições de análises, imagiologia, imunoterapia); • 1 Conjunto de tubos numerados para colheita de sangue; • 1 Folha com autocolantes identificados de acordo com número do Kit.	100
5	Folhas de Registo utilizadas no Plano de Emergência: • Registo de Ativação • Registos de Área assistencial • Registo de Identificação de vítimas; • Registo de intervenções dos coordenadores; • Impresso "Rede de Comunicação"; • Carimbos identificativos de Plano de Emergência • Marcadores de grande fixação (tinta preta)	
6	Saco para cadáveres	50
7	Placa com a informação: <u>Hospital activou Plano de Emergência.</u> Sugere-se às não vítimas da catástrofe a possibilidade de se dirigirem ao SAP da sua área de residência.	
	Chaveiro com as seguintes chaves: • Chave do Armazém de Material de Consumo Clínico; • Chave do Hospital de Dia e da Cirurgia do Ambulatório; • Chave do Stock de Rouparia; • Chave da Central de Esterilização; • Chave do Armazém da Farmácia; • Chave do Auditório; • Chave da Consulta Externa Psiquiatria;	
8	Exemplares do Plano de Emergência	8
9	Lanternas a pilhas	6
10	Rádio	1
11	Mantas de aquecimento	50

tabela 6: Check list do Plano de Emergência (CHBA, 2004)

2.2 ATIVAÇÃO DO PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA

	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
Coordenador do Plano de Emergência	Chefe de Equipa Médico/ Diretor SU	Presidente do CA/ Diretor Clínico/ Membro do CA	Presidente do CA/ Diretor Clínico/ Membro do CA
Sub-Gabinete de Operações	Enf. Chefe de Equipa do SU/ Enf. Chefe	- Diretor Clínico/ médico designado; - Enfª Diretora / Enfº. designado; - Administrativo	- Diretor Clínico/ médico designado; - Enfª Diretora / Enfº. designado; - Administrativo
Sub-Gabinete de Logística	Enf. Chefe de Equipa do SU/ Enf. Chefe	- Administrador Hospitalar - Aprovisionamento - Setor dos Serviços Gerais - S.I.E. - Serviços Farmacêuticos	- Administrador Hospitalar - Aprovisionamento - Setor dos Serviços Gerais - S.I.E. - Serviços Farmacêuticos.
Sub-Gabinete de Informação/	Chefe de Equipa do SU	- Administrador Hospitalar - Gabinete de Relações Externas	- Administrador Hospitalar - Gabinete de Relações Externas

Comunicação		-Administrativo/Secretária	- Administrativo/Secretária;
--------------------	--	----------------------------	------------------------------

tabela 7: Ativação do Plano de Emergência Externa (CHBA, 2004)

ASPETOS A RETER:

- É obrigatório respeitar a cadeia de comando;
- Um funcionário, deverá permanecer na Instituição e contatar os seus superiores hierárquicos (mesmo após terminar o seu turno);
- Qualquer funcionário poderá ser requisitado fora do seu horário de trabalho;
- Todos os funcionários devem participar regularmente em exercícios de simulação;
- Todos os funcionários devem conhecer o PEE;
- Em caso de ativação do Nível 3, os funcionários contactados deverão dirigir-se ao Ponto de Encontro, onde receberão as devidas instruções;

Gabinete de Crise, é o órgão máximo em caso da ocorrência de acidente grave ou catástrofe, recebe as informações de todos os setores e é responsável pela organização da resposta durante todo o desenvolvimento da crise. Pode ser ativado independentemente do Nível.

O Responsável: Presidente do Conselho de Administração ou Diretor Clínico. No caso de ausência de ambos, será o Diretor do SU e, na sua ausência, o Chefe de Equipa de Urgência.

Local de reunião: Gabinete nº 6 do SU

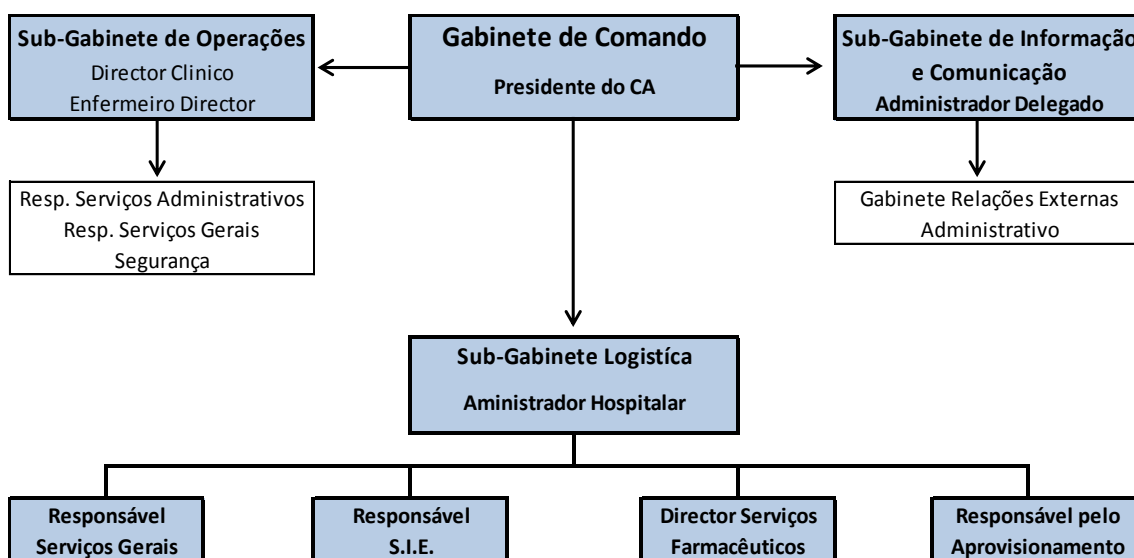


Ilustração 17: Organograma da cadeia de comando do PEE (CHBA, 2004)

2.3. FASES DE ATIVAÇÃO

A- FASE DE ALERTA

Quando há uma comunicação Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), descrevendo o evento e informando o que é pretendido do CHBA.

DIRETOR DO SU OU CHEFE DE EQUIPA MÉDICO:

1. Confirmar a ocorrência.
2. Caracterizar a ocorrência quanto ao tipo, magnitude, número e gravidade das vítimas, desencadear ou não o Plano de Emergência.
3. Informar o Diretor da Urgência Pediátrica ou o Chefe de Equipa da Urgência Pediátrica.
4. Registrar toda a informação (Registo de Catástrofe).
5. Verificar os recursos disponíveis.
6. Juntar o Gabinete de Crise.

B- FASE DE ALARME

	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
QUEM ATIVA O PLANO EMERGENCIA	Chefe de Equipa do SU/ Diretor do SU	Chefe de Equipa Médica/Diretor do SU dando conhecimento ao Presidente do CA	Chefe de Equipa Médica/Diretor do SU dando conhecimento ao Presidente do CA
DEFINIÇÃO E RESPOSTA	Mobiliza os meios disponíveis. Estruturado para ser utilizado com uma interferência mínima na atividade hospitalar.	É uma extensão do nível 1, prepara o hospital para receber um grande número de vítimas. A resposta conta com os meios ativáveis em situações especiais. Preparam-se a U.C.I., B.O., e outras unidades especializadas.	Prepara o Hospital para um grave desastre na comunidade. Alerta a todo o pessoal (de serviço ou não) Preparam-se a U.C.I., B.O., e outras unidades especializadas.

tabela 8: Fase de Alarme na ativação do PEE (CHBA, 2004)

Como contatar reforços?

No plano de emergência será a telefonista a fazer os contatos com maior brevidade possível, no entanto após entrevista com os elos de ligação ao plano existente, falou-se na hipótese de criar uma mensagem pré feita e conhecida por todos os elementos, que em caso de necessidade, fosse enviada por categorias profissionais.

Obrigatório a permanência do pessoal, no momento da troca de turno, enquanto se aguarda uma avaliação correta das necessidades.

A Central Telefónica do Hospital chama o responsável por setor. A mobilização do pessoal que se deve dirigir ao hospital irá realizar-se de forma escalonada, mediante uma rede de chamadas em “cascada”. Os profissionais contactados não devem telefonar para o hospital, devem dirigir-se ao seu serviço ou ponto de encontro.

CHAMADA DE ENFERMAGEM

O chefe de equipa de enfermagem, pede colaboração a 3 elementos da equipa e cada um contata 3 elementos da equipa seguinte. Cada serviço ativa, os seus profissionais consoante a necessidade.

Em primeiro lugar devem ser contatadas as equipas que deveriam entrar ao serviço no turno seguinte. Passando o horário de 8 para 12 horas. Colocando exemplos:

SE ATIVADO NO TURNO DA MANHÃ: Os enfermeiros mantêm-se a trabalhar até às 20 horas. Os que entrariam às 16 horas, farão até às 24 horas, com nova avaliação das necessidades. À meia-noite entrará as restantes duas equipas, a do turno da Noite e a de folga, até às 20 horas. Nessa altura retomariam as outras duas equipas, assim sucessivamente, até o plano ser desativado.

SE ATIVADO NO TURNO DA TARDE: os profissionais que já estariam a trabalhar, ficavam e ativavam o turno da noite, estes ficariam a trabalhar até às 8 horas. Na manhã viriam as equipas (Manhã e a de folga), até às 20 horas.

SE ATIVADO NO TURNO DA NOITE: os enfermeiros do turno da noite continuariam a trabalhar até às 12 horas, apoiados pelos colegas do turno da manhã. Estes últimos trabalhariam até às 20 horas, altura que as outras duas equipas entrariam (Tarde e folga).

CHAMADA DOS ASSISTENTES OPERACIONAIS

Obedece-se ao mesmo critério de seleção.

Cada Serviço deverá estabelecer o seu próprio sistema de localização de pessoal fora de serviço, sendo recomendável a mesma sequência do pessoal de enfermagem.

C- FASE DE EXECUÇÃO

1. O Gabinete de Crise reavaliará o evento e atribui o nível de resposta adequado;
2. Deverá notificar as diferentes áreas, dando instruções para a execução de aspetos específicos de cada área;
3. Cada serviço deve ter o seu plano de emergência, com atribuição de funções e desencadeamento, aos três níveis de resposta;
4. Na ativação do plano de emergência, procede-se à fusão da Urgência Geral e Pediátrica. No nível 3, doentes com prioridade verde e azul, devem ser admitidos na Urgência de Lagos.

A capacidade de dar resposta eficazmente a uma ocorrência deste tipo dependerá da preparação dos profissionais do Hospital (Shultz, 2002)

3. SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU)

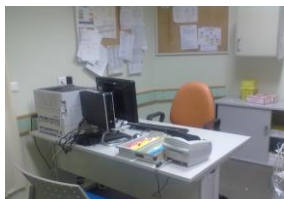
O SU é um serviço médico-cirúrgico e segundo o despacho nº18459 de 30 de Julho, há recomendações a seguir, relacionadas com o planeamento de estrutura física e funcional, que passamos a mencionar (Grupo de trabalho das urgências, 2006).

1. Acessos de área ao SU

- Via de acesso
- Estacionamento de ambulância
- Estacionamento de viaturas
- Acessos separados, para utentes ambulatoriais e em maca com convergência no interior do serviço.

2. Espaços de intervenção

- Base da viatura médica de emergência e reanimação (VMER)
- Receção de ambulâncias
- Sala de espera exterior (a visitantes, sala de espera verde/azul)
- Gabinete de apoio e informação ao utente (GAIU)
- Admissão de doentes
- Posto de segurança
- Casas de banho
- Posto de triagem de prioridades (com dois postos disponíveis)



2.1 No interior em frente da porta de acesso

- Zona de cadeiras de rodas



2.2 No interior, à direita da porta de acesso

- Admissão de doentes
- Sala de sujos
- Gabinete médico 1
- Arrecadação de apoio à reanimação
- Armário de apoio à reanimação
- Quarto de Isolamento



- Sala de reanimação
- VMER e casa de banho da VMER
- Quarto dos médicos
- Corredor de acesso ao hospital e radiologia



2.3 No interior, à esquerda da porta de acesso

- Ortopedia
- Gabinetes médicos dois, três e quatro
- Hall de transferência de doentes em maca de bombeiros
- Corredor de acesso ao resto do hospital e radiologia
- Sala de tratamentos
- Sala de espera, amarelos/laranjas
- Casa de banho dos utentes
- Casa de banho dos funcionários
- Sala de espólios
- Pré-atendimento/Inaloterapia



2.4 Corredor de acesso à decisão clínica

- Gabinete da assistente social
- Secretária de unidade
- Sala de máquinas
- Saída de emergência
- Sala de despejos
- Sala de sujos
- Gabinete do diretor do serviço
- Gabinete da enfermeira chefe
- Casas de banho dos funcionários
- Acesso à copa e quartos médicos
- Pequena cirurgia suja
- Adufa
- Pequena cirurgia limpa
- Gabinete de reunião (nº6)
- Gabinete médico nº7
- Decisão clínica, com capacidade para 16 boxes individuais em maca.



Capacidade de oxigenoterapia, rampas de vácuo, monitorização contínua e perfusões.

Tem duas casas de banho com duches. Tem capacidade máxima para 32 macas em simultâneo.

3.1 RECURSOS HUMANOS NO SU

Como definição de gestão de recursos humanos ou função de recursos humanos, é uma atividade que surge em resposta a necessidades organizacionais institucionalizada ou departamental e dissemina-se por toda a organização (Veloso referencia Legge, 2007).

Os recursos humanos, são o elemento fulcral no bom funcionamento. A missão dos recursos humanos no CHBA é: *...“assegurar de acordo com o quadro legal existente e as orientações definidas pelo Conselho de Administração, a implementação e execução da estratégia e respetivas políticas em matéria de recursos humanos definidas”* (CHBA, 2010).

ENFERMAGEM

A equipa de enfermagem do SU, é constituída por 68 enfermeiros:

- 3 Elementos de gestão do serviço: a enfermeira chefe e dois elementos de apoio;
- 4 Equipas, cada uma, composta por 13 enfermeiros.
- 1 Equipa de transferência, com 5 enfermeiros. Responsáveis pelas transferências inter-hospitalares, e se disponíveis, escalados em plano de trabalho.
- 5 Elementos de baixa e 3 em horário fixo, por licença de amamentação.

O plano de trabalho é feito mensalmente pelo chefe de equipa e aprovado pela chefia do serviço. São distribuídos, habitualmente 11 por turno, da seguinte forma:

1. Na Decisão clínica (4)
 - ✓ Dois elementos, responsáveis pelos doentes de Internamento Geral
 - ✓ Um elemento de balcão homens
 - ✓ Um elemento de balcão mulheres
2. Um elemento de pequena cirurgia (1)
3. Balcão (3)
 - ✓ Um enfermeiro de triagem
 - ✓ Um de balcão e apoio à ortopedia
 - ✓ Um de balcão e apoio ao isolamento
4. Nos turnos da tarde, mais um enfermeiro que assegurará as 2ª transferências inter-hospitalares.
5. Um de reanimação (1)
6. Um de via verde, que auxilia o de reanimação (1)
7. O chefe de equipa (1)

ASSISTENTE OPERACIONAIS (AO)

A equipa de AO, constituída por 28 elementos, divididos em quatro equipas. Horário mensal efetuado pela encarregada dos serviços gerais. São distribuídos diariamente, em plano:

- ✓ 2 na Decisão Clínica (em todos os turnos);
- ✓ 1 de triagem de prioridade (em todos os turnos);
- ✓ 1 no balcão e pré-atendimento (nos turnos da manhã e tarde);
- ✓ 1 de reanimação (em todos os turnos);

- ✓ 2 nos turnos da manhã, responsáveis na reposição dos materiais de utilização clínica

3.2 ORGANIZAÇÃO DA ÁREA DO SU

ACESSO AO HOSPITAL: O Acesso ao SU pela 2ª entrada (Entrada Principal), e a saída pela 1ª entrada, deste modo a circulação no recinto hospitalar terá apenas um sentido.

PARQUES:

Parque 6: Familiares.

O acesso e saída, dos familiares, efetuar-se-á pela 3ª entrada.

Parque 5: Ambulâncias e pessoal do SU.

Parque 1 e 2: Restantes funcionários.

Parque subterrâneo: Poderá funcionar como acolhimento aos familiares.

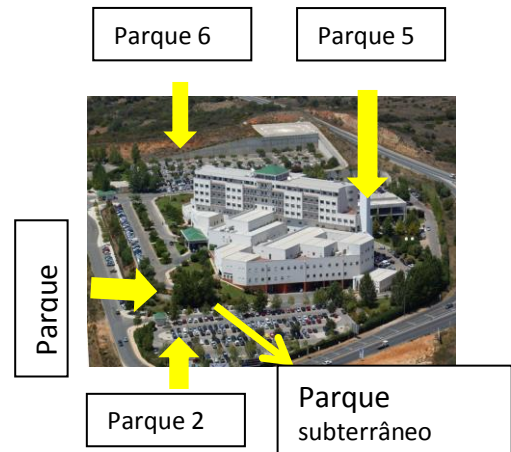


Ilustração 18: Imagem aérea do CHBA

A área de urgência será dividida nas seguintes zonas:

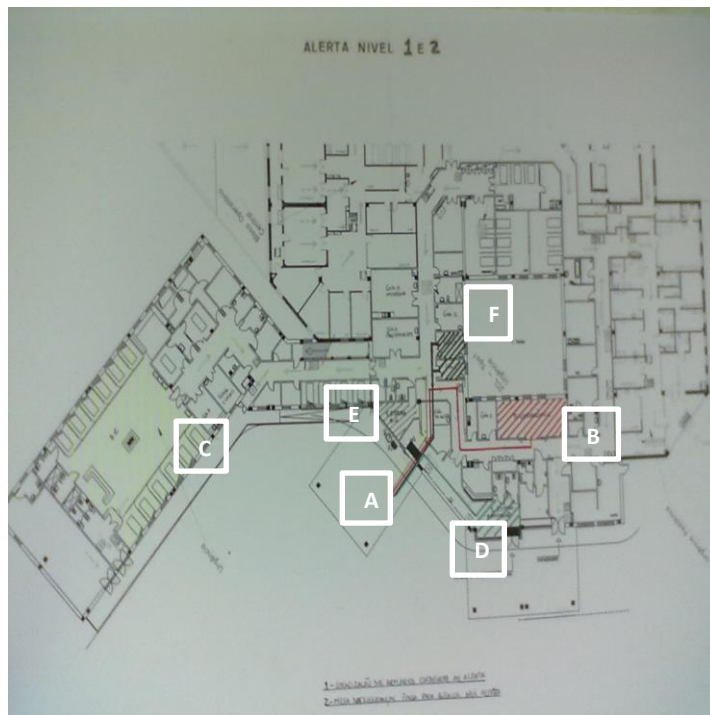


Ilustração 19: Planta do serviço de urgência do CHBA

Legenda:

- A-** Zona de Triagem;
- B-** Zona Vermelha de Reanimação;
- C-** Zona Amarela, de Tratamento Urgente;
- D-** Zona Verde, de Tratamento não Urgente;
- E-** Zona Cinzenta, de Escassa reversibilidade;
- F-** Zona Negra, de Irreversíveis e Falecidos

3.2.1 Triagem

Local: Alpendre exterior.

Quem: Médico e enfermeiro, com experiência em emergência e triagem. Um administrativo e um AO.

O administrativo regista:

- Hora de chegada;
- Número de identificação do doente (da ficha preenchida no terreno)
- Identificação (se possível)

Uso da caixa de catástrofe, com:

- 50 Envelopes com pulseira identificativa e numerada;
- Autocolantes com o mesmo número;
- Requisição de análises e RX; Tubos para análises numerados;
- Impresso do Sistema de Triagem de Manchester de catástrofe
- Saco de espólio de roupa.
- Uma mesa com:
 - ✓ 200 luvas de látex não esterilizadas;
 - ✓ 1000 compressas 10X10 esterilizadas;
 - ✓ 20 ligaduras elásticas de 5, 10, 15 e 20 cm/ cada;
 - ✓ 100 “kits” de catástrofe (1 a 50 SU adultos e 51 a 100 SU pediatria)
 - ✓ 1 marcador preto;
 - ✓ 100 sacos de espólio de valores.

TRIAGEM DE MANCHESTER – CATASTROFE

Fluxograma para avaliação primária: Avaliação rápida de grande número de doentes

Discriminadores:

1. Anda ou não;
2. Respirar após abertura da via aérea;
3. Frequência respiratória;
4. Tempo de preenchimento capilar e o pulso

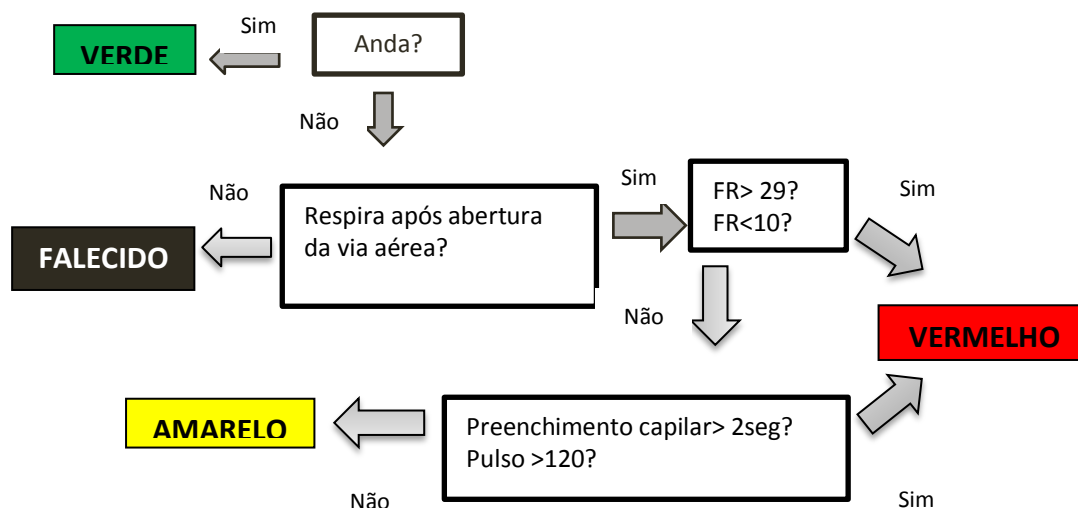


Ilustração 20: Triage Sieve- Avaliação Primária na Catástrofe- Triagem de Manchester

Fluxograma para avaliação secundária: TRTS (Triage Revised Trauma Score) ou Pontuação da Escala Revista de Triagem no Trauma. Usa 3 variáveis fisiológicas: Escala de Coma de Glasgow (GCS); Frequência Respiratória (FR); Pressão arterial sistólica (TAS)

ESCALA DE COMAS DE GLASGOW 13-15----- 4 9-12----- 3 6-8----- 2 4-5----- 1 3----- 0	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 10-29----- 4 >29----- 3 6-9----- 2 1-5----- 1 0----- 0	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 90----- 4 76-89----- 3 50-75----- 2 1-49----- 1 0----- 0	TRTS 1 A 10 - PRIORIDADE 1 11 - PRIORIDADE 2 12 - PRIORIDADE 3 0 - PRIORIDADE 4
--	--	---	---

Ilustração 21: TRTS- Triage Revised Trauma Score

Após a triagem os utentes com menos de 14 anos serão encaminhados através do corredor interno, para as respetivas áreas da Urgência Pediátrica.

3.2.2 Zona Vermelha – sala de emergência / quarto de isolamento

- A Reanimação e o quarto de isolamento.
- Reanimação com capacidade para três vítimas e isolamento para uma vítima.
- Poderá ser expandida pelas áreas vizinhas, com a existência de carros de reanimação, vindos de outras unidades (internamento ou Piso 0).
- É necessário um médico e um enfermeiro por cada utente admitido.
- A Equipa médica: 1 anestesta, 1 internista, 1 cirurgião e 1 ortopedista.
- A equipa de Enfermagem: o enfermeiro escalado de reanimação, via verde, pequena cirurgia e um de balcão.

3.2.3 Zona Amarela – tratamento urgente

- DC, Gabinete nº 7, Pré-Atendimento, corredor junto ao balcão de ortopedia.
- Equipa médica multidisciplinar composta por um/dois clínicos gerais, um ortopedista e um cirurgião e/ou Internista.
- Equipa de enfermagem será composta por 5 enfermeiros: 4 enfermeiros da decisão clínica e 1 de Balcão.

3.2.4 Zona Verde – tratamento não urgente

- Sala de Espera e o exterior do parque de estacionamento nº 5 (parque das ambulâncias)
- Destina-se às vítimas cujo tratamento possa ser adiado sem risco de vida.
- Incluirá um médico (um clínico geral) e um enfermeiro (escalado na sala de balcão/ortopedia).

3.2.5 Zona Cinzenta – doentes com escassa reversibilidade

- No Nível 3, nas vítimas com muito mau prognóstico, com escassa probabilidade de sobrevivência. Localizar-se-á na sala de espera Amarelo/Laranja
- No Nível 1 e 2, alguns destes doentes poderão ser atendidos na zona vermelha.
- É necessário pedir reforço da equipa.

3.2.6 Zona Negra – doentes falecidos

- Vítimas mortas, enviadas para Casa Mortuária e Instituto de Medicina Legal.
- Aos óbitos no SU, ficam no Gabinete 3 e 4, até serem levados para a morgue.

DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

ZONAS	NÍVEL	VÍTIMAS	LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AO	ADMINISTRA TIVO
TRIAGEM	1	<20	Alpendre (exterior ao SU)	1	1	1	1
	2	20-50					
	3	>50					
ZONA VERMELHA	1	<20	Sala emergência	1/ Vitima	1/ Vitima= 4 (reanimação, balcão, via verde, pequena)	<u>REFORÇO</u> 1	0
	2	20-50	Isolamento e UICD				
	3	>50					
ZONA AMARELA	1	<20	DC	2 Clínicos + Medicina interna+ ortopedia	4 (decisão clínica)	1	1
	2	20-50					
	3	>50	Gabinete. 7, pré, corredor	Obstetrícia E <u>REFORÇOS</u>	<u>1+ REFORÇOS</u>	<u>REFORÇOS</u>	0
ZONA VERDE	1	<20	Sala de espera da urgência	1 Clinico Geral	1 Ortopedia	1	1
	2	20-50		+ 1 Clinico geral	1		
	3	>50	Parque estacionamento nº 5	<u>REFORÇOS</u>	<u>REFORÇOS</u>	<u>REFORÇOS</u>	<u>REFORÇOS</u>
ZONA CINZENTA	1	<20	Sala de espera amarelo- laranja	<u>REFORÇOS</u>	<u>REFORÇOS</u>	<u>REFORÇOS</u>	0
	2	20-50					
	3	>50					
ZONA PRETA	1	<20	Gabinete 3 e 4 Serviços mortuários	1 Funcionário	1	1 <u>REFORÇO</u>	1
	2	20-50		1			
	3	>50		1			

tabela 9: Distribuição de Recursos Humanos (CHBA, 2004)

3.2.7. Radiologia, Serviço de Imuno-hemoterapia, Laboratório e Farmácia

- ✓ **RADIOLOGIA:** Limitar exames. Deverão ser privilegiadas a radiografia clássica e a ecografia.
- ✓ **IMUNO-HEMOTERAPIA:** Reforçar a doação de sangue, pelos familiares, para se poder dar continuidade à assistência.
- ✓ **LABORATÓRIO:** Estão reservados aos feridos graves. Pode ser útil o uso de um protocolo analítico.
- ✓ **FARMÁCIA:** Reservas de stocks.

3.2.8 Aprovisionamento e Serviços Hoteleiros

- ✓ O serviço terá capacidade de material de consumo clínico para 24 horas, dando tempo ao aprovisionamento de dar resposta.
- ✓ Os serviços de alimentação terão que fornecer às vítimas e aos funcionários, um Kit de refeição ligeira.

A lavandaria será ativada, de modo a fornecer roupa limpa aos serviços.

4. CARTÕES DE AÇÃO NA CATÁSTROFE EM ENFERMAGEM

Materializou-se o conceito de instrução através da concepção de cartões de ação que informam ao executante das prioridades e respectivas tarefas (CHBA, 2004)

4.1 ENFERMEIRO CHEFE DE EQUIPA DO SU OU ENFERMEIRO CHEFE DO SERVIÇO

(Atuação em Nível 1, e nos primeiros instantes dos Níveis 2 e 3, antes do Gabinete de Crise assumir a coordenação)

AÇÕES:	✓
1. Informa a Enfª Chefe e a Enfª Diretora, de que foi ativado o Plano de Catástrofe	
2. Faz o ponto da situação das camas disponíveis e informa o Chefe da Equipa Médica ou o Diretor do SU	
3. Em conjunto com o Chefe de Equipa Médica, preparar o SU para receber um afluxo maciço de vítimas: 3.1. Informa os enfermeiros do Internamento e solicita a colaboração na receção dos doentes transferidos; 3.2. Solicita a transferência de um dos Carros de Reanimação do piso para o S.U. 3.3. Liberta toda a zona vizinha da Sala de Reanimação.	
4. Designa um enfermeiro e um A.O para a área da Triagem.	
5. Designa Enfermeiros e um A.O para a Reanimação (Área Vermelha). 5.1. Função – Colaborar nos cuidados assistenciais de reanimação. 5.2. Enfermeiro e A.O da Reanimação, com reforço do Enfº da Pequena Cirurgia, de balcão e de via verde (após a transferência de utentes para o Internamento).	
6. Designa quatro enfermeiros e dois A.O para a Área Amarela (na área de Decisão Clínica, Gab.7, Pré-Atendimento e Corredores). 6.1. Função - Colaborar nos cuidados assistenciais a doentes urgentes. 6.2. Mantêm-se no seu posto a equipa em funções, 4 Enfª (s) da DC e 1 de balcão	
7. Designa um enfermeiro de balcão e um A.O para a Área Verde (Sala de Espera exterior), em Alerta nível 1 ou 2. Para uma Alerta nível 3 a receção das vítimas triadas de verde são no exterior, com solicitação de uma tenda da proteção civil, colocada no parque nº 5. Ponderar reforço.	
8. Destaca um elemento da Segurança para a zona preta	
9. Identifica as Áreas com Placards próprios (Armário do Plano de Emergência): 9.1. ÁREA VERMELHA - Sala de Reanimação, isolamento e zona limítrofe; 9.2. ÁREA AMARELA - Decisão clínica e atendimento de adultos; 9.3. ÁREA VERDE - Sala de espera de adultos e Urgência Pediátrica; 9.4. ÁREA PRETA –Casa Mortuária e /ou Gab.3 e 4	
10. Coloca mesa de apoio à entrada do SU (mesa do segurança)	
11. Coloca os Placards informativos de situação de catástrofe sugerindo que os outros doentes recorram a outra unidade de saúde.	
12. Encaminha População e Comunicação Social para as áreas destinadas - Hall de entrada.	
13. Comunica à Central Telefónica o desencadeamento do Alerta.	
14. Garante o acesso ao stock de fármacos, soros, consumíveis, roupa e esterilização. Em horário normal, pela informação aos responsáveis. Fora do horário normal, contato com os responsáveis solicitando a sua comparência no local.	
15. Garante o fornecimento de refeições ligeiras aos elementos em serviço. (informação à cozinha)	

16. Promove a requisição de transportes que se revelem necessários	
17. Promove a deslocação de equipamentos dentro do hospital, se necessário	

Tabela 10: Cartão de ação do enfermeiro chefe de equipa ou enfermeiro chefe do SU (CHBA, 2004)

4.2 SUB-GABINETE DE OPERAÇÕES

No Nível 1 de ativação, poderá ser constituído unicamente pelo Enfermeiro chefe de equipa SU designado pelo Coordenador do Plano, podendo ser substituído à medida que os seus superiores hierárquicos compareçam no Hospital, devendo no nível mais elevado de ativação ser constituído pelo Diretor Clínico ou um médico designado, Enfermeira Diretora ou um enfermeiro designado, e um administrativo.

AÇÕES	v
1. Contata os Serviços implicados para os informar da ativação do Plano.	
2. Comunica o Nível de execução e dá instruções formais aos Serviços implicados;	
3. Analisa o aspeto qualitativo e quantitativo do afluxo de vítimas;	
4. Quantifica a disponibilidade do pessoal e das camas;	
5. Procede ao reforço das necessidades do Hospital;	
6. Coordena a execução das missões confiadas aos diferentes responsáveis;	
7. Organiza e orienta a afetação de pessoal chamado em reforço.	
8. Antecipa as necessidades, reforçando os meios do Hospital: 8.1. Em pessoal: 8.1.1. Notificação pela célula de crise da manutenção em funções das equipas; 8.1.2. Requisição de pessoal aos serviços menos sobrecarregados; 8.1.3. Chamada de elementos de descanso, se necessário (os contactos encontram-se num envelope selado na posse do Coordenador do Gabinete de Crise); 8.2. Em camas: 8.2.1. Libertação dos serviços destinados a receber as vítimas; 8.2.2. Suspensão das admissões programadas; 8.2.3. Libertação do Bloco Operatório; 8.2.4. Comunicação ao CODU das disponibilidades;	
9. Convoca a equipa de apoio a familiares, se possível: Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Capelão, Voluntariado.	
10. Recebe as necessidades dos Serviços de Cuidados médicos, técnicos e administrativos;	
11. Distribui o pessoal e o material em funções das necessidades;	
12. Ordena em função das ordens dadas;	
13. Controla a execução das ordens dadas;	
14. Regula a orientação dos doentes dentro do hospital.	

tabela 11: Cartão de ação do sub-gabinete de operações (CBHA, 2004)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L. (2010). *Plano de emergência externa do hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, ilha Terceira: Contributos para a urgência hospitalar na região autónoma dos Açores*. Porto: Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido a 22 de Junho de 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf>
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de Catástrofe. Da exemplificação Histórica à Iatrética*. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Série do Saber, 1ª ed.
- Comissão de Catástrofe (2004). *Projecto de Plano de Catástrofe Externa do Hospital do Barlavento Algarvio. Relatório Interno*.
- Ferreira, M. (2006). *Plano de Emergência externa do Hospital Pedro Hispano*. Porto
- Grupo de trabalho de Urgências (2006). *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Hospitais SA.
- Humanos, R. (2010). CHBA. Ministério da Saúde. Obtido em 24 de Junho de 2012, de Ministério da saúde: http://www.chba.min-saude.pt/Serviços_apoio/recursos_humanos/default.htm#faq_2
- Infopédia, enciclopédia e dicionários Porto editora. Obtido a 25 de Maio de 2012, em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/cat%C3%A1strofe>
- Moura, A. (2010). *Apropriação do Telemóvel como Ferramenta de Mediação em Mobile Learning: Estudos de Caso em Contexto Educativo*. Braga: Instituto de Educação. Obtido a 25 de Junho de 2012, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13183/1/Tese%20Integral.pdf>
- Ribeiro, S. (2010). *Medicina de Catástrofe. Acidente Catastrófico de efeitos limitados na região transfronteiriça Chaves-Verín- proposta de actuação*. Porto: Universidade do Porto. Obtido em 20 de Junho de 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23466/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20de%20Catstrofe%20%20Sara%20Ribeiro.pdf>
- Santos, P. (2008). *Da prevenção à Gestão do Risco: o caso da Ponte 25 de Abril*. Porto: Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em 22 de Junho de 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7233>.
- Shultz, C. (2002). *Bioterrorism preparedness I: the emergency department and hospital*. Vol 20. Emergency Medicine Clinics of North America. EUA
- DEDERT, E. (13 de Abril de 2012). Alemanha: três mortos em acidente de comboio. (TVI24, Entrevistador). Obtido em 20 de Junho de 2012 em <http://www.tvi24.iol.pt/internacional/tvi24-ultimas-noticias-alemanha-acidente-comboio/1340520-4073.html>
- Veloso, A. (2007). *O Impacto da Gestão de Recursos Humanos na Performance Organizacional*. Minho: Universidade do Minho- Instituto de Educação e Psicologia. Obtido a 24 de Junho de 2012, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7703>.

**APÊNDICE 20: CARTAZ DE DIVULGAÇÃO, PARA A SESSÃO DE
FORMAÇÃO SURPRESA.**



O QUE FAZER EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE?

Em caso de catástrofe ou acidente grave, com nível de resposta 2 ou 3:

REFORÇO DA EQUIPA
CONTATO VIA TELEFONE

ou

MENSAGEM PRÉ DEFINIDA

**“ Necessidade de reforço-
Ativação do plano de
emergência externa”**



APÊNDICE 21: ANÁLISE DO ESTUDO, DE COMO CONTATAR OS ELEMENTOS, NA FASE DE ATIVAÇÃO

EQUIPA DE ENFERMEIROS: A equipa de enfermagem, cerca de 58 elementos, foi dividida na forma de fazer a ativação, 29 elementos receberam SMS e 29 ligação direta.

EQUIPA DE AO: A equipa de AO, mais precisamente 22 elementos, foi dividida na forma de ativação para o evento, 11 recebem em SMS e 11 por ligação direta.

Dentro do meu PAC e em concordância com a enfermeira tutora, chefia do SU, supervisor e enfermeira orientadora, foi acordado que fosse realizado um capítulo de organização/gestão dos recursos humanos no PEE. Este capítulo, foi realizado após uma entrevista com os elos de ligação da reestruturação do plano de catástrofe externo realizado no hospital e serviço. Foi questionado qual seria a melhor intervenção na organização dos recursos humanos, em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima. Apesar de não haver bibliografia que suporte a nossa decisão, terá como objetivo, a tentativa de juntar as diversas contribuições existentes, no sentido de operacionalizar e avaliar o plano.

No decorrer deste capítulo, mais precisamente nas fases de ativação do plano de emergência externa, no ponto de fase de alarme, surgiu uma questão que já há muito nos era colocada, relacionada com a forma de contato de reforços. No plano de emergência existente, será a telefonista a fazer os contatos com maior brevidade possível, no entanto após entrevista com os elos de ligação ao plano existente, falou-se na hipótese de criar uma mensagem pré feita e conhecida por todos os profissionais. Neste sentido e de forma a testar qual a melhor forma, aproveitou-se a existência de uma simulação em sala de aula, onde os elementos contactados a intervir fossem ativados, uns por chamada e outros por mensagem, avaliando os resultados à posterior.

Enfermeiros contactados



Gráfico 5: Enfermeiros contactados

De todos os elementos contactados apenas 19 enfermeiros apareceram ao ponto de encontro previamente informado, perfazendo um total de 32,78% dos enfermeiros contactados.

Assistentes Operacionais contactados

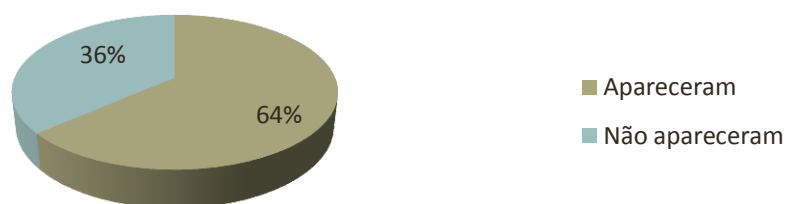


Gráfico 6: Assistentes operacionais contactados

De todos os elementos contactados apenas 14 AO apareceram ao ponto de encontro previamente informado, perfazendo um total de 63,64% dos AO contactados.

Total de profissionais contactados



Gráfico 7: Total dos profissionais contactados

No total dos profissionais contactados para a simulação em sala de aula, com objetivo de divulgação, operacionalização e gestão de recursos humanos no SU, em situação de ativação do PEE. Outro objetivo também proposto, foi a verificação da melhor forma de contato aos operacionais envolvidos. No total responderam 33 profissionais dos 88 contactados, perfazendo um total de 40,24%.

Forma de contato



Gráfico 8: Forma de contato

O contato foi dividido por chamada e mensagem pré definida. Dos profissionais que compareceram à simulação, cerca de 15 receberam mensagem, ou seja, cerca de 45,45% do total. Os restantes 54,55%, ou 18 profissionais compareceram após terem recebido chamada.

Desta forma, podemos concluir que mais profissionais responderam à chamada, do que à mensagem, no entanto os valores estão muito próximos.

Preferência no contato



Gráfico 9: Preferência do contato

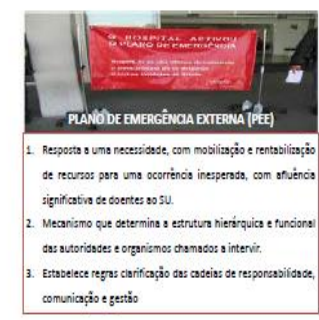
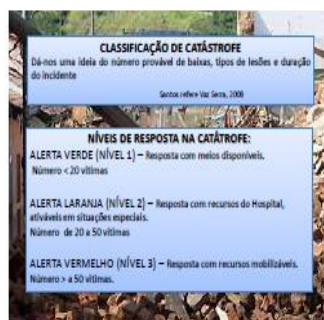
Por haver um valor muito próximo entre a mensagem e a chamada, foi questionado a cada um, o que achavam ser mais funcional e com resposta imediata, e cerca de 97% respondeu que seria a chamada.

APÊNDICE 22: SIMULAÇÃO DE UM CASO EM SALA DE AULA



O QUE FAZER EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE?

Objetivo: Conhecer e operacionalizar, a organização/gestão de recursos humanos do SU, no plano de emergência externa do CHBA



COMISSÃO DE CATÁSTROFE

É responsável pela elaboração dos PEE e PEI.

Presidente: Presidente do Conselho de Administração

Vogais: os Diretores de Serviço

- a. Direção Clínica
- b. Direção de Enfermagem
- c. Serviço de Urgência
- d. Serviço de Instalações e Equipamento
- e. Serviço de Aprovisionamento
- f. Serviços Farmacêuticos
- g. Serviços de Higiene
- h. Serviços de Segurança



ARMÁRIO DO PLANO DE EMERGÊNCIA

Localizado na sala de triagem e encontra-se selado

Item	Material	Qtd.
1	Mapa de Localização (Clínica, Recursos Humanos e Materiais, Logística, Emergência e Urgência)	1
2	Cartão de Recursos	1
3	Plano para identificação de AECs: • Vermelho • Amarelo • Verde • Preto	1
4	Kit numerados de 1 a 50 (SU) e 51 a 100 (Urg. Pediátrica), em caso de emergência, composto por: • 1 Impressor de Triagem de Catástrofes (Primária e Secundária) • 1 Póster identificado com o número • 1 Boletim de Admissão numerado de acordo com o kit (inquéritos de história, anamnese, insuportável) • 1 Conjunto de tubos para coleta de sangue numerados; • 1 Folha com a lista de nomes identificados de acordo com o número do kit	100

5	Folhas de Registo utilizadas no Plano de Emergência: • Registo de Atuação e Área assistencial • Registo de identificação das vítimas, Mandados presos • Registo de intervenções dos coordenadores; • Impresso "Ficha de Comunicação"; • Cartões identificativos de Plano de Emergência	
6	Folha para cadáveres	05
7	Folha para informação Hospital, Instituto Plano de Emergência, vítimas de catástrofe e possibilidade de se deslocarem a residência	
8	Chaveiro com as seguintes chaves: • Chave do Armazen de Material de Consumo Clínico; • Chave do Hospital de Dia e da Cirurgia do Ambulatório; • Chave do Bloco de Resposta; • Chave do Centro de Desfibrilhação; • Chave do Armazen de Farmácia; • Chave do Auditório e Consulta Externa Pré-consulta	
9	Exemplares do Plano de Emergência	5
10	Lanterinas e pilhas	5
11	Rádio	1
12	Mantas de aquecimento	05

ATIVACÃO DO PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA

	NÍVEL 1 (1-20 vítimas)	NÍVEL 2 (21-30 vítimas)	NÍVEL 3 (31-40 vítimas)
Coordenador do Plano de Emergência	Chefe da Equipa do SU ou Diretor do SU	Presidente do CA ou Diretor Clínico ou outro membro do CA	Presidente do CA ou Diretor Clínico, ou outro membro do CA
Sub-Coordenador de Operações	Est. Chefe da Equipa do SU ou Est. Chefe do SU	- Diretor Clínico ou um médico por si designado; - Est. Diretor ou um est. por si designado; - Administrativa	- Diretor Clínico ou um médico por si designado; - Est. Diretor ou um est. por si designado; - Administrativa
Sub-Coordenador de Logística	Est. Chefe da Equipa do SU ou Est. Chefe do SU	- Administrador Hospitalar - Resp. do Aproximamento - Resp. do Setor dos Serviços Gerais - Responsável pelo S.I.E. - Diretor da Farmácia	- Administrador Hospitalar - Resp. do Aproximamento - Resp. pelo Setor dos Serviços Gerais - Responsável do S.I.E. - Diretor da Farmácia
Sub-Coordenador de Informação/ Comunicação	Chefe da Equipa do SU	- Administrador - Secretário do Gabinete de Relações Externas - Administrativos/Secretários	- Administrador - Secretário do Gabinete de Relações Externas - Administrativos/Secretários

ASPECTOS A REter:

- É obrigatório respeitar a cadeia de comando;
- Um funcionário, deverá permanecer na instituição e contactar os seus superiores hierárquicos;
- Qualquer funcionário poderá ser requisitado fora do seu horário de trabalho;
- Todos os funcionários devem participar em exercícios de simulação;
- Todos os funcionários devem conhecer o PEE;
- No Nível 3, os funcionários contactados deverão dirigir-se ao Ponto de Encontro, onde receberão instruções.



GABINETE DE CRISE

- Órgão máximo
- Recebe as informações dos setores
- Responsável pela organização da resposta para a crise.
- Ativado independentemente do Nível

LOCALIZADO: Gabinete nº 6 do Serviço de Urgência

CONSTITUÍDO:

- Presidente do CA ou Diretor Clínico;
- Diretor do SU ou Chefe de Equipa;
- Enfermeiro Diretor ou o Enfermeiro Chefe do SU ou de equipa;
- Responsável pela Segurança ou o Chefe de Turno;
- Responsável pela Farmácia ou a Técnica Superior de Prevenção;
- Responsável pelos Serviços Administrativos;
- Responsável pelos Serviços Técnicos

FASES DE ATIVAÇÃO

A- FASE DE ALERTA

Chamada do CODU com a descrição do evento

DIRETOR DO SU OU CHEFE DE EQUIPA

1. Confirmar a ocorrência.
2. Caracterizar a ocorrência: tipo, magnitude, número e gravidade das vítimas
3. Ativar o Plano de Emergência
4. Informar o Diretor de Urgência Pediátrica
5. Registrar toda a informação (Registo de Catástrofe)
6. Verificar os recursos disponíveis.
7. Juntar o Gabinete de Crise.



B- FASE DE ALARME

Nível 1	Nível 2	Nível 3
• Mobiliza os meios que estão disponíveis	• Prepara o hospital para receber muitas vítimas. • A resposta conta com alguns meios disponíveis. • Avisar U.C.I., B.O. e outras unidades especializadas.	• Prepara o Hospital para um grave acidente. • O alerta é para todo o pessoal (de serviço ou não) • Avisar U.C.I., B.O. e outras unidades especializadas



CHAMADA DE ENFERMAGEM



- Em primeiro contar a equipa que entra no turno seguinte.
- O horário passa para 12 horas.

C- FASE DE EXECUÇÃO

- Realização do evento e atribuição adequada do nível;
- Notificação das diferentes áreas com instruções específicas do PEE;
- Cada serviço deve saber qual a sua função e desdobramento, nos três níveis;
- Na ativação do PEE, há fusão de Urgência Geral e Pediátrica e a Urgência de Lagos (recebem prioridade verde e azul)



SERVÍCIO DE URGÊNCIA (SU)

O Acesso ao SU pela 2ª entrada e a saída pela 1ª entrada



PARQUES:

Parque 6: Familiares das vítimas

Parque 3: Ambulâncias e pessoal do SU

Parque 1 e 2: Restantes funcionários

Parque subterrâneo não será ocupado, poderá funcionar como acolhimento aos familiares.



DIVISÃO DA URGÊNCIA POR ZONAS:

Local: Alpendre exterior.

Quem: 1 Médico, 1 enfermeiro, 1 administrativo e 1 AO.

Caixa de Catástrofe com:

- * 50 Envelopes com pulveta identificativa e numerada;
- * Autoclávulas com o mesmo número;
- * 50 frascos de análises e EKG; Tubos de análises
- * Impresso de Triagem de Manchester para catástrofes
- * Sacos de espólio.

Uma mesa com:

- * 200 luvas de látex não esterilizadas;
- * 1000 compressas 10X10 esterilizadas;
- * 20 figurado elásticas de 5, 10, 15 e 20 cm/ cada;
- * 100 "kits" de catástrofe (1 a 50 SU adultos e 51 a 100 SU pediatria)
- * 1 maciador prático;
- * 100 sacos de espólio de valores.

[illegible]

6. Designe quatro enfermeiros e dois A.O para a **Avaliação** (na área de Decisão Clínica, Gab.7, Pr. Atendimento e Comorbidade).

6.1. Função - Colaborar nos cuidados assistenciais a doentes urgentes.

6.2. Monitorar os seus passos e equipar em função, e EHR (p.e da SC e 1 de leito)

7. Designe um enfermeiro de leito e um A.O para a **Ação Verde** (Sala de Espera), percente um Alerta nível 2, ou para uma Alerta nível 3 a maioria das vitimas triplos de verde (ferimento no exterior, no parape e na saída) em substituição de uma das competências à proteção civil.

A alocação de um enfermeiro e um A.O para esta área deverá ser ponderada com o reforço da área amarela.

8. Destaca um enfermeiro da Segurança para a zona preta

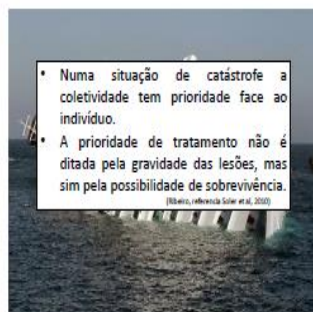
9. Identifica as Áreas Assistenciais com Pictogramas apropriados (contidas no Armário do Plano de Emergência):

9.1. **ÁREA VERMELHA** - Sala de Reanimação e zona limbo/re;

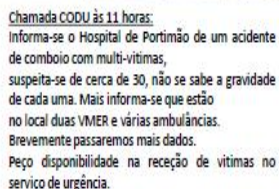
9.2. **ÁREA VERDE** - Decisão clínica e atendimento de adultos;

9.3. **ÁREA VERDE** - Sala de espera de adultos e Urgência Pediátrica;

9.4. **ÁREA PRETA** - espaço inferior ao SJ, com entrada pela Cxa Mortuária e (ou) Gab.34

- 
- Numa situação de catástrofe a coletividade tem prioridade face ao indivíduo.
 - A prioridade de tratamento não é ditada pela gravidade das lesões, mas sim pela possibilidade de sobrevivência.
- [Bibliografia: referência Salzer et al., 2009]



[illegible]

APÊNDICE 23: TESTE AVALIATIVO E ANÁLISE DOS RESULTADOS, DA SIMULAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SIMULAÇÃO

O QUE FAZER EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE?

Objetivo: Conhecer e operacionalizar, a organização/gestão de recursos humanos do SU, no plano de emergência externa do CHBA

A realização deste teste, tem como propósito o conhecimento avaliativo em relação à informação transmitida e se os elementos participativos atingiram o objetivo inicial proposto.

NOME: _____

Faça o teste de acordo com os dados projetados.

1. Quem decide a ativação do Plano de emergência externa (PEE)? _____
2. Para que serve o PEE? Escolha a opção correta.
 - a) Plano de emergência que responda à necessidade de mobilização e rentabilização de recursos no contexto de uma ocorrência inesperada.
 - b) É um mecanismo que determina a estrutura hierárquica e funcional das autoridades e organismos chamados a intervir.
 - c) Estabelece regras clarificação das cadeias de responsabilidade, comunicação e gestão.
 - d) Todas elas estão corretas.
3. Que nível de resposta, é dada nesta situação? _____
4. Onde está localizado o armário do plano de emergência: _____
5. O gabinete de crise fica localizado? _____
6. Quais são as fases de ativação ao plano? Assinala a sequência correta.
 - a) Fase de prontidão e efetivação
 - b) Fase de alerta, alarme e pós crise
 - c) Fase de alerta, alarme e execução
7. Nesta situação é necessário reforçar a equipa? Se sim explica a sequência de turno, durante a ativação do plano.

8. Esclarece o acesso ao hospital e parques?

ACESSOS _____



Parque nº 5

_____;

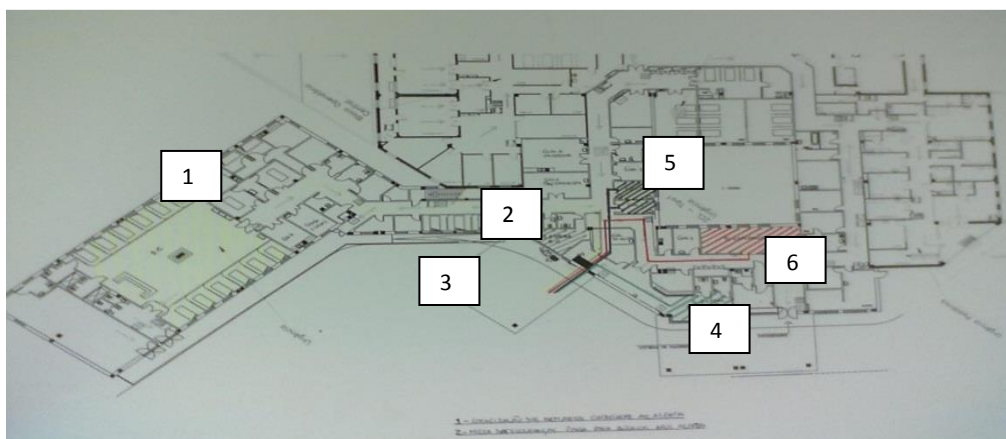
Parque nº 1 e nº 2

_____;

Parque nº 6 _____;

Parque subterrâneo _____.

9. Localiza as zonas.

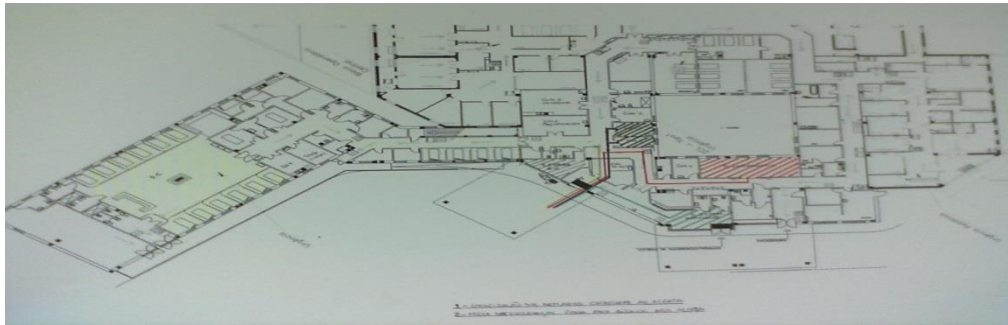


Nº	CLASSIFICA A ZONA
1	
2	
3	
4	
5	
6	

10. Localiza os recursos Humanos, em níveis de resposta diferentes.

ZONAS	Quantidade de elementos					
	Enfº nível 1	AO nível 1	Enfº nível 2	AO nível 2	Enfº nível 3	AO nível 3
TRIAGEM						
ZONA VERDE						
ZONA AMARELA						
ZONA VERMELHA						
ZONA CINZENTA						
ZONA PRETA						

11. Localiza as vítimas nas Zonas corretas.



VITIMA	ZONA
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	
K	
L	
M	
N	
O	
P	
Q	
R	
S	
T	

Obrigada pela colaboração

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO À SIMULAÇÃO EM SALA DE AULA

NOMES	RESULTADO
Elemento 1 e 2	85,1%
Elemento 3 e 4	74%
Elemento 5 e 6	99,60%
Elemento 7 e 8	98,75%
Elemento 9 e 10	87,88%
Elemento 11 e 12	100%
Elemento 13 e 14	61,78%
Elemento 15 e 16	95,98%
Elemento 17 e 18	86,88%
Elemento 19 e 20	91,20%
Elemento 21 e 22	74,55%
Elemento 23 e 24	63,95%
Elemento 25 e 26	85,74%
Elemento 27 e 28	91,60%
Elemento 29 e 30	76,44%
Elemento 31 e 32	87,88%
Elemento 33 e 34	72,78%
Elemento 35	96,78%
TOTAL	1530,89
MÉDIA	85,049%

Resultado apresentado em gráfico com intervalos de valores entre 10%.

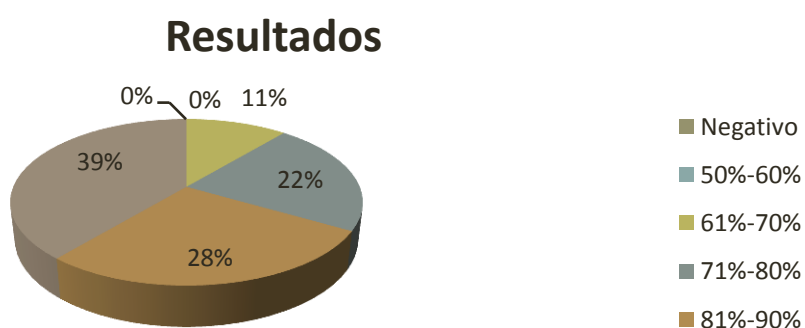


Ilustração 22: Resultados da avaliação da simulação

Avaliações feitas em grupos de duas pessoas, através das informações projetadas em sala. Realizadas em cerca de 30 minutos de duração, com resultado final de 85% valores de média. Resultado bastante positivo, com aquisição de conhecimento em relação à organização e gestão dos recursos humanos do serviço de urgência em caso de ativação do plano de catástrofe do CHBA.

Cerca de 67% dos avaliados, tiveram um valor superior a 81%, o que se pode concluir que a maioria dos profissionais que assistiram à simulação em sala, adquiriu conhecimento e por conseguinte atingiu os objetivos propostos inicialmente de conhecer e operacionalizar, a organização/gestão de recursos humanos do SU, no plano de emergência externa do CHBA. Não houve elemento algum que tivesse um valor inferior a 61%.

APENDICE 24: REFLEXÃO NA TOMADA DE DECISÃO EM ANÁLISE ÉTICA E DEONTOLÓGICA

Algoritmo de decisão ética

Reanimar ou não reanimar:

- Homem de 35 anos com sequelas de AVC há 3 anos, com défices cognitivos e motores
- Totalmente dependente nas atividades de vida diárias
- Internado com diagnóstico de pneumonia de aspiração
- No turno da noite entra em paragem respiratória
- Não é conhecida a vontade do cliente

Lei da base da saúde

Base XIV:

"1. Os utentes têm direito a:

- c) ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, provacidade e respeito."

Base V:

"2. Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses."

REPE

Artigo 8º

1. No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos
2. O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social"

REANIMAR

NÃO REANIMAR

Declaração Universal dos Direitos do Homem

Artigo 25:

"Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica (...)"

Constituição da República Portuguesa

Artigo 24º

"1. A vida humana é inviolável"

Artigo 64º

"1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover"

Código deontológico do enfermeiro

Artigo 81 - "Dos valores humanos

O enfermeiro, no seu exercício profissional, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

- abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia de vida"

Artigo 82 - "Dos direitos à vida e à qualidade de vida

O enfermeiro respeita o direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias"

REPE

Artigo 8º - Exercício profissional dos enfermeiros

1. No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos
2. O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social."

Artigo 9 - Intervenções dos enfermeiros

"4. Para efeitos dos números anteriores, e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais:

- Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade"

Declaração Universal dos Direitos do Homem

Artigo 5:

"Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes"

Constituição da República Portuguesa

Artigo 25º

1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável
2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a maus tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanas"

Código deontológico do enfermeiro

Artigo 82 - "Dos direitos à vida e à qualidade de vida

"O enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante"

Decisão da equipa multidisciplinar

Reanimar

Não reanimar

Princípio da Justiça :

Todos têm direito à protecção da saúde

Benefícios : Reanimação com sucesso/ recuperação das funções vitais anteriormente mantidas

Encargos: com equipamentos e recursos humanos, sem garantir a reversão do quadro

Riscos: Prática de obstinação terapêutica
Prática de distanásia

- Autonomia presumível
-Princípio da beneficência
-Princípio da não maleficência
-Respeito pela dignidade humana

Benefícios: Respeito pela dignidade humana

Encargos: não se aplica

Risco: não aceitação por parte da família

Opção:

NÃO REANIMAR

Legal! tendo por base a integridade física e moral, o respeito pela qualidade de vida, prevenindo situações ilegais de prática de obstinação terapêutica e de prática de distanásia.

Ética porque respeita o princípio da dignidade humana, da beneficência e da não maleficência

DECISÃO ÉTICA: REANIMAR OU NÃO REANIMAR

Homem de 35 anos com Acidente Vascular Cerebral isquémico há 3 anos. Apresenta vários défices cognitivos e motores. Dependente em elevado grau em diversas actividades de vida como a alimentação, eliminação, mobilização entre outras. Derivado dos seus diversos défices não consegue expressar a sua vontade. É habitualmente acompanhado pela esposa e pelos pais, que não dão orientações quanto à sua vontade, tem uma filha com 5 anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dificuldade respiratória e vomito, fica internado por pneumonia secundária a aspiração de conteúdo gástrico. Não existe um representante legal designado pelo tribunal ao utente. Durante o turno da noite, faz paragem respiratória e a equipa tem que decidir se inicia manobras de reanimação.

Enquadramento

Um dos principais objetivos dos serviços de saúde, é a cura da doença, no entanto quando esta não é possível e a morte se aproxima, o hospital está pouco preparado para cuidar da pessoa e da família em fim de vida. A incurabilidade é considerada como um fracasso.

Os avanços alcançados nas últimas décadas nos domínios da biomedicina e da tecnologia nos cuidados de saúde, permitiram que o curso do termo da vida se modificasse, a natureza deixou de constituir o único árbitro entre o viver e o morrer (Archer, Biscaia, Osswald & Renaud, 2001).

As pessoas morrem, nos dias de hoje, maioritariamente no hospital, (em Portugal cerca de 80,0% dos óbitos ocorrem nos hospitais). Este local é frio e altamente tecnicista, afastando a pessoa do contacto com os familiares e amigos (Serrão, 1998).

Enquadramento legal

Diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo nº 5 que “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) diz no seu artigo n.º 12 n.º1 que “Todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição”.

O artigo n.º 24 n.º1 da Constituição da República Portuguesa refere que “a vida humana é inviolável”. No artigo n.º 25º n.º 1, podemos ler que a “integridade moral e física das pessoas é inviolável” e no n.º 2 que “ninguém pode ser submetido a tortura, nem a trato ou penas cruéis, degradantes ou desumanos”.

No que respeita à proteção da saúde, o artigo 64º da CRP afirma que “Todos têm direito à protecção da saúde (...)”. Na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, base V, n.º 2, podemos ler que “Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.”

A base XIV, alínea c), da lei acima referida diz que todos os cidadãos têm direito a “ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito”.

Estamos perante uma situação, onde a prestação de cuidados não pode ser colocada em causa, tal como é indicada, quer pela CRP e por outra legislação estruturante, caso da Lei de Bases da Saúde. Os profissionais de saúde deverão garantir que não existem tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos. Estamos pois perante um dilema, onde apesar de a pessoa ter o direito de ser tratada, esse tratamento deverá efetuado de forma a respeitar a dignidade da pessoa, o seu estado de saúde atual e prognóstico.

O nº 1 do artigo 150º do Código Penal Português que fala sobre as intervenções e tratamento médico-cirúrgicos, diz que “As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.” Por sua vez o artigo 156º, do Código Penal Português, fala sobre as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários podemos ler no n.º1 “As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa”. No entanto o n.º2 do mesmo artigo verificámos que “O facto não é punível quando o consentimento:

a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou

b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado”.

Numa primeira fase a questão que se coloca no caso em estudo, está diretamente relacionada com a possibilidade de saber se os profissionais são conhecedores ou não da vontade do utente em concreto. Sabemos que ele não expressou a sua vontade quanto ao tipo de tratamento numa situação limite, como a que se apresenta. Sem mais informações, as intervenções poderiam ser suportadas pelos artigos 39º do Código Penal sobre o consentimento presumido, onde se pode ler no nº 1 que “Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido.”, e no número 2 “Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.” Também no mesmo sentido aponta o artigo n.º 340 do Código Civil, sobre o consentimento do lesado onde no seu número 1º se pode ler que “O acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão”, e no n.º 2 “tem-se por consentida a lesão, quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível”.

Temos então que apesar da pessoa não poder expressar a vontade, esta pode ser presumida e justificar as intervenções efetuadas àquela pessoa, ou seja, a realização das manobras de reanimação não se colocam em causa.

Na legislação específica dos enfermeiros, o código deontológico, incluso na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, aponta no seu artigo n.º 78º, n.º 1, para que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

É necessário aceitar a finitude do Ser Humano tendo consciência que quando não é possível curar, então o mais importante é não causar maior sofrimento (Pacheco & Neves, 2004).

Surge a **obstinação terapêutica**, considerada como a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem efeito comprovado para uma evolução positiva e melhoria dos utentes, em termos de sobrevivência ou de qualidade de vida. Neste sentido, é necessário avaliar o utente e toda a situação envolvente, para tomar uma decisão de recusa de um cumprimento de lei ou ordem, quando esta vai contra aos nossos valores éticos, morais, convicções e/ou crenças (Pacheco & Neves, 2004).

Abordando o tema da obstinação terapêutica estamos em simultâneo a abordar o tema da distanásia, que conduz ao prolongamento do processo de morrer. Eticamente esta atuação é condenável por ser considerada má prática profissional. Vai contra o princípio da beneficência e não-maleficência, pois causa maior prejuízo ao utente do que benefício. Não atua de acordo com o princípio da justiça, porque ao prolongar o processo de morrer e sofrimento, usa-se meios técnicos e humanos que poderiam ser usados noutro utente que deles necessitasse (Pacheco & Neves, 2004).

Respeito pela autonomia

Relacionada com a auto-determinação em tomar uma decisão acerca de si próprio e da actuação do outro em si.

Os vários autores da ética definem a autonomia como a capacidade de se ser autor da sua própria Lei, ou seja, segundo Queirós (2001), a autonomia consiste na capacidade de auto-legislação e na capacidade de decisão sem demissão dos condicionalismos extrínsecos.

Para Cabral expresso por Archer (1996), o **princípio da Autonomia** significa independência, ausência de imposições ou coações, limitações ou incapacidades que condicionem a Liberdade de Decisão.

O **respeito pela autonomia**, é o respeito do direito individual da pessoa, em relação as suas decisões, baseadas nos seus valores e crenças. Este respeito pela autonomia deve ser observado de acordo com o utente, mas em simultâneo do profissional de saúde, que pode expressar igualmente o seu direito à autodeterminação através da objecção de consciência. Neste sentido é fundamental no ato de cuidar que haja uma aliança mútua, essencial à relação terapêutica entre o profissional e o utente (Firmino, 2004).

O Consentimento

O consentimento pressupõe um ato de decisão voluntária, realizado pela pessoa humana capaz de deliberar após o esclarecimento através do fornecimento da informação e a compreensão da mesma.

O consentimento deve ter por base o respeito pelo princípio da autonomia e da liberdade de consentir, na ausência de coação física, psicológica, moral ou outras formas de manipulação.

Cabe ao profissional de saúde procurar a melhor forma para comunicar com o cliente, de forma a capacitá-lo para a tomada de decisão através do consentimento ou do dissentimento. A melhor forma para comunicar implica a utilização de linguagem simples e esclarecedora, as decisões tomadas perante informação falsa, incompleta ou perante comprometimento da compreensão, não podem ser consideradas decisões autónomas (Queirós, 2001).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), a prestação de qualquer cuidado de saúde só deve ser realizada quando a pessoa o permite através do seu consentimento livre esclarecido.

O consentimento implica as seguintes condições:

“1) O consentimento deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação ou coação externa ” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.212,)

Cabe ao profissional de Saúde avaliar a existência de fatores extrínsecos e intrínsecos que possam prejudicar a decisão.

“2) Deve ser baseada em informação correcta e que o utente compreenda.” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.212). É a informação fornecida pelo profissional da saúde que permite que a pessoa decida, por esse motivo a informação deve ser transmitida quando está criada uma relação de confiança, capaz de ultrapassar as barreiras culturais ou linguísticas. A validação da informação transmitida é fulcral para garantir que a informação foi corretamente compreendida, logo a tomada de decisão ocorre de forma esclarecida.

“3) O consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.212). Entende-se por pessoa competente para tomar decisões, o adulto com mais de 18 anos que não esteja interdito.

No caso do utente se encontrar em estado de incapacidade mental para consentir ou não um determinado procedimento, existem duas formas de conhecer a sua opinião do passado, através de um testamento vital ou por um representante legal. Aqui é fundamental a veracidade, outro aspecto relacionado com o respeito à pessoa e/ ou família, é essencial uma comunicação verdadeira e autentica. Temos que estar preparados que por vezes a verdade poderá trazer mais malefícios do que benefícios ao nível da estrutura psicológica, no entanto a pessoa ou família tem o direito de saber toda a verdade, para que a decisão seja assumida com dignidade (Firmino, 2004). Quando não é possível obter consentimento da pessoa ou do seu representante legal cabe ao profissional agir tendo em conta o melhor interesse do cliente respeitando os princípios de Beneficência e de não Maleficência (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

A decisão de ONR deve ser tomada em conjunto (profissional de saúde/utente e/ou família), analisando os benefícios e malefícios, se a pessoa não for capaz de exprimir a sua opinião, então o profissional de saúde deve tentar saber as suas vontades e, dentro dos conhecimentos científicos e da ética, respeitá-la.

Princípio da beneficência

O **princípio da beneficência** define-se como: Fazer o bem ao outro. O profissional de saúde deve atuar da melhor forma para o bem do utente, a encontrar o

que representa um benefício. Ou seja o enfermeiro age segundo o interesse do utente, não esquecendo que existem valores e princípios a respeitar e que compete ao próprio, se for capaz, de estabelecer e clarificar.

Em conjunto com o **princípio da não-maleficência** guiam a actuação dos enfermeiros no que toca ao cuidar da pessoa humana (Martins, 2004).

Princípio da não-maleficência

O princípio da não maleficência surge de mãos dadas com o princípio da Beneficência e na maioria dos casos devem ser ponderados em simultâneo.

O Princípio da não maleficência tem por base, o não fazer mal ao outro. Sendo que este mal é na Bioética entendido como dano físico ou mal corporal – dores, doença e até morte. Causar o mal a outro, não é de todo lícito, contudo existem situações em que a situação ilícita se pode tornar lícita havendo uma razão que o justifica. A problemática surge na avaliação das razões dos males que se podem causar a terceiros e na dicotomia entre “males” e “males menores”.

Não é só fazer o bem, é também evitar o mal. O profissional de saúde ao cuidar, não lhe deve causar mal, ou seja, não deve submeter aos utentes um sofrimento desproporcionado que conduz a poucos ou nenhuns benefícios (Martins, 2004).

Princípio da justiça

O direito à saúde, é dado como um aspecto fundamental dos direito Humanos (CNECV mencionado em Dias, 2004). Também mencionada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, assim como na Constituição da República Portuguesa, no ponto 1 do artº 64, que nos dá o direito à protecção da saúde e o dever de a promover e defender (Dias, 2004).

O acesso equitativo aos cuidados de saúde, que são escassos, o uso ponderado de todos os princípios desencadeia o bom uso deste princípio, uma vez que estão interligados na actuação da população em geral, beneficiando a pessoa em particular (Antunes, 1998). Assim nenhuma pessoa, no exercício da liberdade ética individual, pode ser excluída do sistema básico de saúde por escassez de recursos financeiros (Dias, 2004).

Na bioética o Princípio da Justiça concentra-se nas exigências da justiça distributiva, dando origem a problemas e decisões de difícil resolução. (Queirós, 2001)

Na conjuntura atual, com as limitações orçamentais na área da saúde este princípio carece cada vez mais de apreciação e ponderação, quando mais que nunca se sabe que será impossível dar tudo a todos, o que se pondera é que cuidados se devem prestar e a quem?

REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA (RCR)

O uso indiscriminado da RCR em todos os doentes que sofrem paragem respiratória e/ou cardíaca conduz a um novo dilema ético, a distanásia.

A distanásia tem como fim o prolongamento máximo da vida, consiste em atrasar o mais possível o momento da morte usando todos os meios. Os meios de que

dispõe são os mais recentes recursos tecnológicos aliados aos avanços na descoberta de tratamentos e medicação. A distansia e a sofisticação tecnológica andam de mãos dadas. Quanto mais sofisticada a tecnologia mais se consegue prolongar a agonia do doente e familiares, até à morte inevitável (Lima, 2006).

Reanimação aplicada a alguns doentes não traz benefícios, mas sim um arrastar do processo de morrer com maior sofrimento, pois “...durante o período de paragem cardiocirculatória se instalaram lesões cerebrais, por isquemia ou hipoxia, de importância variável, mas são estas lesões que vão ditar, o futuro do doente” (Faria, 1996, p. 369).

As ONR são prescrições médicas que indicam que não se deve efectuar reanimação a um doente que sofra uma paragem cardíaca ou respiratória. São usadas e eticamente legítimas, quando a reanimação não pode mudar o rumo de uma doença terminal ou irreversível, prevenindo assim sofrimento desnecessário (França et al., 2010).

Quando se toma a decisão ONR

As instruções de não reanimar numa situação de paragem cardíaca ou respiratória são justificadas nas seguintes circunstâncias:

1. Quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que o conduziu à paragem cardíaca;
2. Quando a paragem for o termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada;
3. Quando a qualidade de vida previsível após a reanimação for tal, que não é seguramente aceite pelo doente, diz Santos mencionando em França et al. (2010). Tomada de decisão é baseada em dados científicos que demonstrem o estado irreversível de uma doença.

A idade do doente

A morte pode ocorrer em qualquer fase do ciclo vital, no entanto é inesperada nos jovens e previsível e natural nas pessoas idosas (Pacheco, 2004). No entanto, se for jovem existe uma maior vigilância, pelos valores da nossa sociedade atual, onde se valoriza a beleza, a juventude, a força, naturalmente presente nos jovens (Frias, 2003).

A morte presente em jovens, ou adultos jovens, desencadeia nos profissionais de saúde sentimentos de injustiça, fracasso e tristeza ou cólera. Motivo pelo qual, as decisões de ONR podem ser influenciadas pela idade do doente. Quanto mais jovem maior parece haver dificuldade em tomar a decisão de ONR. No entanto, só têm valor quando baseadas em dados científicos concretos acompanhados da avaliação ética de cada situação específica, pois caso contrário correríamos o risco destas serem aplicadas anarquicamente, desrespeitando a dignidade do doente e em simultâneo dos profissionais de saúde que dele cuidam. Esta decisão deve então ser tomada mediante a situação clínica do doente, mas também perante o prognóstico da sua doença (França et al, 2010).

A decisão de não reanimar, deve ser tomada pelo médico assistente com a colaboração da equipa médica, equipa de enfermagem, o doente e sua família. A propósito, Araújo e Araújo defendem que a “decisão de não reanimar caberá sempre a

um médico qualificado pela carreira médica e pelos seus conhecimentos sobre o doente crítico após análise e discussão com outros membros” (França et al. citando Araújo e Araújo, 2010, p. 471)

A família pode mencionar-se à acerca dos desejos do doente, caso este se encontre inconsciente. Outro aspecto, são os enfermeiros que devem participar na tomada de decisão ONR, porque conheceram as vontades e desejos dos doentes, uma vez que passam 24 horas do dia, junto do doente, neste sentido, devem eticamente ser ouvidos, na tomada de decisão (França et al., 2010).

BIBLIOGRAFIA:

1. Antunes, A. (1998). Consentimento Informado. Porto: Porto Editora.
2. Archer, L., Biscaia J., Osswald, O. & Renaud, M. (2001). Novos Desafios à Bioética. Porto: Porto Editora.
3. Archer, L., Bisvaia, J. & Osswald, W. (1996) Bioética. 1ª ed. Lisboa: Editorial Verbo
4. Assembleia da Republica. (2005). Constituição da República Portuguesa. Consultado em 15 de Abril 2012 através de <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
5. Boletim normativo (2006). Normalização da Ordem para Não Ressuscitar. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, Entidade Pública Empresarial.
6. Código Civil Português. Consultado a 15 de Abril de 2011 através de <http://www.portolegal.com/CodigoCivil.html>
7. Código Penal Português. Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro. Diário da República 1.ª Série nº 170. Consultado a 15 de Abril de 2011 através de <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/17000/0618106258.PDF>
8. Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Diário da República, N.º 236 - I Série – (13/10/1978). Consultado em a 10 de Abril de 2012 através de http://www.cnpj.pt/preview_documentos.asp?r=2049&m=PDF
9. Dias, A. (2004). Justiça e Integridade. Desafios: Coimbra.
10. Faria, R. (1996). Estado Vegetativo Persistente e Reanimação. Lisboa: Verbo.
11. Firmino, F. (2004). Autonomia e Respeito. Para uma Ética da Enfermagem. Desafios: Coimbra.
12. França, Daniela et al. (2010). Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. Consultado em a 10 de Abril de 2012 através de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/577
13. Frias, C. (2003). A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um Desígnio do Enfermeiro em Formação. Loures: Lusociência.
14. Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº 195/90 - I Série A. Lisboa: Assembleia da República.
15. Lima, C. (2006). Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. “High Tech” medicine, excessive therapy and undignified death. Consultado em 19 de Abril de 2012 através de http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf
16. Martins, L. (2004). Beneficência e Não-Maleficência. Desafios: Coimbra: Gráfica de Coimbra.
17. Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
18. Ordem dos Enfermeiros (1998). REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Consultado em a 10 de Abril de 2012 através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>
19. Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico. Consultado em 21 de Fevereiro 2005 através de

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

20. Ordem dos Enfermeiros (2009). Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 21 de Abril 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf
21. Organização das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Consultado em 15 de Abril 2012 através de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>
22. Pacheco, S. & Neves, M. (2004). Para uma Ética da Enfermagem. Coimbra: Desafios.
23. Queirós, A. A. (2001). Ética e Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
24. Serrão, D. (1998). Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer. In: Serrão, D. & Nunes, R. Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora.

TRABALHO EFETUADO POR:

Celso Ribeiro
Isabel Cordeiro
Jorge Silva
Marta Pias
Sara Antunes

APÊNDICE 25: ARTIGO

Projeto de Qualidade e Segurança: Transporte inter-hospitalar de doente crítico

ANTUNES, Sara*; RUIVO, Alice**; POUÇOCHINHO, Suzel ***

Este artigo fala-nos de um estudo, realizado com recurso ao trabalho de projeto, em torno da identificação de um problema clínico em enfermagem médico-cirúrgica, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e, por fim, avaliação. A área temática centra-se nas transferências inter-hospitalares, realizadas num serviço de urgência, onde se detetou a necessidade da existência de um guia que sistematiza-se procedimentos, de modo a proporcionar qualidade e segurança na prestação de cuidados, ao doente transferido.

O uso desta metodologia contribuiu para a nossa aprendizagem de uma forma inovadora, com desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade, mobilizando todo o conhecimento prévio e refletindo neste novo contributo, criando um sentimento constante de busca na melhoria do nosso trabalho diário.

Palavras-chave: Guia de transporte; Metodologia de Projeto; Prestação de Cuidados; Qualidade e Segurança.

O estudo realizado foi no âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A metodologia utilizada foi, a de trabalho de projeto,... *baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência* (Ferrito, 2010, p.2). Sendo o principal objetivo, o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho, através da aprendizagem ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

ENFERMAGEM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DE

Enfermagem é uma profissão com responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade e destaca-se por ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades da sociedade (Watson, 2002).

Enfermagem de Urgência, desde o início sentiu uma maior necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de urgência e emergência, começando-se a investir em profissionais que atuavam neste setor. Como refere Benner, a competência dos cuidados de enfermagem necessita de programas de educação bem planificados (Pontes, 2008).

A atuação do enfermeiro de urgência/emergência, relacionada com os limites da sua intervenção e qualificação profissional, tendo como

* Estudante do 1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS e enfermeira no SU do CHBA, contacto de email: smiriamp@gmail.com;

** Professora Coordenadora da ESS/IPS e orientadora do projeto;

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e co-orientadora do trabalho

base o Regulamento do exercício profissional de Enfermagem (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros emite um enunciado com as seguintes orientações:

- *atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências,...*
- *garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte...*
- *assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente...*

(OE, 2007, p. 1-2)

TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), grupo responsável na promoção da boa prática no transporte do doente crítico, menciona que a existência de um guia de transporte de doentes críticos como documento, deve ser um requisito mínimo ao transporte de qualquer doente crítico, sendo primordial que cada instituição deva operacionalizar uma política formal de transporte, com responsabilidades identificadas, organização das equipas e formação específica (SPCI & OM, 2008).

O transporte deve ser refletido através do risco/benefício à pessoa, mas justifica-se a sua realização entre hospitais, pela necessidade de um nível assistencial superior ou por valências inexistentes na instituição (SPCI & OM, 2008).

Relativamente ao acompanhamento do doente o Código Deontológico alínea a) do Artigo nº 83 diz, que o enfermeiro deve *“co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”*.

TEORIA DE ENFERMAGEM ADOTADA

O crescimento de Enfermagem começa-se a movimentar no sentido de desenvolver um quadro de conhecimentos baseados numa teoria, pois fornece uma perspetiva sistemática de raciocínio, com pensamento crítico e tomada de decisões na prática de enfermagem (Alligood & Tomey, 2004). Quando falamos numa teoria que transmite o conhecimento da nossa prática clínica e dentro do contexto de transporte inter-hospitalar de doentes críticos, surge a teoria de Merle Mishel, Uncertainty in Illness Scale ou Teoria da Incerteza na doença (TID) (Alligood & Tomey, 2004). Desenvolvida para abordar a incerteza durante as fases de diagnóstico e tratamento, de uma doença aguda ou uma doença com uma evolução negativa (Liehr & Smith, 2008).

Mishel usou a TID, de modo adaptar respostas à situação de incerteza na doença. Apreciando a incerteza como uma oportunidade de readaptação, através de uma aprendizagem, ou seja, a pessoa vê a incerteza da sua doença, como uma nova vida com inúmeras probabilidades (Bailey & Stewart em Alligood & Tomey, 2004). Neste sentido o enfermeiro deverá perceber quais as certezas e incertezas da situação de doença na pessoa/família. Com base nesta apreciação, são prescritas estratégias de gestão sob a forma de intervenções de enfermagem.

No enfermeiro, quando este se depara com uma situação clínica no qual sente dificuldade, então surgem receios e inseguranças na prestação de cuidados. Durante a apreciação, que o enfermeiro faz, usa dois processos: a inferência e a ilusão. A inferência é construída através da disposição da

personalidade e a desenvoltura aprendida, onde o enfermeiro é capaz de deduzir o que pode ocorrer numa situação específica que transfere. A ilusão, através da crença construída a partir da incerteza, onde o enfermeiro pode criar uma realidade com aspetos favoráveis à aprendizagem. Através da apreciação a incerteza é interpretada ao enfermeiro, como perigo ou oportunidade, melhorando a sua prestação.

Ao melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa sujeita a transporte, pretendemos desenvolver, um sentimento de segurança e de certeza em relação a todo o processo de transferência inter-hospitalar. Ao melhorar a prestação de cuidados, o enfermeiro, passa a ser considerado, como uma **autoridade credível**, o que leva a um processo de coping positivo e esperançoso na recuperação clínica da pessoa.

O reconhecimento da incerteza, em urgência/emergência, pode mudar a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitem uma adaptação positiva à situação de doença inesperada.

METODOLOGIA DE PROJETO

Ao usarmos neste estudo, o trabalho de projeto, temos como principal objetivo, a resolução de problemas e aquisição de competências na resolução dos mesmos, através da ligação entre a teoria e a prática, uma vez, que o seu suporte é teórico e posteriormente colocado em prática (Ferrito, 2010).

Ao realizar o estudo num serviço Urgência (SU) Médico-Cirúrgico com carência de especialidades fundamentais na resolução de algumas patologias, o próprio hospital realizou

um relatório de contas, onde mostra um aumento significativo de transferências de doentes críticos para outras unidades hospitalares com maior diferenciação, perfazendo uma média diária de cinco transferências (CHBA, 2010). Segundo a Orientação técnica de Enfermagem Nº1/E/OT do hospital, também diz “... *todos os profissionais envolvidos estão obrigados a participar nas transferências de doentes para outros hospitais...*”, e com base no Código Deontológico (artigo 83^a), onde fala do direito ao cuidado e ao dever de assegurar a continuidade dos cuidados; todos os enfermeiros desta instituição estão sujeitos a efetuar estes acompanhamentos.

Diagnóstico de situação

Esta fase, visa a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende trabalhar e mudar (Ferrito, 2010). Neste sentido foi feita uma análise das necessidades existentes no serviço, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, de forma a solucionar o problema identificado por todos.

Foi aplicado um questionário misto, com o intuito de conhecer a opinião da equipa de enfermagem acerca desta problemática, pois este leva-nos à tradução de objetivos do estudo possíveis de criar variáveis mensuráveis, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de forma que as informações procuradas possam se colhidas de forma rigorosa e sem enviesamento (Fortin, 2003). Pretendemos, conhecer a opinião da equipa de enfermagem acerca desta problemática, pela constante abordagem verbal de dúvidas, nas transferências de doentes críticos.

Aplicamos um questionário com 16 perguntas, das quais 4 são de resposta aberta, conseguindo dividir por categorias, após tratamento dos dados. Numa população alvo de 71 enfermeiros, apenas 58 prestam cuidados a doentes críticos transferidos para outras unidades hospitalares: desta amostra, obtivemos 54 questionários, porque os restantes quatro enfermeiros, encontravam-se ausentes do serviço. Na análise realizada, cerca de 89% não tiveram integração na equipa de transferências e 81% referem que sentiram dificuldade na preparação do doente crítico a transferir. Na questão colocada “...se se sente seguro?”, cerca de 54% responderam que não. Por fim, se “Pensa que a criação de um guia de apoio de transferências inter-hospitalares a doentes críticos seria pertinente?”

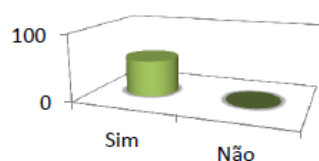


Gráfico 1: Pertinência da criação de um guia de apoio

Os principais resultados, que podemos retirar da análise deste instrumento, são: a equipa demonstrou dificuldades desde a preparação e efetivação do transporte; refere falta de conhecimento no apoio logístico, no foro clínico e sem formação específica. Sentem necessidade da existência de suporte de apoio que seja uma referência ao esclarecimento de dúvidas. Realizamos também uma ferramenta de gestão, a Análise SWOT.

É utilizada em análise estratégica, onde se expõem os pontos fracos e fortes de uma organização, enquadrada pelo meio envolvente, com as suas

oportunidades e ameaças (Santos, 2007). Na análise do cenário em estudo comprovou-se que existem mais oportunidades e pontos fortes, do que ameaças e pontos fracos, que nos levam a investir nesta temática.

Objetivos do Projeto

A formulação de objetivos deverá ser precisa, sem ambiguidades e deverá partir do conhecimento da realidade.

OBJETIVO GERAL: Melhorar os cuidados prestados ao doente crítico que é transferido para outra unidade hospitalar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar um guia de atuação estruturado e sequencial, através da criação de chek lists, no transporte de doente crítico;
2. Divulgar o guia através de ações de formação sobre o transporte de doente crítico;
3. Implementar o guia de transporte inter-hospitalar de doente crítico, após validação.

Planeamento do Projeto

Esta é a terceira fase deste projeto, com a planificação do esboço do projeto, com o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do trabalho. São definidas as atividades propostas à realização dos objetivos; quais os diferentes elementos do grupo envolvidos, com o uso das capacidades individuais de cada membro; definir os métodos de pesquisa e técnicas usadas e realizar um cronograma de orientação (Ferrito referenciando Hungler et al, 2010).

Execução e Avaliação

Na fase de execução, materializa-se a realização, colocando em prática tudo

o que foi previamente planeado (Ferrito, 2010). E, por fim a fase de avaliação, através da aplicação de instrumentos de avaliação, que vão ser abordados no fim da exposição dos objetivos específicos. Em todos os objetivos específicos são delineadas as atividades executadas para cada um deles, quais os recursos humanos e materiais utilizados, assim como os indicadores de avaliação.

1º OBJETIVO ESPECÍFICO: *Elaborar um guia de atuação estruturado e sequencial, através da criação de chek lists, no transporte de doente crítico.*

Para concretizar este objetivo, as atividades desenvolvidas foram:

- Feita pesquisa bibliográfica sobre a temática: recomendações da SPCI, com o Guia de Transporte do Doente Crítico em 2008; Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes, Grupo de Trabalho Urgências dos Hospitais SA; Abordagem clínica do doente crítico através das guideniles de Suporte Avançado / Imediato de Vida, Advanced Trauma Life Support e Fundamentals of Critical Care Support, e por fim, as recomendações da Ordem dos Enfermeiros Portugueses;
- 2. Criação de um protótipo de guia de atuação ao transporte inter-hospitalar do doente crítico e divulgado aos peritos, dentro do prazo estipulado: protótipo ligeiramente alterado, com as indicações/sugestões dadas pelos peritos e pelos serviços institucionais, como a comissão de controlo de infeção (CCI) e central dos transportes. Realizado um guia, com os seguintes temas: Aspetos éticos/legais do transporte de doente crítico; etapas do transporte; fisiopatologia do transporte; material de transporte;

mobilização e imobilização; ventilação mecânica no transporte; farmacologia no transporte; incidentes, acidentes e problemas potenciais; transporte do doente crítico infetado/colonizado; procedimentos especiais; SAV durante o transporte e chek lists.

2º OBJETIVO ESPECÍFICO: *Divulgar o guia através de ações de formação sobre o transporte de doente crítico.*

Para concretizar este objetivo, as atividades desenvolvidas foram:

1. Pesquisa bibliográfica sobre a forma de divulgação, através de livros e artigos de formação.
2. Marcada a sessão de formação sobre a temática, através da disponibilidade do serviço, da responsável pela formação e da escala de ocupação do auditório do hospital. Propagada através de um cartaz de divulgação exposto no serviço
3. Divulgação do guia através de apenas uma sessão de formação em serviço, com duração de 2 horas. Usado o método expositivo, definido como aquele que o formador desenvolve oralmente o assunto, dando todo o conteúdo, a estruturação e o resultado. Pode ser considerado um método massudo, mas depende do formador, para que consiga despertar o interesse dos formados, com vista a obter bons resultados (Mão de Ferro, 1992). Colocado a informação de toda a formação em plano de sessão, pois facilita na preparação prévia de cada assunto a ser exposto, salienta pontos-chaves e proporciona interesse a quem vai ouvir (Mão de Ferro, 1993).
4. Feita a avaliação da sessão de formação, por questionário. Toda a formação no geral teve uma avaliação muito boa, exceto o fator relacionado com a duração da sessão, onde obteve

uma avaliação de Bom, colocou-se a hipótese de dividir por duas sessões, que ocorrerá posteriormente.

3º OBJETIVO ESPECÍFICO: *Implementar o guia final de transporte inter-hospitalar de doente crítico.*

Para concretizar este objetivo as atividades desenvolvidas foram:

1. Após divulgação do protótipo, feita recolha e alteração das sugestões. Colocado para aprovação das chefias e professora, e por fim disponibilizado o guia final.

Para concretização deste guia, os indicadores de avaliação das atividades delineadas foram: colocação das check lists e do guia na sala de reanimação e delineado com a equipa, um cumprimento em 90%, do preenchimento correto e execução de todos os passos efetivos, na transferências inter-hospitalares de doentes críticos, a ser avaliado, nos próximos 6 meses.

Os recursos humanos usados foram: os enfermeiros do SU, a Enfª responsável do serviço e supervisor, a Enfª orientadora e professora, a equipa de transferências, responsável pela formação, Concelho de Administração, elo de ligação à CCI e central de transporte. Os recursos materiais usados foram: material de apoio informático, computador e retroprojektor; slides aprovados; questionário de avaliação da sessão de formação; esferográficas disponíveis; auditório do hospital; disponibilidade em plano da formação anual do serviço; papel para fotocópias e dossier, para colocação do guia e das chek lists.

CONCLUSÃO

A pesquisa bibliográfica foi uma constante ao longo do projeto, permitindo a sua contextualização e enquadramento teórico. O trabalho de projeto, contribuiu para uma aprendizagem de uma forma inovadora, pois passamos a ser “personagens” ativas, dinâmicas na construção de todo o processo de conhecimento.

Pensamos ter atingido o nosso objetivo geral, de normalizar e sistematizar a atuação na preparação e efetivação do transporte de doente crítico com qualidade e segurança, através da utilização das diferentes fases da metodologia usada. No documento construído, foram criados vários capítulos, com temas pertinentes aos recursos materiais e humanos existentes, para uma prestação de cuidados seguros. Também, foram criadas check lists, com o objetivo de prevenir incidentes, atuando na promoção de bem-estar, segurança e gestão do risco, ou seja, promove um ambiente seguro, quer no momento de preparação, da efetivação, do material a utilizar, dos fármacos a levar e da importância da participação da família.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alligood, M., & Tomey, A. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra- Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed.). Loures: Lusociência
2. Ferrito, Cândida. (Janeiro/ Março de 2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. 15, pp. 2-37. Publicações da área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Revista Percursos. Setúbal
3. Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
4. Ordem dos Enfermeiros (1998). Código Deontológico. Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, Inserido no Estatuto da OE, Lisboa.
5. Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Lisboa
6. Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar:

- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.
7. Ordem dos Enfermeiros. (Abril de 2007). Procedimentos sobre Acompanhamento de doentes em situação emergente. Revista da Ordem dos Enfermeiros (nº25), p. 18-19
 8. Regulamento Interno do CHBA. (2010). Orientação técnica de Enfermagem Nº1/E/OT. Portimão.
 9. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Manual do Curso de Transporte do Doente crítico (Terceira Edição ed.). (SPCI, Ed.)
 10. Watson, J. (2002). Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da Enfermagem. Loures: Lusociência.
 11. CHBA. (2010). Relatório de contas de 2009. Portimão: CHBA. Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0D49F06C-0A49-425F-A795-2F0C2DE16737/20996/CHBA_Relatorio_e_Con-tas_20091.pdf
 12. Nogueira, V., Marin, H., Cunha, I. (Volume 3 de 2004). Transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos: A elaboração de um website e de um protocolo de condutas. (C. Saúde, Ed.) Obtido em 10 de Outubro de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/929/92900312.pdf>
 13. Pontes, B. (2008). Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos SU da RAM. Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar Região Autónoma da Madeira. Universidade Atlântica – Colégio de Pós-Graduações, Funchal. 74 pp. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de <http://www.citma.pt/Uploads/Bela%20Maria%20Encarna%C3%A7%C3%A3o.pdf>
 14. Santos, M. (2007). TEXTO DE APOIO: A Análise SWOT e a selecção de Prioridades. Évora: Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia "Augusto da Silva".
 15. Mão de Ferro, A. (1992). Método expositivo. (IEFP, nº 11). Lisboa: Colecção Formar Pedagogicamente.
 16. Mão de Ferro, A. (1993). Métodos e Técnicas Pedagógicas. (IEFP, nº23). Lisboa: *Colecção Formar Pedagogicamente*