

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

A Pessoa Adulta Vítima de Paragem
Cardiorrespiratória:
Intervenções Especializadas de Enfermagem

Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

A Pessoa Adulta Vítima de Paragem
Cardiorrespiratória:
Intervenções Especializadas de Enfermagem

Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria

Orientador: Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Ao meu filho Francisco e à
minha esposa Inês, por tudo.

“Porém, seja o que for:
Mude-se, por meu dano, a Natureza;
Perca a inconstância Amor;
A Fortuna inconstante ache firmeza;
E tudo se conjure contra mi,
Mas eu firme estarei no que empreendi.”

Ode, de Luís Vaz de Camões

AGRADECIMENTOS

No decurso deste caminho de desenvolvimento pessoal e profissional, muitos foram os que contribuíram para o sucesso. Quero aqui expressar o meu profundo agradecimento a todos eles:

À Professora Anabela Mendes pela orientação, disponibilidade, conselhos, rigor e exigência. Obrigado por cruzar o meu percurso profissional e me apoiar desde sempre, com a sua energia positiva característica, neste processo de “transição” que empreendi.

À Professora Cândida Durão, pela orientação e conselhos. Obrigado por me ajudar a “crescer” e “amadurecer” em vários aspetos.

Ao Enfermeiro Paulo Baltazar, pela orientação, ensinamentos, disponibilidade, apoio e amizade, sempre toldados de uma perspicácia e exercício de reflexão de profundidade “mitocondrial”.

À Enfermeira Iolanda Bernardino, pela sua orientação, profissionalismo, partilha de conhecimentos, acolhimento e promoção da integração na equipa.

À Enfermeira Irina Silva e Enfermeira Vera Magarreiro, pela amizade, apoio, forma como me acolheram e participaram na minha integração no ambiente de cuidados. À Enfermeira Susana Leal pelo apoio, amizade e colaboração.

Ao Enfermeiro Paulo Barreiros, pela disponibilidade e prontidão em possibilitar a passagem por um contexto de cuidados em meio pré-hospitalar.

À Enfermeira Andreia Costa, pela orientação, ensinamentos, amizade, compreensão e promoção do sucesso do meu estágio.

À Enfermeira Joana Valente, pela amizade, apoio e forma como promoveu o meu acolhimento na equipa de cuidados.

A todos os restantes elementos da equipa multidisciplinar dos contextos de estágio, a extensão dos meus agradecimentos.

Aos colegas e amigos do CMEPSC, com os quais partilhei experiências e conheci outras realidades de cuidados.

À minha mãe Cremilde, ao meu pai Rui e ao meu irmão Telmo, que sempre me apoiaram e sempre acreditaram no meu sucesso, mesmo em alturas em que a minha capacidade de resiliência era abalada.

Aos meus sogros pela compreensão e por sempre se mostrarem disponíveis para que tivesse alguns momentos de “sossego”, de forma a ser capaz de desenvolver trabalho.

À minha esposa Inês, por me sempre apoiares, por fazeres parte de mim, por seres o meu “grilo da consciência”, por me aguentares e pela magnífica mulher e mãe que és.

Ao meu filho Francisco por seres tudo para mim, por me ajudares a simplificar os problemas. Sempre foste e serás a minha fonte inesgotável de força e motivação.

RESUMO

A assistência às vítimas de paragem cardiorrespiratória requiere uma elevada *pool* de competências especializadas e uma capacidade de trabalho em equipa, que vão além da individual formação profissional específica na área, não se restringindo apenas ao momento de paragem. Na maioria dos casos, a paragem cardiorrespiratória pode significar o final do ciclo de vida, podendo noutros, representar um processo crítico de transição saúde – doença. Em ambos os caminhos, o enfermeiro tem um papel preponderante, não só dirigido à vítima, como também aos seus familiares. Quanto mais especializados forem os cuidados de enfermagem, melhores resultados podem ser esperados em termos de promoção de qualidade de vida pós recuperação da circulação espontânea ou em aumento da probabilidade de sobrevivência.

Este relatório tem como finalidade revelar o percurso realizado, na intenção de desenvolver competências no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este percurso formativo teve como objetivos: 1) Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa adulta vítima de paragem cardiorrespiratória; 2) Desenvolver uma perspetiva especializada destas vítimas com recurso à linguagem específica da disciplina de Enfermagem; 3) Contribuir para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados à pessoa adulta vítima de paragem cardiorrespiratória em diferentes contextos de cuidados.

Com vista à consecução dos objetivos e com base na experiência de cuidados em urgência, o período de estágio incluiu no seu planeamento a passagem por dois contextos diferentes de cuidados intensivos, tendo surgido posteriormente, a inclusão de um contexto pré-hospitalar. Ao longo deste período, foi-se consolidando o perfil de conhecimentos e competências, tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, e as competências do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

Palavra-chave: Cuidados especializados; paragem cardiorrespiratória; enfermagem; pessoa em situação crítica

ABSTRACT

Assistance to victims of cardio respiratory arrest requiring a high pool of expertise and ability to work in teams, which go beyond individual specific training in the area, not restricted to the time of arrest. In most cases, cardiac arrest may mean the end of their life cycle, and other, represent a critical transition health - disease process. In both ways, the nurse has an important role, not only directed to the victim, as well as their families. The more specialized are nursing care, better results can be expected in terms of promoting quality of life after recovery of spontaneous circulation or increased likelihood of survival.

This report aims to reveal the route taken, intending to develop skills in the Master's Course in Nursing Person in Critical Situation. This training course aimed to: 1) Develop expertise nursing the person adult victim of cardiac arrest; 2) Develop a specialized perspective of the victims using the specific language of the nursing discipline; 3) contribute to the development of quality care to the person adult victim of cardiac arrest in different contexts of care.

In order to meet the objectives and based on the urgency of care experience, the probationary period included in its planning the passage of two different contexts of intensive care, having emerged later, including a pre-hospital setting. Throughout this period, it was to consolidate the knowledge and skills profile, taking into account the common and specific competencies Nurse Specialist Person in Critical Situation, and the Nursing Master's competencies in the area of specialization Person in Critical Situation

Keyword's: specialised care; cardiac arrest; nursing; person in critical situation.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

Siglas

AHA – *American Heart Association*

ERC – *European Resuscitation Council*

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

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

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

GTA – Gestão de Temperatura Alvo

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

HSJ – Hospital de São José

MCDT's – Meios complementares de diagnóstico e tratamento

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PHTLS – *PreHospital Trauma Life Support*

PNS – Plano Nacional de Saúde

RCE – Recuperação da circulação Espontânea

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SBV – Suporte Básico de Vida

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Acrónimos

APACHE – *Acute Physiologic And Chronic Health Evaluation*

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ILCOR – *International Liaison Committee on Resuscitation*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

SAPS – *Simplified Acute Physiologic Score*

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Abreviaturas

Enf.^o – Enfermeiro

N^o – Número

Prof.^a – Professora

Sra. – Senhora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1 – PESSOA ADULTA VÍTIMA DE PCR	23
2 – PERSPETIVA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM	33
3 – CONTEXTOS DE IDONEIDADE FORMATIVA	39
4 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	47
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6 – BIBLIOGRAFIA	65

ANEXOS

ANEXO I: AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO UCI A	
ANEXO II: AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO UCI B	
ANEXO III: ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR	
ANEXO IV: ARTIGO SOBRE ESCALA TISS 28	
ANEXO V: SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE ALERTA PRECOCE NEWS	
ANEXO VI: EXEMPLO DE UM PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR	
ANEXO VII: EXEMPLO DE UM SISTEMA DE ARREFECIMENTO CORPORAL PARA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR	
ANEXO VIII: EXEMPLO DE UM PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA DE UM CENTRO HOSPITALAR	
ANEXO IX: EXEMPLO DE UM SISTEMA DE ARREFECIMENTO CORPORAL PARA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM CONTEXTO HOSPITALAR	
ANEXO X: COMPROVATIVO DE EXECUÇÃO DO PROJETO “FAMÍLIA EM SEGURANÇA” NO CHS	
ANEXO XI: POSTER DE DIVULGAÇÃO DAS SES DO PROJETO “FAMÍLIA EM SEGURANÇA”	
ANEXO XII: CERTIFICADO PRESENÇA NAS 2ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DO CHS	
ANEXO XII: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO 3º EEEMC	
ANEXO XIV: POSTER DE DIVULGAÇÃO DO EVENTO DA DGPC	
ANEXO XV: COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO COMO PALESTRANTE NO EVENTO DA DGPC	
ANEXO XVI: PROGRAMA DO EVENTO DA DGPC	

ANEXO XVII: RECOMENDAÇÕES DO USO DE DISPOSITIVOS MECÂNICOS DE COMPRESSÃO TORÁCICA

ANEXO XVIII: ARTIGO SOBRE COMUNICAÇÃO COM O DOENTE EM ESTADO CRÍTICO

APÊNDICES

APÊNDICE I: CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

APÊNDICE II: OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CAMPO DE ESTÁGIO UCI A

APÊNDICE III: OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CAMPO DE ESTÁGIO UCI B

APÊNDICE IV: FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DAS SES DO PROJETO “FAMÍLIA EM SEGURANÇA”

APÊNDICE V: RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE PROJETO “FAMÍLIA EM SEGURANÇA” DAS 2ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DO CHS

APÊNDICE VI: SLIDES DAS SES DO PROJETO “FAMÍLIA SEGURA”: O EMPOWERMENT DO CIDADÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

APÊNDICE VII: FOTOS DE UMA SES E DIVULGAÇÃO MEDIÁTICA NUM PROGRAMA DA TV

APÊNDICE VIII: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NA VMER

APÊNDICE IX: INSTRUÇÃO DE TRABALHO SOBRE COLHEITA DE HEMOCULTURAS

APÊNDICE X: INSTRUÇÃO DE TRABALHO SOBRE COLHEITA DE EXPETORAÇÃO PARA EXAME MICROBIOLÓGICO

APÊNDICE XI: RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE EEEMC/PSC COMPETÊNCIA ESPECÍFICA - GESTÃO DA EQUIPA EM CONTEXTOS DE PCR DO LIVRO DE RESUMOS DO 3º EEEMC

APÊNDICE XII: SLIDES DA COMUNICAÇÃO LIVRE EEEMC/PSC COMPETÊNCIA ESPECÍFICA: GESTÃO DA EQUIPA EM CONTEXTOS DE PCR

APÊNDICE XIII: RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE INTERVENÇÃO (IN)VISÍVEL DO ENFERMEIRO À PESSOA VÍTIMA DE PCR DO LIVRO DE RESUMOS DO 3º EEEMC

APÊNDICE XIV: RESUMO DO POSTER A PESSOA VÍTIMA DE PCR: CONSTRUÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DO LIVRO DE RESUMOS DO 3º EEEMC

APÊNDICE XV: POSTER “A PESSOA VÍTIMA DE PCR: CONSTRUÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM”

APÊNDICE XVI: SLIDES APRESENTADOS NA PALESTRA DO EVENTO DA DGPC

APÊNDICE XVII: PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO: CAPNOGRAFIA EM SAV

APÊNDICE XVIII: DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO CAPNOGRAFIA EM SAV

APÊNDICE XIX: SLIDES DA FORMAÇÃO CAPNOGRAFIA EM SAV

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA	25
FIGURA 2 -PERSPETIVA DE SOBREVIVÊNCIA DE UMA VÍTIMA DE PCR EM CONTEXTO NACIONAL.	28
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA ADULTA VÍTIMA DE PCR.....	35
FIGURA 4 - IDENTIFICAÇÃO DAS ÁREAS DE DESENVOLVIMENTO SUMARIZADAS PARA O PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	44

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular – Estágio com Relatório, integrada no 3º semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tendo como finalidade evidenciar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas em enfermagem, relativamente à pessoa em situação crítica. Neste relatório, será dado o enfoque à pessoa adulta vítima de paragem cardiorrespiratória. Posteriormente à entrega do relatório será realizada a discussão pública do mesmo, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. Na sequência da concretização destes pressupostos, serão empreendidas as ações necessárias ao reconhecimento do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente Pessoa em Situação Crítica).

O processo de ensino-aprendizagem subjacente ao estágio, emerge dos pressupostos preconizados pelo Processo de Bolonha¹, tendo sido estruturado com base num método de ensino tutorial, onde o estudante tem um caráter ativo e preponderante no rumo do desenvolvimento e aquisição de competências e conhecimentos. Neste formato de ensino, o nível de trabalho desenvolvido pelo estudante resulta da apreciação do percurso de desenvolvimento de competências, sendo esta traduzida em créditos (ECTS²) (Ruivo, Nunes, Ferrito, & Cle, 2010).

O percurso de estágio realizado constituiu a fase de implementação/execução do projeto de desenvolvimento de competências elaborado e entregue no 2º semestre do CMEPSC. Na sua conceção foram tidos em conta os seguintes elementos:

- Os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Direção-Geral do Ensino Superior, 2014);
- Os objetivos e competências do CMEPSC (ESEL, 2010);

¹ Consultado em:

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

² *European Credit Transfer System*

- As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a);

- As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Como tema de desenvolvimento subjacente ao processo de construção do perfil de conhecimentos e competências, optei por me centrar nos cuidados especializados de enfermagem à pessoa adulta vítima de paragem cardiorrespiratória (PCR). A escolha do tema, teve por base a noção de que a pessoa adulta vítima de PCR tem uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade associada, assim como um impacto profundo, multidimensional e muitas vezes negativo, nos familiares e/ou pessoas significativas (European Resuscitation Council, 2010, 2015; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011).

Sendo estatisticamente mais frequente a PCR na pessoa adulta que na criança (European Resuscitation Council, 2010, 2015; Huikuri, 2011) e suportado pelo facto de a minha experiência profissional se inserir num contexto de urgência e emergência à pessoa adulta (Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal), o planeamento do estágio teve em conta a secção da população com idade superior a 18 anos³ e a necessidade de desenvolver a experiência profissional em ambiente de cuidados intensivos.

De forma a atingir com sucesso a finalidade da unidade curricular, elegi dois ambientes de cuidados intensivos (uma unidade polivalente e outra unidade médico-cirúrgica) como locais de aprendizagem preferenciais para o estágio, que contemplam âmbitos terapêuticos que estão na vanguarda da abordagem à pessoa adulta vítima de PCR (tais como a Gestão de Temperatura Alvo⁴) e que estão sediadas numa grande metrópole (tal como Lisboa, devido à probabilidade casuística de contato com a situação de cuidados pretendida). Esta decisão foi reforçada pelo facto de querer desenvolver uma capacidade de reflexão “descontaminada” de contextos de trabalho familiares e também por sentir necessidade de conhecer e acompanhar os cuidados especializados à pessoa

³ Idade a partir do qual a pessoa se torna legalmente adulta em Portugal: http://www.dgpj.mj.pt/DGPJ/sections/leis-da-justica/pdf-leis2/dl-496-1977/downloadFile/file/DL_496_1977.pdf?nocache=1182361322.47

⁴ Termo atualizado segundo as *guidelines* do ERC de 2015, consultadas em <http://www.cprguidelines.eu/>

adulta vítima de PCR após o retorno de circulação espontânea (RCE), que na sua maioria das vezes, é transferida de imediato do SU para uma unidade de cuidados intensivos (UCI) e sobre a qual perco rapidamente o contato.

Além destes contextos de cuidados, foi-me ainda concedida a oportunidade de experienciar um terceiro contexto de cuidados à pessoa vítima de PCR – ambiente pré-hospitalar, que se desenrolou numa viatura médica de emergência e reanimação (VMER) e que permitiu recolher contributos para consubstanciar o perfil de competências pretendido.

No que reporta à estrutura, os dois primeiros capítulos deste relatório são dedicados ao aprofundamento do estudo sobre a pessoa adulta vítima de PCR, de um ponto de vista lato do conhecimento no primeiro e sob uma perspetiva da disciplina de Enfermagem, no segundo. No terceiro capítulo, particularizo a pertinência da escolha dos campos de estágio, com apresentação de algumas características organizacionais. Após expor os contextos formativos, segue-se o quarto capítulo, no qual escorto de forma sistematizada, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas. Finalizo este trabalho com um capítulo dedicado à apreciação global do estágio e respetivo desenvolvimento proporcionado.

1 – PESSOA ADULTA VÍTIMA DE PCR

A morte é uma das maiores certezas da vida de uma pessoa, senão verdadeiramente a única. No entanto em determinadas situações é possível contrariar este processo através de intervenções denominadas de reanimação cardiorrespiratória (RCE).

“Ninguém deveria morrer antes do seu tempo” é uma das célebres frases do apelidado “pai” da reanimação cardiorrespiratória contemporânea, Peter Safar (Acierno & Worrell, 2007).

O desenvolvimento do conhecimento científico em torno da capacidade de reanimação do ser humano e o avanço da tecnologia disponível nos dias que correm, tem permitido aumentar a probabilidade de sobrevivência das pessoas vítimas de paragem cardiorrespiratória (PCR), assim como melhorar a condição de vida a todos aqueles que sobrevivem a estes eventos.

Inúmeras são as causas que podem levar a uma situação de PCR. Segundo o *European Resuscitation Council* (2015), em latentes e crianças, grande parte das situações de PCR devem-se à privação de oxigénio originada pela obstrução das vias respiratórias, enquanto nos adultos são as doenças do aparelho circulatório (sistema cardiovascular), mais especificamente a doença cardíaca isquémica, a principal causa de PCR (ERC, 2010). Proporcionalmente, estas situações ocorrem mais frequentemente em adultos que em crianças e a probabilidade de uma pessoa vivenciar uma PCR aumenta gradualmente com o avançar da idade, com a prática de hábitos de vida não salutares e com o surgimento de doenças crónicas (Kaji, Hanif, & Niemann, 2010; van de Glind et al., 2013).

No que respeita ao género, não existe uma tendência evidente, no entanto na Europa, o género masculino parece estar mais propenso ao desenvolvimento doenças cardiovasculares isquémicas. A doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo, sendo que na Europa a doença cardiovascular é responsável por aproximadamente 40% de todas as mortes em pessoas com menos de 75 anos (ERC, 2010, 2015). Ainda segundo o mesmo autor, nos adultos, mais de 60% das mortes com origem numa doença cardíaca isquémica, ocorreram por PCR súbita.

À parte do impacto direto da PCR na vida de uma pessoa e daqueles que o rodeiam, esta evidência epidemiológica leva-me a suspeitar que todo o tecido socioeconómico é consideravelmente afetado por situações de PCR.

De acordo com a literatura consultada, em todo o mundo, a taxa de sobrevivência até à alta hospitalar das pessoas vítimas de PCR em meio pré-hospitalar ronda os 10%. No que diz respeito às pessoas que sofrem uma PCR em meio intra-hospitalar, esta percentagem sobe ligeiramente até cerca de 13% (Adrie et al., 2006; Kaji et al., 2010; van de Glind et al., 2013).

Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório continuam a ser a maior causa de morte “natural”, representando cerca de 30%⁵. Com base na mesma fonte, constata-se que a esperança média de vida de um português ronda os 80 anos de idade e que a população tem um índice de envelhecimento cada vez mais alto⁶. Assim sendo, deduzo que em Portugal, a probabilidade diária de ocorrência de uma PCR num adulto, é elevada, pelo que se justifica a pertinência de políticas de saúde centradas na sua prevenção e abordagem (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Tendo por base o valor inestimável da vida de uma pessoa, os princípios éticos e deontológicos dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros⁷, os conhecimentos na área da saúde têm vindo a desenvolver-se no sentido de manter, melhorar e recuperar a saúde de um indivíduo, ao longo do seu ciclo de vida. Associado a este princípio é natural que cada pessoa aspire a uma maior longevidade e a um desejo de evitar a morte o mais possível. Num dos ramos deste conhecimento surge a reanimação cardiorrespiratória, que consiste num conjunto de intervenções com a finalidade de impedir a morte iminente, em situações de falência orgânica, por causas potencialmente reversíveis.

A estrutura de abordagem da pessoa vítima de PCR tal como o conhecemos hoje, surgiu e desenvolveu-se a partir do conceito “ABC’s of Cardiopulmonary Resuscitation” que Peter Safar apresentou em 1960 (Acierno

⁵ Segundo dados online da entidade PORDATA, através de <http://www.pordata.pt/>

⁶ Segundo dados online da entidade PORDATA, através de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>

⁷ Com base no REPE e estatuto, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

& Worrell, 2007). O desenvolvimento da abordagem à pessoa vítima de PCR tem sido realizado através de inúmeros estudos ao longo dos anos. Atualmente, 5 em 5 anos, o ILCOR⁸ reúne num fórum, as principais entidades idóneas na reanimação e peritos de todo o mundo atualizam conhecimentos, comparam os resultados de estudos científicos, cruzam perspectivas e estruturam recomendações. Estas recomendações são expressas como *guidelines* (linhas orientadoras) do processo de RCP, cuja finalidade consiste em aumentar a probabilidade de sobrevivência a eventos súbitos de falência orgânica de uma pessoa, numa doutrina de ação com vista à diminuição da morbilidade associada.

Consensualmente, para que exista uma grande probabilidade de se salvar uma vida, é necessário que um conjunto de acontecimentos sucessivos estejam bem “engrenados”. A esse processo denomina-se de Cadeia de Sobrevivência⁹. De forma genérica, a Cadeia de Sobrevivência resume as ações que relacionam uma vítima de PCR com a sua probabilidade de sobrevivência, pressupondo a articulação entre acontecimentos-chave, denominados de “elos”, que devem acontecer sequencialmente, para garantir o maior sucesso possível da reanimação. Estes quatro elos são: O reconhecimento e alerta; o Suporte Básico de Vida; a Desfibrilhação precoce; SAV precoce e Cuidados Pós-Reanimação. Consoante os autores, podemos encontrar ilustrações com 4 ou 5 elos. A nível europeu, o conceito apresenta-se ilustrado pelo ERC com 4 elos (fig.1), sendo que o último engloba o SAV precoce e os Cuidados Pós-Reanimação.

Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência



Fonte: Página 17 das *Guidelines* do ERC de 2010, versão traduzida para português¹⁰

⁸ Consultado em: <http://www.ilcor.org/about-ilcor/about-ilcor/>

⁹ Conceito introduzido em 1989 por Mary Newman, em 1990 foi adotado e desenvolvido pela AHA e disseminado pelo ILCOR a partir de 1997.

¹⁰ Consultado no em http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27844

Tal como se pode observar na figura anterior, o primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco ou efetivação de PCR e a importância de pedir ajuda o mais cedo possível, através do número europeu de emergência - 112. Este número é a base de ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) nos países da União Europeia (INEM, 2011; Mateus, 2007). Neste primeiro elo, embora seja positivo que a maioria da população tenha conhecimento da sua existência e saiba que funciona 24 horas por dia e 7 dias por semana, muitos são os problemas associados que diminuem a sua eficiência e que, indiretamente podem atrasar o socorro à pessoa vítima de PCR. Exemplos disso são as chamadas falsas; a incorreta identificação dos locais; a incapacidade da população em passar informação adequada em situações de extrema ansiedade e stresse; o atraso na passagem de informação até ao atendimento no Centro de Orientação de Doentes Urgentes; etc. Problemas que poderiam ser em grande parte resolvidos com massificação ações de formação dirigidas à população (S. Fernandes, 2010; INEM, 2013a, 2013b).

O segundo elo ilustra a integração do pré-socorro e consiste na abordagem que pode ser dada pelos cidadãos ou profissional, praticamente desprovido de material de saúde. Nesta abordagem podemos englobar o SBV e primeiros socorros. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivência na PCR (ERC, 2010; Huikuri, 2011; INEM, 2011; Temple & Porter, 2012). Visto que, a formação escolar obrigatória dos cidadãos portugueses¹¹, não contempla obrigatoriamente nos seus conteúdos programáticos temáticas como “Primeiros Socorros” ou “Suporte Básico de Vida”, subentende-se que fora das organizações de saúde a resposta à pessoa vítima de PCR esteja comprometida, pois a grande massa populacional não tem conhecimentos que lhe permitam atuar sobre uma vítima de PCR, dentro dos primeiros 3 a 5 minutos preconizados (ERC, 2010; Temple & Porter, 2012). Desta forma, de acordo com o conceito de “Cadeia de Sobrevivência” que suporta a eficiência e eficácia no atendimento à vítima de PCR, o segundo elo - início precoce de SBV e primeiros socorros – está fragilizado desde o primeiro

¹¹ Consultado em <http://www.dgicd.min-edu.pt/metascurriculares/index.php?s=directorio&pid=2>

momento, necessitando de medidas que contrariem esta realidade. A sensibilidade e percepção do real impacto deste problema é ainda maior, se tivermos em conta que o fator que tem vindo a ser considerado como preponderante para a sobrevivência da pessoa vítima de PCR (independentemente da sua faixa etária) é o início precoce das compressões torácicas, realizadas com a melhor qualidade possível (ERC, 2010; Temple & Porter, 2012; van de Glind et al., 2013). Desta forma podemos compreender facilmente que por muito fortes que sejam os elos seguintes da Cadeia de Sobrevivência, os problemas referentes ao 2º elo desta cadeia são preponderantes para o resultado final do processo.

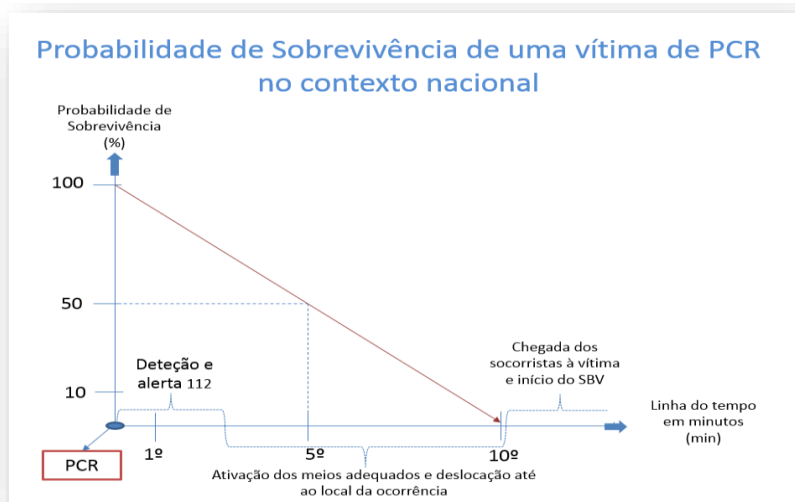
Recentemente, em fevereiro de 2015, O INEM e a DGE assinaram um protocolo de parceria com o intuito de convergir esforços com vista a massificar os conhecimentos sobre SBV nas escolas públicas a nível nacional, com previsão de entrada em vigor já no ano letivo de 2015-2016 (INEM & DGE, 2015).

Mesmo não existindo dados públicos disponíveis em Portugal, que demonstrem e estudem o tempo que decorre em média entre a chamada para o número de emergência nacional 112 e a chegada ao local de uma equipa de socorristas pré-hospitalar (entenda-se socorristas como profissionais de saúde devidamente formados ou não profissionais de saúde), em situações de PCR, com base nos dados do INEM¹², assumo a inferência de que é muito provável que, desde momento zero da PCR até ao início da abordagem pelos socorristas à vítima, o tempo médio nacional poderá ultrapassar facilmente 10 minutos.

Sobrepondo a este tempo de ação a evidência de decréscimo de probabilidade de sobrevivência de uma vítima de PCR sem SBV por minuto (diminuição de 7 a 10%), é possível perspetivar (figura 2) que a maioria dos casos de PCR, a nível nacional, que ocorrem em meio pré-hospitalar têm uma probabilidade de sobrevivência global muito próxima de 0. Com base no mesmo pressuposto, é possível antever que a pequena percentagem de sobreviventes a uma PCR terá uma qualidade de vida e ou vida de relação muito baixa (dado que se verifica uma co-morbilidade muito elevada) (ERC, 2010, 2015).

¹² Consultado em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20130909141211376158.pdf>

Figura 2 -Perspetiva de Sobrevivência de uma Vítima de PCR em Contexto Nacional.



Dotar a população destes conhecimentos pode alterar completamente o desfecho de grande parte dos casos, salvando vidas e diminuindo a gravidade das sequelas (Huikuri, 2011; Moriwaki et al., 2011; Temple & Porter, 2012).

Do ponto de vista socioeconómico, é possível admitir que, o investimento em sessões de educação para a saúde, subordinadas ao tema “SBV e PS”, dirigidas à população, é uma medida eficaz, eficiente e pouco dispendiosa, face aos ganhos em saúde da população e face ao *match* investimento / potencial de retorno a vários níveis (Mitchell, Stubbs, & Eisenberg, 2005).

Em consonância com os eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016¹³, é plausível depreender-se que capacitar os cidadãos de conhecimentos sobre SBV e primeiros socorros, promove o aumento da resposta do Sistema de Saúde (Lima, Almeida, Rodrigues, Santos, & Almeida, 1994). O *empowerment* do cidadão, através da massificação destes conhecimentos permite, ao Sistema de Saúde, ampliar a cobertura de assistência em tempo útil e melhorar o prognóstico das vítimas de PCR. Incrementar os seus conhecimentos e competências associados às responsabilidades individuais, transformam o cidadão num parceiro ativo indispensável de um Sistema de Saúde de qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2013). Ainda de acordo com o referido PNS, Políticas de Saúde centradas na prevenção, constituem linhas

¹³ Consultado em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

seguras que garantem a qualidade da saúde dos cidadãos e resultam num maior impacto na obtenção de ganhos em saúde sustentáveis (OE, 2013).

O 3º elo da Cadeia de Sobrevivência reporta-se à possibilidade de se providenciar uma desfibrilhação precoce (dentro de 3 a 5 minutos após o início da PCR). Este elo tem vindo a ser reforçado na última década em Portugal (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013b; Ministério da Saúde, 2012), sendo importante assinalar os esforços pela regulamentação de equipamentos de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) fora do contexto hospitalar, logística e utilização do mesmo (Ministério da Saúde, 2012). Cada vez mais se confirma que, a presença destes dispositivos em ambiente pré-hospitalar permite aumentar a probabilidade de reverter uma grande parte de situações de PCR em adultos, visto assumir-se que a maioria das PCR em adultos (59% a 65%), terá nos primeiros instantes da PCR um ritmo desfibrilhável (Bossaert, Callanan, & Cummins, 1997; ERC, 2010; Sayre et al., 2007). A partir de agosto de 2012, o Governo, em Conselho de Ministros, aprovou um diploma que torna obrigatória a instalação de equipamentos de DAE em locais de acesso público, aprofundando assim o Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa¹⁴, tendo ficado abrangidos por esta medida os estabelecimentos de comércio e conjuntos comerciais de dimensão “relevante”, aeroportos, portos comerciais, estações ferroviárias ou de camionagem com fluxo médio de 10 000 passageiros e recintos desportivos, de lazer e de recreio com lotação superior a 5 000 pessoas (NEM, 2013a, 2013b; Ministério da Saúde, 2012).

A nível hospitalar, a formação dos profissionais deve contemplar prioritariamente SBV de uma forma geral e SAV para enfermeiros e médicos especificamente (Comissão de Avaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012; Ministério da Saúde, 2011, 2014), como forma a garantir uma adequada assistência. Esta ação ficou bem musculada recentemente, com a implementação e recomendação de medidas que passam pela orientação do encaminhamento das pessoas, adequação de espaços (Comissão de Avaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012; Grupo de Trabalho de Trauma e Competência em Emergência Médica da Ordem

¹⁴ Disponível em <http://www.inem.pt/files/2/DAE/489907.pdf>

dos Médicos, 2009; Grupo de Trabalho Urgências, 2006) normalização e standardização de recursos materiais de emergência¹⁵, criação de equipas de assistência especializadas intra-hospitalares como a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)¹⁶, desenvolvimento de culturas de formação em prática simulada de situações de emergência, protocolos de abordagem (Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Via Verde Sepsis, Via Verde Trauma), entre outras (ERC, 2010, 2015; Kincaid & Westerlund, 2009).

Entre o 3º e muito ligado ao 4º elo, podemos referir a intervenção do SIEM, especificamente das equipas profissionais de emergência pré-hospitalar, que se têm vindo a desenvolver com maior rigor, sensivelmente a partir de 1998 (Mateus, 2007), e a capacidade de resposta dos SU, que cada vez mais caminham no sentido de melhorar a eficácia e eficiência na resposta às vítimas de PCR, com “simples” medidas como a recomendação de formação específica e o incentivo ao trabalho em equipa (CRRNEU, 2012; Ministério da Saúde, 2014).

O desenvolvimento de estudos em torno da pessoa vítima de PCR tem permitido aumentar a eficiência do SAV em meio pré e intra-hospitalar. A aposta em monitorização da qualidade das compressões torácicas através da capnografia/capnometria, quando existe uma via aérea avançada, assim como minimizar o tempo de interrupção das compressões torácicas, passando pela ênfase da pertinência de equipas de reanimação especializadas em meio intra-hospitalar, são algumas das recomendações que emergiram em 2010 e recentemente, em 2015, como medidas para incrementar a qualidade e o sucesso das reanimações (European Resuscitation Council, 2010, 2015).

Em Portugal, a melhoria das condições de transporte da pessoa vítima de PCR tem vindo a ganhar especial atenção, nomeadamente a partir da divulgação das Recomendações de Transporte do Doente Crítico em 2008 e mais recentemente com a preconização de dispositivos de compressão torácica externa pelo ECR, para determinadas situações (European Resuscitation

¹⁵Consultado em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>

¹⁶ Consultado em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fcircular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx&ei=Ew7NU76nN-am0QXly4HoBA&usg=AFQjCNGmwR5PStc-PZGAd14a3uIskC5DTA>

Council, 2010, 2015; Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)

Relativamente ao 4º elo da Cadeia de Sobrevivência, este remete-nos para os cuidados à pessoa que sobreviveu a uma situação de PCR, ou seja, aos cuidados após a RCE. No leque de cuidados após a RCE têm-se vindo a desenvolver abordagens no sentido de minimizar ou contrariar os efeitos da instalação da síndrome pós-PCR (Navarro-vargas & Díaz, 2014; Pinto, 2012). Exemplo desse desenvolvimento é a recomendação de Gestão da Temperatura Alvo (GTA) (ERC, 2015), com vista a contrariar a síndrome pós-PCR, diminuindo a probabilidade de sequelas e potenciando o aumento de probabilidade de sobrevivência, pelo melhor prognóstico neurológico destas vítimas (Pinto, 2012; Ribeiro & Gentil, 2012). O conceito GTA foi introduzido pelas *guidelines* do ERC em outubro de 2015, em substituição do conceito hipotermia terapêutica.

Esta área de desenvolvimento de cuidados (controlo da temperatura em vítimas pós-PCR) reveste-se também de extrema importância, pois um dos fatores mais decisivos na sobrevivência e qualidade de vida das pessoas vítimas de PCR é a condição do estado neurológico. Especificamente, GTA tem vindo a evoluir, não só pelo efeito protetor para a pessoa, como também pela multiplicidade de contextos de abordagem em que é possível induzi-la – desde o ambiente pré-hospitalar, passando pelo SU, até ao contexto de UCI, sem contudo, implicar um gasto inacessível às organizações de saúde. No entanto a evidência científica sobre este tema tem apresentado algumas dificuldades em demonstrar recomendações de Grau I¹⁷ (Abreu & J, 2011; Adrie et al., 2006; European Resuscitation Council, 2010; A. Martins, 2010). São recomendados mais estudos em torno da GTA, e que levem à otimização desta abordagem (ERC, 2015). O conjunto dos contributos e melhorias que se podem inserir no processo contínuo de cuidados à pessoa vítima de PCR, vão permitir aumentar a probabilidade de sobrevivência e diminuir a morbilidade associada. Neste contexto é visível o campo de intervenção específico de uma enfermagem especializada (Belén, Posso, Maria, & Almeida, 2012; A. P. Fernandes, Vancini, Cohrs, & Simone, 2010; Ribeiro & Gentil, 2012).

¹⁷ De acordo com a nomenclatura consultada em: <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=2>

2 – PERSPETIVA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Numa perspetiva de Enfermagem, a pessoa adulta vítima de PCR enquadra-se perfeitamente no conceito de pessoa em situação crítica, que, segundo a OE (2010b) considera-se como sendo uma pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização ou terapêutica”. Segundo o REPE¹⁸, está contemplado como objetivo profissional, “...prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2012, p. 15). Os enfermeiros devem “...em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;” (OE, 2012, p. 19). Neste âmbito e com base no artigo 82º do Código Deontológico da OE¹⁹, é crucial o desenvolvimento de competências em enfermagem orientadas, não só para o suporte, manutenção ou recuperação das funções vitais da pessoa, como também o direito à qualidade de vida.

A PCR é um evento extremo na vida de uma pessoa e um acontecimento que culmina frequentemente em morte, no entanto, nos casos em que a pessoa sobrevive, a sua qualidade de vida altera-se, transitando para uma nova realidade de condição de saúde (T. Martins & Rodrigues, 2009). Esta transição, trás consigo processos de transição e de adaptação por parte da pessoa vítima de PCR e/ou família/pessoa(s) significativa(s).

A PCR, tal como já referi, é o processo mais complexo pelo qual uma pessoa pode ser confrontada. Muitos são os relatos de pessoas que experienciaram uma situação de PCR e o impacto dessa experiência nas suas vidas. Esse impacto, muitas das vezes é de tal ordem, que muda completamente

¹⁸ Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

¹⁹ Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa:

crenças, a ordem de valores e hábitos de vida, levando a uma mudança extremamente profunda da pessoa e familiares ou pessoa(s) significativa(s). Podemos dizer que é o processo de transição mais violento, imprevisível e desconcertante que é possível de experimentar. Transição esta, que solicita aos enfermeiros uma intervenção em conformidade e sustentada.

Não menos importante neste processo de transição saúde - doença, são os processos de transição situacional que surgem paralelamente, mais especificamente no seio da família ou pessoa(s) significativa(s) (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). É de referir que a violência deste processo rompe muitas vezes a homeostasia adaptativa ao resultado final, quer por parte da família/pessoa(s) significativa(s), quer por parte dos profissionais de saúde. O enfermeiro pode revelar-se na intervenção, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências, bem como no processo de luto da família ou pessoa(s) significativa(s).

Em caso de RCE da vítima, o enfermeiro deve assegurar uma continuidade de cuidados de qualidade, que permitam o máximo de autonomia possível, com vista à melhor capacidade de adaptação, a uma nova fase do ciclo de vida (Meleis, 2010).

Verifica-se que, para que o enfermeiro consiga realizar essas intervenções com a eficácia e a eficiência desejadas, é necessário que tenha competências especializadas na área de cuidados com um nível de perícia elevado (Benner, 2001). Numa perspetiva de cuidados, quanto maior é o risco eminente de morte de uma pessoa, maior é a necessidade do *knowhow* do profissional que lhe presta cuidados, dado que a margem de erro pela inexperiência deve ser a menor possível.

É neste contexto que se evidencia o papel do enfermeiro perito no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2010b). A identificação e a praxis altamente qualificada de intervenções especializadas de enfermagem à pessoa vítima de PCR, requerem um domínio consistente dos conhecimentos próprios da Enfermagem e a sua adequação à prática profissional. Domínio este que se encontra explanado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010b).

Tal como na pessoa vítima de PCR, a tomada de decisão de um enfermeiro perito resulta da fusão do conhecimento prático com a evidência científica, toldadas por uma inteligência intuitiva quase sempre infalível (Benner, 2001). Tendo por base que o desenvolvimento de competências acontece aquando estas são mobilizadas para contextos práticos, não sendo em si um estado ou uma propensão para agir, mas sim encaradas como um processo ou um resultado (Boterf, 2005, 2006), o desenvolvimento de competências de uma prática de cuidados especializados exige a dimensão de contexto de prática clínica como condição “*sine qua non*”.

Nesta linha de raciocínio, com base no fundamento do parágrafo anterior, torna-se válido o contexto formativo de prática clínica, contemplado no CMEPSC da ESEL, como processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica. De forma a conseguir nortear este processo, desenvolvi, ao longo do estágio, uma representação mental que me ajudasse a organizar de forma harmoniosa, a complexidade de intervenções de enfermagem ao longo da transição experienciada por uma pessoa vítima de PCR. Este esquema foi evoluindo e desenvolveu-se ao ponto de se tornar numa ferramenta dinâmica que me permitiu enquadrar e analisar as pessoas vítimas de PCR assim como o seu contexto de cuidados, mantendo uma linguagem específica da disciplina de Enfermagem, permitindo em simultâneo, identificar focos para intervenções especializadas. Desta forma, surgiu o seguinte esquema:

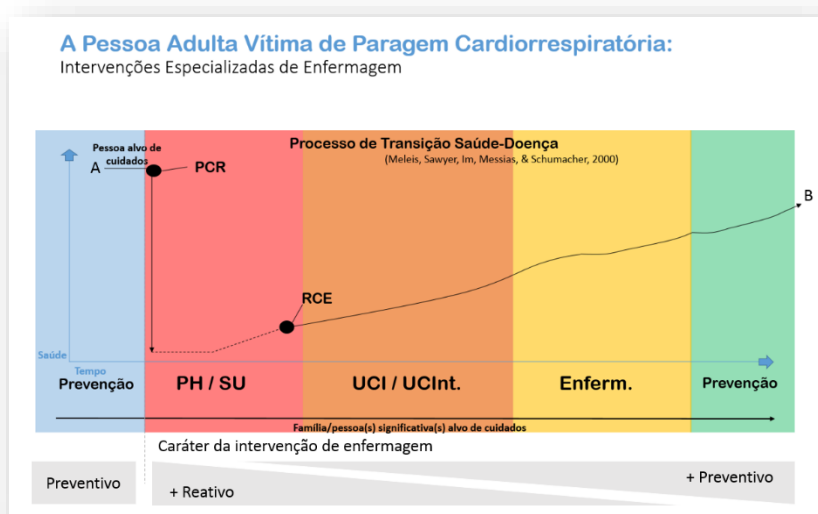


Figura 3 - Representação esquemática da abordagem especializada em enfermagem à pessoa adulta vítima de PCR.

A escolha da teórica Meleis, para análise da “pessoa-alvo” de cuidados de Enfermagem, surgiu por entender que é possível representar o processo de transição saúde-doença como um vetor, no qual a condição de saúde inicial de uma pessoa (A) sofre oscilações devido à circunstância de doença súbita (PCR) e após o RCE. Tendo por base os indicadores de processo e resultado, é possível identificar e desenvolver inúmeras intervenções em todos os momentos, que possibilitem que o vetor de transição “caminhe” ao longo do tempo no sentido da melhor condição de vida possível (B). Toda a pessoa vítima de PCR sofre um processo transição em que a condição de saúde “B” será sempre diferente de “A”, sendo em muitos casos igual a morte.

O conceito de doença pode ser considerado uma passagem, que provoca alterações profundas na pessoa, implicando uma perda do que acontecia antes e uma adaptação a uma nova realidade e vivência (Collière, 2003). A incerteza do resultado final enquadra-se nesta representação, como uma constante nos cuidados de Enfermagem.

Paralelamente, outros processos de transição também estão a ocorrer em simultâneo, como por exemplo o impacto da situação vivenciada pela família/pessoa(s) significativa(s) da vítima.

A parte da linha do vetor representante da transição principal (Saúde – Doença) desde o momento da PCR até ao RCE está em tracejado pois torna-se difícil de o analisar segundo Meleis, dado não se conseguir obter indicadores de processo e/ou resultado. No entanto é possível fazê-lo no processo de transição que possa estar a ocorrer em paralelo (impacto da situação vivenciada pela família/pessoa(s) significativa(s) da vítima).

Para completar este esquema mental recorri também a outras vertentes da prestação de cuidados, tal como a cronologia da intervenção face aos resultados, que denominei de “caráter de intervenção”. Nas situações em que são, predominantemente, as manifestações da pessoa que desencadeiam as intervenções por parte dos profissionais de saúde, considerei-as como intervenções “reativas”. Quando a predominância da ação dos profissionais tem como objetivo a antecipação das alterações na pessoa, assumi-as como intervenções “preventivas”. Desta forma, inferi a possibilidade de cruzar o caráter da intervenção, com o percurso da pessoa vítima de PCR nos possíveis

contextos de cuidados e com o conceito de estratificação de prioridades de intervenção, semelhante ao usado na Triagem de Manchester®. As 5 cores assinalam períodos diferentes de prioridades de intervenção ao nível da necessidade de cuidados de saúde por parte da pessoa adulta vítima de PCR, apresentando-se como prioridade máxima a área vermelha. Esta área vermelha engloba as situações de risco iminente de vida, o momento da PCR, o momento da reanimação do indivíduo e, caso reanime, os primeiros momentos da pessoa pós-PCR com RCE, até à estabilização da vítima. A área laranja surge como o período em que a pessoa é alvo de cuidados intensivos pelo risco elevado que regredir no processo de ressuscitação. A partir do momento que passa para a área amarela, o risco desta pessoa vivenciar novamente uma PCR diminui, pelo que é espectável uma melhoria na condição de saúde da pessoa. Normalmente esta etapa acontece em serviços de enfermagem. Assim que a pessoa retoma a sua vivência fora do ambiente hospitalar, a intervenção especializada de enfermagem assenta numa perspetiva de intervenção preventiva. Esta atuação preventiva distingue-se do momento que antecede a PCR pois a pessoa que foi vítima de PCR e a sua família, sofreram processos de transição aos quais não ficaram indiferentes. Para terminar, a área azul, assinala o momento antes da PCR, por exemplo, o enfermeiro especialista pode construir e liderar projetos que aumentem a resposta do SIEM, tais como o fortalecimento dos 2 primeiros elos da “cadeia de sobrevivência”.

Esta conceção esquemática, em meu entender é dinâmica pois pode ser adaptada à vivência de cada pessoa ao longo de todo o seu ciclo de vida. Permite integrar as particularidades de cada vítima de PCR, o que a torna ajustável à singularidade de cada ser humano. Por se suportar na representação por vetores, que incorporam a dimensão “tempo”, o esquema tem a possibilidade de fluir/desenvolver-se até o fim do ciclo de vida da pessoa alvo de cuidados.

A conceção desta ferramenta de trabalho (esquema) permitiu-me abordar questões complexas em torno da intervenção especializada de enfermagem, à pessoa vítima de PCR, de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador, assim como compreender que, até então, o meu desenvolvimento profissional (essencialmente em contexto de um serviço de urgência) se enquadrava numa pequena área de ação, dentro dos possíveis contextos de cuidados à pessoa

vítima de PCR. Neste sentido, procurei no período de estágio, adquirir, sedimentar e desenvolver conhecimento e competências em contextos diferentes, nomeadamente cuidados intensivos. Esses contextos são explanados no capítulo seguinte.

3 – CONTEXTOS DE IDONEIDADE FORMATIVA

A escolha dos campos de estágio teve por base o cumprimento de algumas premissas:

1. Serem serviços de ambiente de cuidados intensivos Nível III (Direcção-Geral da Saúde, 2003) da área da ARS LVT, com bons indicadores de qualidade, tais como os indicados no Relatório do Grupo de Trabalho de Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos (Ministério da Saúde, 2013) e cuja estrutura física cumpra grande parte das recomendações ministeriais de 2013 (ACSS, 2013);
2. Que seja um serviço que integre ou esteja em processamento da candidatura à plataforma de contextos clínicos com acreditação da idoneidade formativa da OE (Conselho de Enfermagem da OE, 2011; OE, 2014).

A necessidade, já referida anteriormente, de experienciar contextos de prática clínica, diferentes do meu âmbito de exercício clínico (SUG) e que contemplassem em simultâneo uma elevada probabilidade casuística, de prestar cuidados à pessoa adulta vítima de PCR, constituíram também fatores importantes e decisivos para a respetiva seleção.

Esta opção permitiu-me sair da *comfort zone*²⁰ de forma a possibilitar um processo de reflexão depurado de vínculos pessoais e a promoção de um enriquecedor desenvolvimento pessoal e profissional. De salientar que, este processo de aquisição e desenvolvimento de competências e conhecimentos, só foi possível graças à orientação e apoio dos meus docentes orientadores, orientadores dos serviços e colegas dos respetivos campos de estágio.

De seguida será feita uma breve apresentação e descrição dos campos de estágio, salvaguardando o anonimato das respetivas organizações/entidades.

²⁰ Conceito consultado em http://leadershipeducators.org/Resources/Documents/jole/2013_summer/Liepold_Rasmussen_Boyce_Poskas.pdf

Campos de estágio:

Unidade de Cuidados Intensivos de uma organização hospitalar com centro de trauma:

A escolha deste local, tal como referido anteriormente, surge da necessidade em compreender outros contextos de cuidados a continuidade de cuidados dos doentes que, após RCE, dão entrada em unidades semelhantes. Assim sendo escolhi uma unidade de ambiente de Nível III, das mais antigas e de referência no âmbito do desenvolvimento dos cuidados intensivos em Portugal.

Algumas características importantes, fornecidas pelo orientador de estágio, diretamente da base de dados do respetivo serviço, à data de 2012:

- Camas:
 - 12 de Nível III, 4 de Nível II (Direcção-Geral da Saúde, 2003);
 - 1 quarto de isolamento com sistema de ventilação com pressão negativa;
 - 1 sala com 2 postos para realização de hemodiálise;
 - 1 sala de hemodinâmica;
- 542 doentes internados, com uma taxa de ocupação de 94% e com uma média de período de internamento de 8,4 dias;
- Case mix de internamento:
 - Doentes com patologia médica: 56,98%
 - Cirúrgico urgente: 17,13%
 - Cirúrgico eletivo: 10,99%
 - Politraumatizado: 6,33%
 - Neurocrítico: 6,89%
 - Coronário: 1,68%
- Índices de gravidade e de carga de trabalho de Enfermagem:
 - APACHE II: 21,84
 - SAPS II: 47,44
 - SAPS III: 65,87
 - TISS 28 (média): 34

- Integram abordagem de hipotermia terapêutica em adultos vítimas de PCR desde 2005, tendo uma casuística de 156 casos até 2012, com uma média anual de 17 casos;
- Organização da EEMI – existe apenas 1 em funcionamento permanente. Dela fazem parte elementos profissionais com formação própria na área do doente crítico. Têm como área de intervenção todos os serviços e espaços comuns do hospital. Não têm formação específica em trauma. Por norma é assumida pelo enfermeiro mais diferenciado e de chefia de equipa.

Nesta unidade tive a oportunidade de desenvolver e prestar cuidados especializados em contextos clínicos diversos, sem nunca esquecer a especificidade de intervenção de enfermagem no processo de transição dos doentes e família/pessoa(s) de referência(s).

Aqui encontrei a particular possibilidade de vivenciar contextos de cuidados de pessoas que tinham sobrevivido a PCR, de prestar cuidados de vanguarda (hipotermia terapêutica) a pessoas vítimas de PCR e de experienciar contextos de RCP diferentes do meu contexto formativo habitual.

Não menos importante, a oportunidade de aumentar o meu leque de competências na prestação de cuidados especificamente em contexto intensivo, por não restringir a minha área de intervenção à vítima de PCR. Como exemplo, intervenções de enfermagem especializadas à pessoa vítima de trauma.

Neste contexto procurei também, maximizar a intervenção da prevenção e controlo da infeção, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, tendo por base a gestão dos cuidados, de forma a otimizar a resposta às necessidades da pessoa alvo. Cronologicamente, com vista à boa consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências, foi o primeiro campo de estágio e foi também aquele que teve maior número de horas associado, como visível no cronograma de estágio (APÊNDICE I).

VMER sediada num dos centros hospitalares de Lisboa

Tendo por referência as orientações relativas às atribuições do Enfermeiro em ambiente pré-hospitalar (OE, 2007) (ANEXOIII) e com base na necessidade de recolher contributos para consubstanciar o perfil de competências proposto,

num ambiente de cuidados à pessoa a vivenciar processos de doença aguda e/ou falência orgânica, diferente de um serviço de urgência ou de uma UCI, procurei junto dos orientadores de estágio e do enfermeiro coordenador de equipa de uma das VMER de Lisboa, validar a possibilidade de concretizar este contexto de estágio.

Após aprovação, concretamente, foram realizados alguns turnos numa VMER da área de referência da ARS LVT, que segundo alguns dados estatísticos institucionais, apresenta um elevado número de ativações anuais. Este fator contribuiu para experienciar de um elevado número de situações de emergência em meio pré-hospitalar.

Dada a dificuldade que colegas do CMEPSC encontraram noutros anos, em programar com sucesso campos de estágio em meio pré-hospitalar, não fez parte do meu projeto de estágio, contemplar logo há partida a possibilidade de realizar um período de estágio nos meios do INEM, onde também o enfermeiro desenvolve intervenções especializadas à pessoa em situação crítica, nomeadamente à vítima de PCR. Felizmente, durante o período de estágio surgiu essa oportunidade, a qual foi realizada com bastante proveito (APÊNDICE VIII). Foi muito importante vivenciar outro contexto diferente do habitual, inclusivamente porque tive casuística de intervenção a várias pessoas vítimas de PCR (1 criança, 1 adulto e 4 idosos), assim como à família/pessoas significativas destas vítimas. A maturidade comportamental face a situações de stress e perícia nos cuidados, são elementos que os enfermeiros levam ao limite, nos diversos cenários de prática de cuidados. Aqui, a imprevisibilidade é uma constante prevista e onde o “engenho e arte” se tornam peças-chave para adequar a teoria à prática, no que se refere à qualidade dos cuidados.

De enfatizar que, embora a equipa deste meio de socorro seja constituída apenas por 2 elementos profissionais distintos, nos teatros de operações, no socorro às vítimas, emerge um forte trabalho em equipa multidisciplinar (outros técnicos do INEM; PSP; GNR; Bombeiros; outros elementos da proteção civil...), que se articula de modo estruturado e de acordo com a natureza de ação dos elementos envolvidos.

Neste ambiente, em particular, tive ainda a oportunidade de contactar e gerir protocolos terapêuticos complexos e inovadores (como por exemplo o protocolo da hipotermia terapêutica em pessoas vítimas de PCR pós-RCE).

Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital com urgência Médico-Cirúrgica da periferia de Lisboa

Este foi o meu último campo de estágio. A escolha deste serviço prendeu-se com o fato de ser uma das unidades de cuidados intensivos mais recentes a nível nacional. Pretendi, neste contexto, identificar e compreender semelhanças e diferenças, no que respeita à organização, à estrutura e à capacidade de resposta, face à unidade de cuidados intensivos que estagiei inicialmente. De um modo específico procurei conhecer e comparar uma realidade organizacional com conceitos de gestão diferentes dos da unidade anteriormente relatada (gestão hospitalar pública versus gestão hospitalar público-privada).

Trata-se de um serviço que promove ambientes de cuidados intensivos Nível III e II. Apresenta uma estrutura física bastante ampla, com fundamentos numa política de consenso entre estética/ergonomia, e uma orgânica de gestão de recursos humanos, nomeadamente da equipa de enfermagem, rotativa entre cuidados intensivos e cuidados intermédios.

Esta unidade dá resposta a todos os doentes críticos deste hospital, exclusivamente na área médico-cirúrgica, tendo capacidade para prestar cuidados a 10 doentes de intensivos, mais 12 doentes de intermédios (localizados fisicamente numa área diferente), sendo que em caso de necessidade existe a capacidade de elevar as camas de ambiente de cuidados intensivos Nível II para Nível III.

Com base na análise e reflexão sistemática sobre a realidade da prestação de cuidados em ambiente de intensivos, à pessoa adulta vítima de PCR, considerando a tipologia de pessoa alvo de cuidados e em sinergia com as políticas de desenvolvimento de melhoria contínua dos cuidados, já institucionalizada, operacionalizei em conjunto com as minhas orientadoras, uma sessão formativa sobre as recomendações internacionais e as vantagens do uso da capnografia/capnometria em situações de SAV.

Como forma de aumentar a minha área de intervenção especializada e de consubstanciar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, fui autorizado pela minha Professora Orientadora, após validação com a Professora Coordenadora do CMEPSC, a aglutinar duas intervenções fora dos contextos referidos, mas igualmente importantes:

- Implementação de um projeto institucional denominado: “Família em Segurança” – que consistiu em massificar os conhecimentos da população do município Setúbal sobre SBV e primeiros socorros, tendo como “pano de fundo” o tema do Afogamento, através da replicação de várias sessões de educação para a saúde. Estas sessões foram realizadas ao longo do ano 2014, inclusivamente durante o período de estágio.
- Convite pela Direção-Geral do Património Cultural, como perito, para palestra sobre o tema – Sensibilização para Cenários de Risco. Neste contexto recorri a diversos conhecimentos e competências adquiridas e aprofundadas no CMEPSC, tais como dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, entre outros.

Sumarizando o percurso desenvolvido no esquema desenvolvido obtive a seguinte representação:

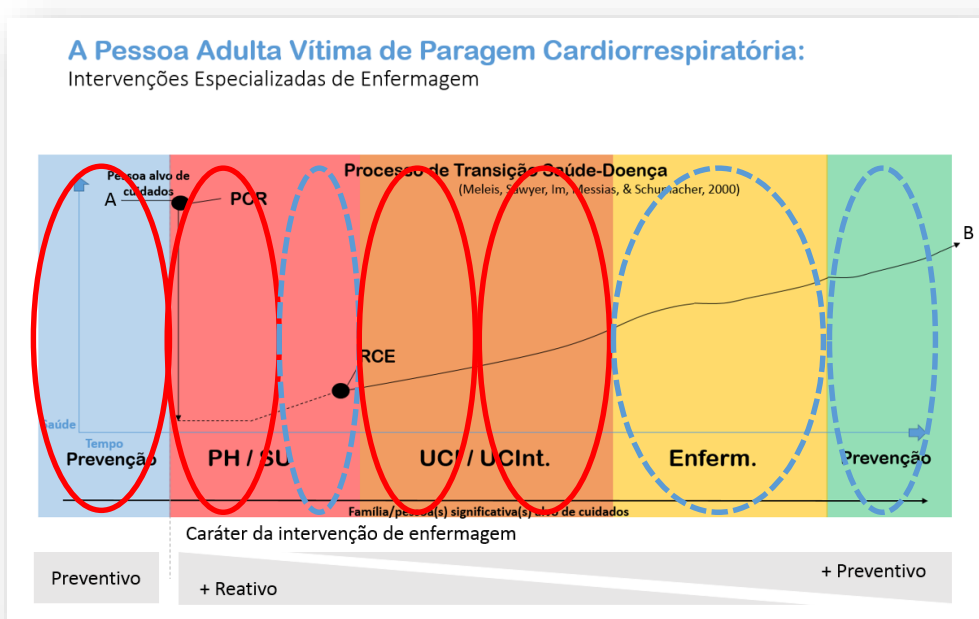


Figura 4 - Identificação das áreas de desenvolvimento sumarizadas para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Assinaladas com uma elipse vermelha de linha contínua, estão as áreas de intervenção à pessoa adulta vítima de PCR, cujos campos de estágio anteriormente referidos, me permitiram diretamente desenvolver e adquirir competências e conhecimentos. Já as elipses tracejadas mostram áreas cujo desenvolvimento brotou de um processo de reflexão integrado sobre as práticas de cuidados e o cruzamento das competências específicas do EEEPSC.

Desta forma, posso considerar que desenvolvi competências nos contextos onde mais frequentemente se prestam cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa adulta vítima de PCR.

4 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo Boterf (2003), não há competência senão aquela que é posta em ato, pois a competência só pode ser competência em situação. Ou seja, a competência tem um caráter dinâmico, significativo e revela-se, num contexto particular. A sua manutenção e desenvolvimento implicam o confronto frequente do profissional com situações/desafios/problemas num campo de intervenção próprio, levando-o a mobilizar/articular adequadamente o conhecimento adquirido na intenção de agir com pertinência perante uma realidade.

O percurso de desenvolvimento de competências, como referido anteriormente, teve como foco de atenção os cuidados especializados de enfermagem à pessoa adulta a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, especificamente à vítima de PCR. De seguida serão explanadas, as atividades realizadas de forma a demonstrar a consecução do perfil de competências proposto anteriormente.

Procurei fazer uma apresentação sequenciada das atividades, considerando os objetivos definidos para cada contexto:

Contexto – UCI

- **Objetivos:**

Desenvolver conhecimentos e competências na abordagem à pessoa adulta a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Desenvolver conhecimentos e competências na abordagem à pessoa adulta vítima de PCR pós-RCE, em ambiente de cuidados intensivos.

- **Atividades:**

- Integração na dinâmica do serviço e equipa multi e interdisciplinar, através de do conhecimento da estrutura, modo de funcionamento e modelo de prestação de cuidados;
- Recolha de informação sobre o circuito do doente e da articulação com os outros serviços;

- Recolha de informação sobre a constituição da equipa de enfermagem, função dos diferentes elementos e método de distribuição de trabalho;
- Realização do acolhimento do doente crítico em ambiente de cuidados intensivos, acompanhada com o enfermeiro orientador;
- Participação ativa no exercício de cuidados aos doentes internados no respetivo serviço e discussão de casos clínicos com o enfermeiro orientador;
- Colaboração na assistência à família/pessoa significativa, da pessoa adulta vítima de PCR, em situação de recuperação ou processo de luto;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica com a família/pessoa significativa, adequada e relacionada com o processo de transição vivenciado pelo doente;
- Desenvolvimento da comunicação com a pessoa em situação crítica no serviço, tendo como recurso a leitura de estratégias facilitadoras da comunicação (incluindo a doentes com “barreiras à comunicação”) (ANEXO XVIII);
- Gestão de protocolos terapêuticos complexos. Nomeadamente o protocolo de controlo da glicemia, o protocolo de hipotermia terapêutica, o protocolo da gestão da dor e o processo de extubação traqueal, de forma a manter ou melhorar o bem-estar físico e psicológico do doente (ANEXO VIII e IX);
- Mobilização e adequação de conhecimentos e competências profissionais adquiridas no primeiro ano do CMEPSC e noutro contexto de cuidados (serviço de urgência), de forma a promover o incremento da qualidade de cuidados de enfermagem. Como exemplo a adequação da abordagem à pessoa vítima de trauma, gestão da equipa de multidisciplinar em situações de PCR.
- Leitura, interiorização e aplicação adequada das instruções de trabalho (IT), tal como IT de realização de cateteres centrais, IT de manutenção de cateteres centrais, IT de ecotransesofágico e IT de colheita asséptica de amostra de urina;

- Monitorização e vigilância adequada da condição de saúde do doente crítico, com recurso à interpretação de MCDT's e o conhecimento de parâmetros vitais expectáveis, de forma a identificar precocemente focos de instabilidade, intervindo prontamente aos mesmos;
- Realização, com monitorização, de cuidados aos doentes com necessidade emergente de técnicas de depuração renal. Com especial interesse pelo estudo dos critérios RIFLE²¹ e a sua possibilidade de adequação à área de intervenção do enfermeiro especialista sobre a pessoa adulta vítima de PCR, num serviço de urgência;
- Recolha de informação sobre o circuito do doente e da articulação com os outros serviços, sem perder de vista o continuum de cuidados especializados;
- Reunião com enfermeiros especialistas em doação de órgãos, para compreender melhor a temática, os contornos da práxis de cuidados, dificuldades e sinalização em situação de potenciais dadores;
- **Competências atingidas:**
 - Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em ambiente de cuidados intensivos;
 - Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou orgânica;
 - Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- **Objetivo:**

Desenvolver conhecimentos e competências na área de gestão do risco clínico associada à prevenção e controlo de infeção em ambiente de cuidados à pessoa em situação crítica

²¹ Classificação *Risk, Injury, Failure, Loss of kidney function, and End-stage kidney disease* , consultado em <http://ckj.oxfordjournals.org/content/6/1/8.full>

- **Atividades:**
 - Contato com o enfermeiro de ligação à comissão de controlo de infeção da respetiva unidade hospitalar
 - Realização de um jornal de aprendizagem sobre a adequação de uma prática de cuidados com implicações diretas sobre o controlo de infeção em ambiente hospitalar;
 - Consulta dos relatórios de taxas de contaminação das colheitas de espécimes do serviço;
 - Consulta de procedimentos associados à política de controlo hospitalar, nomeadamente das circulares informativas institucionais sobre o controlo de infeção nosocomial em doentes de alto risco, de infeção por *Legionella* e Ébola (dada a identificação nacional de focos endémicos e/ou probabilidade do surgimento de novos casos no país);
 - Realização de duas instruções de serviço na área do controlo de infeção, nomeadamente sobre “colheita de expetoração para exame microbiológico” e “colheita de hemoculturas” (APÊNDICE IX e X);
- **Competências atingidas:**
 - Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
 - Gerir a equipa de forma apropriada às práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a dignidade ou a privacidade do cliente;
- **Objetivo:**

Desenvolver competências na área de gestão de recursos humanos, da liderança de equipas e otimização de competências, para uma eficiente articulação interdisciplinar, na intervenção de enfermagem à pessoa em situação crítica.
- **Atividades:**
 - Reunião e exercício de cuidados com os enfermeiros responsáveis de equipa/ com a finalidade de compreender os estilos de liderança

adotados, perceber o modelo de prestação de cuidados; as estratégias de motivação da equipa de enfermagem e os critérios de gestão dos elementos, na atribuição dos doentes do serviço;

- Reunião e exercício de clínico com enfermeiros-chefes e coordenadores, com vista à compreensão da gestão do serviço, nomeadamente em relação à capacidade cálculo de dotações seguras através de indicadores fiáveis, resultantes dos registos de enfermagem (como exemplo a TISS 28 e escala de NEWS traduzida) (ANEXO IV e V);
- Reunião com o enfermeiro responsável pela formação de forma a planear e desenvolver uma sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar, com vista ao incremento da qualidade de cuidados em situações de SAV perante doentes com via aérea avançada (entubação traqueal). Salienta-se a sessão apresentada sobre o uso de capnografia/capnometria em SAV e o seu contributo para a qualidade de cuidados (APÊNDICE XVII, XVIII e XIX)

- **Competências atingidas:**

- Gerir a equipa de forma apropriada às práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a dignidade ou a privacidade do cliente;
- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Ser um elemento dinamizador e facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;
- Prover liderança e na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de cuidados.

- **Objetivos:**

Desenvolvimento de conhecimentos e competências ao nível da dimensão do raciocínio reflexivo ético, sobre os cuidados à pessoa adulta vítima de PCR.

- **Atividades:**
 - Realização de um jornal de aprendizagem sobre a decisão de não reanimação;
 - Contribuição e participação na construção da tomada de decisão em equipa, de suspensão de manobras de RCP, com recurso argumentativo à evidência científica, à reflexão sobre a experiência profissional, condição de saúde da pessoa vítima de PCR e guiando a minha conduta pelo Código Deontológico da OE.
- **Competências atingidas:**
 - Desenvolver uma conduta profissional e ética no seu campo de intervenção;
 - Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão;
- **Objetivos:**

Desenvolver a capacidade de análise da prática quotidiana de cuidados, com vista à identificação de lacunas e/ou áreas suscetíveis de desenvolvimento.

Desenvolver capacidade de construir estratégias de resolução viáveis às lacunas identificadas, com vista ao incremento de qualidade dos cuidados
- **Atividades:**
 - Apreciação crítica, conjuntamente com os enfermeiros do serviço, sobre o funcionamento do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, a formação da equipa de enfermagem e a gestão de recursos humanos para a sua efetivação, garantindo a segurança do doente e dos profissionais de saúde;
 - Identificação e interpretação do funcionamento, da constituição, e da formação científica das equipas de EEMI das organizações hospitalares;
 - Proposta de subsidiar a EEMI com conhecimentos em trauma, para garantir a qualidade de cuidados;
 - Discussão com a equipa de enfermagem que integra a equipa de EEMI, sobre a pertinência da adequação e uso, de mecanismo de

compressão torácica externa, em vítimas de PCR, abordadas pelas equipas EEMI, que não entram em RCE após manobras de reanimação e necessitam ser transferidas (em meio intra-hospitalar) para o serviço de urgência;

- Mobilização de conhecimentos e experiência profissional sobre outras realidades de organização e funcionamento das equipas EEMI, com vista à promoção de momentos de “benchmarking”, na ótica da sustentabilidade dos cuidados e promoção de ganhos em saúde.

- **Competências atingidas:**

- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Gerir o risco ao nível das instituições ou das unidades funcionais;
- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- Ser um elemento dinamizador e facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;

Contexto – Pré-Hospitalar (VMER)

- **Objetivos:**

Desenvolver conhecimentos e competências de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica e família, em ambiente de elevada exposição ao risco e stresse;

Conhecer e compreender o contexto extra-hospitalar de intervenção da enfermagem à pessoa adulta vítima de PCR.

- **Atividades:**

- Realização de turnos de observação/prestação de cuidados em ambiente pré-hospitalar, especificamente de viatura médica de emergência e reanimação (VMER);
- Mobilização e adaptação de conhecimentos e competências a um ambiente de elevado risco e exposição a fatores de stress;

- Identificação do modelo de abordagem pré-hospitalar das equipas de saúde – modelo “play and run” (Mateus, 2007), e discussão com a equipa das vantagens e desvantagens do modelo;
- Realização um jornal de aprendizagem sobre decisão de não reanimação;
- Prestação de cuidados em diversas situações de doentes críticos (recém-nascidos, crianças, grávidas, adultos e idosos) com gestão de protocolos complexos (ANEXO VI e VII);
- Mobilização e adequação de conhecimentos e competências na intervenção num cenário multi-vítimas;
- Adequação da prática em SAV baseada na evidência mais recente;
- Contato com protocolos de cuidados específicos na gestão das vítimas de PCR pós-REC, com respetivo acompanhamento e articulação com os serviços de urgência da área de resposta;
- **Competências atingidas:**
 - Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação;
 - Atuar eficaz e eficientemente sob pressão, em ambientes de elevada exposição do cliente e profissional ao risco;
 - Gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional a diferentes contextos de trabalho;
 - Utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos;

Contexto paralelo em período de estágio:

- **Objetivos:**

Desenvolver uma compreensão aprofundada e inovadora do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na prática dos profissionais da saúde e na organização dos cuidados à pessoa em situação crítica;

Criar sustentabilidade científica que evidencie o valor da intervenção especializada de cuidados de uma enfermagem especializada na pessoa em situação crítica.

- Atividades:
 - Criação, desenvolvimento, liderança e execução de um projeto de promoção de saúde pública, no âmbito do aumento da literacia em saúde dos cidadãos, sobre SBV e primeiros socorros. O projeto consistiu na realização de 12 sessões de educação para a saúde sobre SBV e primeiros socorros, dirigidas à população nas quais fui também o respetivo formador (ANEXO X e XI) (APÊNDICE IV, VI e VII);
 - Participação, como perito, num evento da Direção-Geral do Património Cultural sobre “Sensibilização sobre Cenários de Risco”. Preleção “Urgência e Emergência em Saúde: Intervenção sobre a Pessoa e conceito *Mass Gathering*” (ANEXO XIV, XV e XVI) (APÊNDICE XVI);
 - Participação nas 2^{as} Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal – “Um olhar reflexivo sobre o (in)visível. Intervenção partilhada de Enfermagem” (ANEXO XII):
 - Este evento teve como finalidade sustentar a relevância das intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros nos cuidados;
 - Apresentação da comunicação livre: “Intervenção (in)Visível do Enfermeiro à Pessoa Vítima de Paragem Cardiorrespiratória – Projeto: Família em Segurança”. Comunicação onde apresentei o projeto de promoção de saúde pública referido anteriormente e os respetivos resultados;
 - Participação no 3^o Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ANEXO XIII):
 - Evento de carácter científico, promovido pelo Colégio de Especialidade dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, que teve como temática centrar o contributo de perspetivas e trabalhos dos

enfermeiros para a aferição do cálculo de dotações seguras de enfermeiros especialistas, nas organizações de saúde;

- Apresentação da comunicação livre: “Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiorrespiratória como uma competência exclusiva do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica”. Trabalho que sugere que, a liderança de uma equipa de processos de reanimação possa ser perspectivada como uma competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, podendo colateralmente, ser também assumida como um elemento facilitador do cálculo de dotações seguras de enfermeiros especialistas (APÊNDICE XI e XII);
 - Apresentação da comunicação livre: “Intervenção (in)Visível do Enfermeiro à Pessoa Vítima de Paragem Cardiorrespiratória – Projeto: Família em Segurança” (APÊNDICE XIII);
 - Apresentação e discussão do póster: “A Pessoa Adulta Vítima de Paragem Cardiorrespiratória – Uma perspectiva especializada de enfermagem”. Póster onde apresentei o esquema central de abordagem à pessoa adulta vítima de PCR, como uma possível ferramenta de trabalho específica do enfermeiro especialista na área, tendo por base conhecimentos próprios da disciplina de Enfermagem (APÊNDICE XV);
- **Competências atingidas:**
 - Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais da disciplina;
 - Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador no que respeita aos cuidados especializados à pessoa vítima de PCR;

- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da concepção à ação;
- Promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas de enfermagem especializada, na área da pessoa em situação crítica.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência do estágio

O percurso desenvolvido foi toldado de um esforço pessoal e profissional, mas bastante compensatório nestas mesmas duas dimensões. A nível pessoal, como ser humano, senti o desenvolvimento de uma sensibilidade específica para lidar de forma salutar com a família e ou cuidadores da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou orgânica, em especial da pessoa vítima de PCR. Verifiquei que esta dimensão se desenvolveu através de um processo consciente, apoiado numa praxis reflexiva e também através de uma aprendizagem conscientemente, fruto do contato direto e constante com os familiares e/ou pessoa(s) representativa(s), no ambiente de cuidados críticos. Contrariamente ao meu ambiente de desenvolvimento profissional até ao momento (SUG), nos cuidados intensivo tive a oportunidade de acompanhar e seguir de perto a evolução dos doentes em estado crítico, transferidos de outros serviços, por períodos mais prolongados. Além desse fator, o rácio enfermeiro/doente permitiu-me vivenciar de perto, processos de recuperação de saúde aos quais não estou habituado. Esclarecer e desmistificar este ambiente de cuidados intensivos, assim como a condição de saúde da pessoa alvo de cuidados, em parceria com outros profissionais da equipa multidisciplinar, levaram-me a mobilizar internamente um conjunto de mecanismos relacionais mais adaptados às necessidades do doente e família/pessoa(s) significativa(s).

Paralelamente e intimamente relacionado com este aspeto, através de um processo de introspeção, considero que me desenvolvi na dimensão profissional. A busca constante pelo conhecimento, sedimentada na vivência dos contextos de prática clínica, sob um mecanismo contínuo de reflexão organizada, constituíram pressupostos-chave para atingir com sucesso as metas apontadas no projeto de estágio (ANEXO I e II). De assinalar que nesta busca e percurso referido, foram fundamentais as orientações da minha docente orientadora e dos orientadores de estágio. Sem eles a consistência do processo ensino-aprendizagem seria muito mais difícil de alcançar, levando sem dúvida, ao incumprimento dos objetivos definidos (APÊNDICE II e III).

No que concerne aos aspetos específicos das intervenções especializadas à pessoa adulta vítima de PCR, ficaram por referir a importância do contato com realidades profissionais de cuidados intensivos diferentes e com âmbitos de intervenção particulares. Por exemplo, num desses contextos já é aplicada uma escala de alerta precoce²² (traduzida e validada), para ativação da equipa de EEMI (tal como preconizado pelo ERC em 2010 e mais evidenciado no final de 2015 nas novas *guidelines* no evento da ILCOR²³).

Outro contributo foi observar como uma organização de saúde resolveu, facilmente, o fato de que a formação específica obrigatória dos elementos da equipa de EEMI, segundo o documento emitido pela DGS (Direção-Geral da Saúde, 2010), não contempla conhecimentos próprios para lidar com situações de pessoas vítimas de trauma. Esta lacuna foi corrigida com a criação de duas equipas EEMI: uma que dá resposta específica aos serviços de internamento, sendo ativada por uma escala de alerta precoce (sem formação em trauma e sediada nos cuidados intensivos) e outra, sediada no serviço de urgência, que responde a situações de doença súbita, trauma inclusive, nos espaços comuns do hospital (dentro e fora do edifício, até à sua área limítrofe).

A possibilidade de prestação de cuidados a pessoas vítimas de neurotrauma, o contato com os cuidados associados às técnicas de substituição renal em ambiente de cuidados intensivos, também devem ser um aspeto a referir, pois despertou particular interesse, devido à sua especificidade e complexidade de abordagem. Como parte dos cuidados pós-RCR, gostaria de referir o desenvolvimento e interesse pelos cuidados de enfermagem na área de transplantação de órgãos. No entanto por questões de dimensão de estágio e gestão do estudo, não me foi possível aprofundar esta temática.

A construção do relatório

De acordo com Hesbeen (2006), “Escrever consiste em colocar em palavras o fruto do próprio pensamento...”. Em contexto de relato de uma prática da postura cuidadora, essa escrita deve exprime-se como leve, prática e sensível, tendo como finalidade a validação de uma etapa contínua do caminho

²² Escala de Alerta precoce NEWS (*National Early Warning Score*)

²³ Consultadas em: <http://www.ilcor.org/home/>

de construção e desenvolvimento de competências, assente num raciocínio reflexo estruturado. Este foi um pressuposto que tive em conta ao longo do percurso formativo e na composição deste relatório. Por força de vicissitudes de ordem pessoal e por necessidade de atualização dos conhecimentos científicos, a celeridade da etapa de conclusão do relatório estendeu-se para além do previsto no cronograma de estágio. Embora a construção do relatório de estágio se tenha iniciado atempadamente como programado (APÊNDICE I), o distanciamento da sua conclusão em relação ao período de estágio constituiu um fator não facilitador.

Sugestões de desenvolvimento de trabalhos sobre a temática

Após a reflexão profunda sobre a pessoa adulta vítima de PCR e no decurso do estudo consistente da dimensão científica, deparei-me com inúmeras questões/dúvidas/inquietações que gostaria de salientar, com vista ao desenvolvimento dos conhecimentos

- Está, na minha perspetiva, pouco clara a verdadeira dimensão do impacto da pessoa vítima de PCR no tecido socioeconómico nacional;
- Sabendo-se que o desenvolvimento de treinos simulados de situações de PCR nos serviços estão recomendados pelo ERC desde há muitos anos, porque não é uma medida obrigatória em todos os serviços no contexto nacional?
- A GTA na pessoa adulta vítima de PCR merece atenção e necessita de estudos que relatem a realidade portuguesa;
- Qual a probabilidade de sucesso de recuperação de uma pessoa vítima de PCR em meio extra e intra-hospitalar em Portugal?
- O uso adequado de mecanismo automáticos de compressão externa, em situações de transporte de vítimas de PCR sem RCE pode constituir um fator promotor da qualidade de cuidados quer em meio extra-hospitalar, como em meio intra-hospitalar (ANEXO XVII)?
- Seria interessante perceber se uma ligeira elevação dos MI poderia contribuir para o melhor prognóstico da vítima de PCR (raciocínio baseado na melhoria da perfusão cerebral); ou ainda se a marcação no tórax da pessoa vítima de PCR, do local de compressões torácicas, poder-

se-iam constituir como medidas de aumento da qualidade e do sucesso da reanimação.

Estas e outras questões devem ser levantadas e estudadas de forma sistemática, com a finalidade de melhorar as taxas de mortalidade e morbidade nacionais das vítimas de PCR. Os conhecimentos, a forma de abordagem e a intervenção à pessoa vítima de PCR, continua a necessitar de desenvolvimento da evidência científica, de forma que melhore a qualidade de cuidados prestados. É evidentemente redutor pensar que esta abordagem se cinge ao SBV SIV ou SAV. E mesmo que se resumisse em algum aspeto a estas intervenções, muito ainda está por melhorar.

O Enfermeiro Especialista nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem o dever e a responsabilidade de se constituir como “roda motriz” do desenvolvimento de cuidados à pessoa vítima de PCR, alicerçado na prevenção da doença, promoção da saúde, manutenção da vida e recuperação da melhor qualidade de vida possível.

Resultados do empreendimento no CMEPSC

Desafios e mais-valias profissionais que surgiram como “fruto” imediato do desenvolvimento proporcionado pelo respetivo CMEPSC da ESEL:

- Nomeação como responsável de formação em serviço do SUG do CHS;
- Chefia de uma equipa de enfermagem do SUG;
- Integração da equipa responsável pelo desenvolvimento e atualização do Plano de Catástrofe Externa do CHS;
- Integração na equipa de formadores internos de SBV, SIV e SAV do CHS;
- Participação nas reuniões do grupo de trabalho de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica;
- Integração do grupo de enfermeiros dinamizadores da revista de enfermagem do CHS (Cuid’Arte);
- Integração no corpo docente de uma instituição de ensino superior;
- Participação na construção e desenvolvimento de um curso pós-graduado na área da pessoa em situação crítica.

Projetos pós conclusão do CMEPSC:

- Dar seguimento ao desenvolvimento acadêmico, nomeadamente através do investimento no doutoramento em Enfermagem;
- Desenvolver e aprofundar o esquema criado, de abordagem à pessoa vítima de PCR, na ótica da construção de ferramentas de trabalho específicas de uma praxis especializada;
- Colaborar com as instituições de ensino superior de Enfermagem e desenvolver competências na área da docência;
- Desenvolver trabalhos de investigação na área da pessoa em situação crítica;
- Contribuir com estudos para o desenvolvimento das *guidelines* de 2020 do ERC.
- Desenvolver a prática do “treino simulado” como uma medida de recomendação nacional de incremento de qualidade de cuidados à pessoa vítima de PCR;
- Publicar os resultados da pesquisa desenvolvida e a desenvolver, considerando a aquisição de competências e a qualidade dos cuidados.

6 – BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A., & J, G. P. (2011). Hipotermia No Doente Pós-Paragem Cardio-Respiratória. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18, 67–75.
- Acierno, L. J., & Worrell, L. T. (2007). Peter Safar: Father Of Modern Cardiopulmonary Resuscitation. *Clinical Cardiology*, 30, 52–54. doi:10.1002/clc
- Acss. (2013). Recomendações Técnicas Para Instalações De Unidade De Cuidados Intensivos, 32. Portugal. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_09_2013_DOC_COMPLETO.PDF
- Adrie, C., Cariou, A., Mourvillier, B., Laurent, I., Dabbane, H., Hantala, F., ... Monchi, M. (2006). Predicting Survival With Good Neurological Recovery At Hospital Admission After Successful Resuscitation Of Out-of-hospital Cardiac Arrest: The OHCA Score. *European Heart Journal*, 27(23), 2840–5. doi:10.1093/eurheartj/ehl335
- Arrich, J., Holzer, M., Havel, C., Müllner, M., & Herkner, H. (2012). *Hypothermia For Neuroprotection In Adults After Cardiopulmonary Resuscitation (Review)*. The Cochrane Collaboration. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
- Arrich, J., Holzer, M., Herkner, H., & Müllner, M. (2010). Cochrane Corner: Hypothermia For Neuroprotection In Adults After Cardiopulmonary Resuscitation. *Anesthesia and Analgesia*, 110(4), 1239. doi:10.1213/ANE.0b013e3181ce8d34
- Belén, M., Posso, S., Maria, L., & Almeida, N. (2012). Palavras-chave: Parada Cardiorespiratória; Ressuscitação Cardiopulmonar; Emergência; Enfermeiro., 66–78.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado A Perito*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.
- Boddicker, K. a, Zhang, Y., Zimmerman, M. B., Davies, L. R., & Kerber, R. E. (2005). Hypothermia Improves Defibrillation Success And Resuscitation Outcomes From Ventricular Fibrillation. *Circulation*, 111(24), 3195–201. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.104.492108
- Bossaert, L., Callanan, V., & Cummins, R. O. (1997). Early Defibrillation: An Advisory Statement By The Advanced Life Support Working Group Of The International Liaison Committee On Resuscitation. *Resuscitation*, 34, 113–114. Disponível em [http://www.ilcor.org/data/Resus-2034\(2\)-20113-114.pdf](http://www.ilcor.org/data/Resus-2034(2)-20113-114.pdf)

Boterf, G. Le. (2003). *Desenvolvendo A Competência Dos Profissionais*. (P. C. R. Reuillard, Tran., P. Alegre, Ed.) (3ª Edição.).

Boterf, G. Le. (2005). *Construir As Competências Individuais E Colectivas:Resposta A 80 Questões*. (Edições Asa, Ed.). Porto.

Boterf, G. Le. (2006). Avaliar A Competência De Um Profissional: Três Dimensões A Explorar. *Reflexão*, 60–63. Disponível em [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação Da Rede Nacional De Emergência E Urgência*. Lisboa. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>

Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Caderno Temático: Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/CadernoTematico3_AcreditacaoldoneFormativaContextosPratClinica_Estrutuldonesades_proteg.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional De Saúde*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência. Circular Normativa Nº 15*. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=16312>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações Para O Seu Desenvolvimento. Direcção Geral Da Saúde*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

ESEL. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa. Disponível em http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/PlanoEstudos/Mestrado_PCriticaPE.htm

European Resuscitation Council. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. Disponível em <https://www.erc.edu/>

European Resuscitation Council. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*. Disponível em <http://www.cprguidelines.eu/>

Fernandes, A. P., Vancini, C. R., Cohrs, F., & Simone, R. (2010). Qualidade Das Anotações De Enfermagem Relacionadas À Ressuscitação Cardiopulmonar Comparadas Ao Modelo Utstein *, 23(6), 757–763.

- Fernandes, S. (2010). Diagnóstico Do SI Do INEM : Fragilidades E Mudanças Em Curso. In Universidade Fernando Pessoa (Ed.), *FEC3-Livros (ou Partes, Com Ou Sem Arbitragem Científica) : [134]*. Faro: Universidade do Algarve. Disponível em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2843/1/Artigo Livro Inform Saude.pdf>
- Futterman, L. G., & Lemberg, L. (2004). The Significance Of Hypothermia In Preserving Ischemic Myocardium. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 13(1), 79–84. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14735651>
- Grupo de Trabalho de Trauma e Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*.
- Grupo de Trabalho Urgências. (2006). *O Serviço De Urgência: Recomendações Para A Organização De Cuidados Urgentes E Emergentes*. Disponível em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro_urgencias_2006.pdf
- Hesbeen, W. (2006). *TRABALHO DE FIM DE CURSO, TRABALHO DE HUMANIDADE. Emergir Como O Autor Do Seu Próprio Pensamento*. (M. M. Martins, Tran., Lusociência, Ed.). Loures.
- Huikuri, H. V. (2011). Prediction And Prevention Of Sudden Cardiac Arrest. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 183(15), 1692–3. doi:10.1503/cmaj.111245
- INEM, & DGE. (2015). *Portugal vai ter ensino de Suporte Básico de Vida nas Escolas : INEM e DGE assinam protocolo*. Lisboa. Disponível em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28109
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual De Suporte Avançado De Vida*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013a). *Relatório De Avaliação: QUAR INEM 2012*. Lisboa: INEM. Disponível em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20130909141211376158.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013b). *Relatório De Uma Comissão De Serviço (3 Anos: 07/10/2010 A 06/10/2013)*. Lisboa. Disponível em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20131008142659206345.pdf>
- Kaji, A. H., Hanif, A. M., & Niemann, J. T. (2010). Advanced Rescuer- Versus Citizen-witnessed Cardiac Arrest: Is There A Difference In Outcome? *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 15(1), 55–60. doi:10.3109/10903127.2010.514089

- Kaye, P. (2005). Early Prediction Of Individual Outcome Following Cardiopulmonary Resuscitation: Systematic Review. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 22(10), 700–5. doi:10.1136/emj.2004.016253
- Kincaid, J. P., & Westerlund, K. K. (2009). SIMULATION IN EDUCATION AND TRAINING, 273–280.
- Lima, J. J. F., Almeida, A., Rodrigues, I., Santos, H., & Almeida, A. P. D. E. (1994). A EUROPA E O ENSINO DE REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA, 255–256.
- Martins, A. (2010). *Reanimação Cardiorrespiratória no Pré-hospitalar*, Universidade do Porto. Disponível em [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52830/2/Tese Reanimao Cardiorrespiratria.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52830/2/Tese%20Reanimao%20Cardiorrespiratoria.pdf).
- Martins, T., & Rodrigues, T. (2009). *Saúde E Qualidade De Vida Em Análise*.
- Mateus, B. A. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar: Que Realidade*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Meleis, A. I. (2010). *TRANSITIONS THEORY: Middle Range And Situation Specific Theories*.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions : An Emerging Middle_Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Ministério da Saúde. (2011). *Relatório Final Do Grupo Técnico Para A Reforma Hospitalar: Os Cidadãos No Centro Do Sistema Os Profissionais No Centro Da Mudança*. Lisboa: Diário da República N.º 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011. Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei N.º 184/2012 De 8 De Agosto Do Ministério Da Saúde, N.º Diário da República, 1.ª série — N.º 153, 4182–4183. Portugal. Disponível em www.dre.pt
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho N.º 10319/2014 De 11 De Agosto Do Ministério Da Saúde. 153, 20673–20678. Portugal. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>
- Mitchell, M. J., Stubbs, B. a, & Eisenberg, M. S. (2005). Socioeconomic Status Is Associated With Provision Of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation.

Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors, 13(4), 478–86. doi:10.1080/10903120903144833

Moriwaki, Y., Sugiyama, M., Yamamoto, T., Tahara, Y., Toyoda, H., Kosuge, T., ... Suzuki, N. (2011). Outcomes From Prehospital Cardiac Arrest In Blunt Trauma Patients. *World Journal of Surgery*, 35(1), 34–42. doi:10.1007/s00268-010-0798-4

Navarro-vargas, J. R., & Díaz, L. (2014). Síndrome Posparo Cardíaco. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 2(2), 107–113.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Orientações Relativas Às Atribuições Do Enfermeiro No Pré-hospitalar, 1–2. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao17jan2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. Portugal. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica. Portugal. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). REPE E Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros, 15,18,. Portugal. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *15 Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Alteração ao Regulamento Idoneidade formativa dos contextos da prática clínica*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/AG26abril2014_AlteracaoRegulamentoldoneidade_formativa_CPC_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte De Doentes Críticos - Recomendações, 45. Disponível em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Pinto, S. (2012). *Hipotermia Terapêutica na Paragem Cárdio-Respiratória*. Universidade do Porto.

Ribeiro, F., & Gentil, R. C. (2012). Hipotermia Induzida Na Parada Cardíaca : Implicações Para A Enfermagem. *UNISA*, 13(2), 137–142.

Ruivo, M. a, Nunes, L., Ferrito, C., & Cle, E. (2010). Metodologia De Projecto: Colectânea Descritiva De Etapas. *Percurso*, 15, 1–38. doi:ISSN 1646-5067

Sayre, M. R., Cantrell, S. a, White, L. J., Hiestand, B. C., Keseg, D. P., & Koser, S. (2007). Impact Of The 2005 American Heart Association Cardiopulmonary Resuscitation And Emergency Cardiovascular Care Guidelines On Out-of-hospital Cardiac Arrest Survival. *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 13(4), 469–77. doi:10.1080/10903120903144965

Temple, a., & Porter, R. (2012). Predicting Neurological Outcome And Survival After Cardiac Arrest. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 12(6), 283–287. doi:10.1093/bjaceaccp/mks029

Van de Glind, E. M. M., van Munster, B. C., van de Wetering, F. T., van Delden, J. J. M., Scholten, R. J. P. M., & Hooft, L. (2013). Pre-arrest Predictors Of Survival After Resuscitation From Out-of-hospital Cardiac Arrest In The Elderly A Systematic Review. *BMC Geriatrics*, 13, 68. doi:10.1186/1471-2318-13-68

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO I: AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO UCI A

Apreciação Global

Integrou-se na equipa facilmente, promovendo e facilitando a interação com os demais intervenientes. Foi ainda capaz de perceber e se integrar na dinâmica específica desta unidade de cuidados intensivos, evidenciando capacidade de trabalho na equipa interdisciplinar.

Demonstrou capacidade de mobilizar competências especializadas, adquiridas em contextos hospitalares diferentes, Serviço de Urgência, para a sua prática durante este período de estágio.

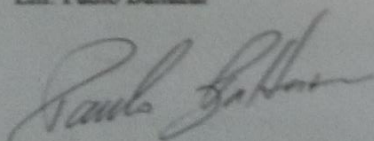
Desenvolveu e consolidou conhecimentos técnico-científicos na abordagem do doente crítico com falência múltipla de órgãos, em contexto de cuidados intensivos, em particular nos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de paragem cardiorrespiratória, submetida a protocolo de hipotermia terapêutica.

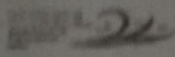
Refletiu sobre a realidade dos cuidados intensivos no global e neste serviço em particular, o que lhe permitiu identificar situações problemáticas e desenvolver estratégias para colaborar na sua resolução. São exemplo, as instruções de trabalho elaboradas na área da prevenção da infeção.

Conclui-se que o enfermeiro Flávio Rocha Faria foi capaz de atingir os objectivos específicos propostos, e desenvolveu no período de estágio, comportamentos e competências especializadas, em contexto de unidades de cuidados intensivos, realizando um estágio que se classifica com a nota de **Muito Bom**.

Lisboa 18 de Dezembro de 2014

Enf. Paulo Baltazar





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIACÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Apreciação global em Documento anex.

Date: _____ Tutor: _____ Assinatura: _____
Orientador: _____
Estudante: _____

PAVLO BALTAZAR
[Signature]

ANEXO II

ANEXO II: AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO UCI B



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O aluno Rúlio Faria compreendeu o funcionamento do serviço, integrando rapidamente a equipa multi e interdisciplinar.

Demonstrou-se interessado, adotou uma postura de enfermeiro especialista, observando e colaborando na prestação de cuidados e identificações / analisando de forma sistemática e crítica algumas necessidades do serviço, nomeadamente na área da sua temática, planeando e desenvolvendo desta modo a sua formação.

Fez igualmente uso do seu formação inicial e experiência profissional e pessoal no decorrer do seu estágio, fundamentando as discussões realizadas e conduzindo o seu próprio processo.

Demonstrou competências na área da comunicação, nomeadamente com o doente, estabelecendo facilmente uma relação terapêutica com o mesmo.

Quantitativamente avaliou o seu processo em "muito bom".

Data: 22/2/2015

Tutor

Orientador

Estudante

Assinatura

ANEXO III

ANEXO III: ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR



Janeiro de 2007- EP01/07

Enfermagem no Pré-Hospitalar

Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar

A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objectivo garantir, à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correcta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada. A imprescindibilidade da intervenção dos enfermeiros decorre deste compromisso.

O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem actuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU¹ e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites.

A Ordem dos Enfermeiros, tendo em consideração a relevância que decorre do enquadramento aqui enunciado - independentemente do contexto e estatuto jurídico da organização prestadora dos cuidados de saúde - e, no cumprimento do seu designio fundamental que a obriga a assumir a responsabilidade pela promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população e o controlo e regulação do exercício profissional dos enfermeiros, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional, **afirma:**

Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar.

Em consequência, o Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e o Conselho de Enfermagem, tendo como princípio que o enfermeiro orienta a sua actuação pelos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, e assumindo que o enfermeiro afecto a esta área de intervenção é portador de formação específica orientada e oficialmente certificada, **decide:**

1 - Emitir as seguintes orientações para as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar:

- 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;

¹ Central de Orientação de Doentes Urgentes



Janeiro de 2007- EP01/07

Enfermagem no Pré-Hospitalar

- Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;
- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento;

2 – Clarificar que a centralidade das atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar decorre das intervenções aqui referidas, pelo que, quaisquer outras que impeçam a prossecução das mesmas são contrárias ao quadro da responsabilidade profissional decorrente da lei.

As orientações ora produzidas têm por finalidade última a proteção do cidadão em situação de acidente e/ou doença súbita, na perspectiva de assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar. Cada cidadão tem o direito de esperar sempre o usufruto das respostas que os avanços científicos, tecnológicos e do conhecimento humano na saúde e na enfermagem permitem.

A Bastonária

Enfermeira Maria Augusta Sousa

Lisboa, 17 de Janeiro de 2007

Enunciado de posição

Ordem dos Enfermeiros

ANEXO IV

ANEXO IV: ARTIGO SOBRE ESCALA TISS 28

ARTIGOS ORIGINAIS

ORIGINAL ARTICLES

TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) e sua capacidade prognóstica*TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) and its prognostic value*

Pinto, T; Pires, M

UCI Polivalente do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

RESUMO

Introdução: As escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem são uma ferramenta de gestão importante em cuidados intensivos, sendo o TISS-28 uma das mais utilizadas. Contudo, o TISS tem sido também usado como indicador da gravidade / prognóstico. No entanto, será que se justifica esta utilização, quando existem diversos índices de avaliação da gravidade / prognóstico construídos especificamente para esse fim?

Objetivo: Avaliar a capacidade prognóstica do TISS-28. **Material e Métodos:** Este estudo teve por base uma análise correlacional e retrospectiva das avaliações do TISS-28, dos índices de gravidade e da mortalidade dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), EPE, de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2007.

Resultados: Foram analisadas 6568 avaliações do TISS-28 referentes a 902 doentes. A idade média foi 63 anos e 59% dos doentes eram do sexo masculino. A demora média foi 6,3 dias e 16,6% dos doentes faleceram na UCIP. Existe correlação directa moderada, muito significativa, entre o TISS-28 inicial e o APACHE-II ($r=0,458$), o SAPS-II ($r=0,463$), o MPM-II₀ ($r=0,466$) e o SOFA₀ ($r=0,532$). A correlação entre a mortalidade bruta e o TISS-28 médio ($r_{pb}=0,4677$) é maior do que com o TISS-28 inicial ($r_{pb}=0,2934$) e existe diferença muito significativa ($p<0,000$) entre a média do TISS-28 médio e o TISS-28 inicial dos que faleceram e dos que tiveram alta.

Conclusões: Não é fiável utilizar os valores do TISS-28 para avaliar a gravidade/prognóstico dos doentes internados na UCIP, pois a percentagem de doentes em que se pode atribuir a variabilidade do TISS-28 à dos índices de gravidade ou à mortalidade é muito baixa (<30%). Assim, a avaliação da gravidade/prognóstico dos doentes deverá ser feita através de escalas desenvolvidas especificamente com esse objectivo. No entanto, deve ser valorizada a utilidade do TISS-28 como ferramenta de gestão dos recursos de enfermagem.

Palavras-Chave: TISS-28, Unidade de Cuidados Intensivos, prognóstico, carga de trabalho de enfermagem, índice de gravidade, modelo prognóstico.

Correspondência:

Tiago Pinto
UCI Polivalente do CHTMAD
Unidade Hospitalar de Vila Real, EPE
Vila Real
Portugal
Email: tampinto@portugallmail.pt

ABSTRACT

Introduction: Nursing workload evaluation scales are a management tool often used in intensive care, TISS-28 being one of main ones, is also used as a prognosis / severity indicator. However, can we justify this use while knowing that there are prognosis/severity evaluation methods specifically validated to that purpose? **Objectives:** Evaluation of TISS-28 prognosis capabilities. **Material and Methods:** This study was based on a retrospective correctional analysis of TISS-28 evaluations concerning to the severity and mortality indexes of the patients confined to the All-Purpose Intensive Care Unit (UCIP) of the Trás-os-Montes e Alto Douro Medical Center (CHTMAD), EPE, from the 1st of January 2005 to the 31st of December 2007. **Results:** The analysis included 6568 TISS-28 evaluations concerning to 902 patients. The average age was 63years old and 59% of the patients were males. The average wait was 6,3 days and 16,6% of the patients died. There is a highly significant moderate direct correlation between the initial TISS-28 and the APACHE-II ($r=0,458$), o SAPS-II ($r=0,463$), o MPM-II₀ ($r=0,466$) e o SOFA₀ ($r=0,532$). The correlation between gross mortality and the average TISS-28 ($r_{pb}=0,4677$) is higher than with the initial TISS-28 ($r_{pb}=0,2934$) and there is a significant difference ($p<0,000$) between the mean of the average TISS-28 and the initial TISS-28 concerning to the patients that died and the ones that were discharged.

Conclusions: TISS-28 values are not reliable to evaluate the severity/prognosis of the patients confined to the UCIP, given that the percentage of patients on which the TISS-28 variance can be applied to the severity and mortality indexes is very low (<30%). Patient severity/prognosis evaluation should be done using scores that are specifically developed to that purpose. However, TISS-28 should be valued as a nursing resources management tool.

Keywords: TISS-28, Intensive Care Unit, prognosis, nursing workload, severity index, prognosis model.

INTRODUÇÃO

As primeiras unidades de cuidados intensivos (UCI's) eram salas, inseridas num serviço, apetrechadas com material sofisticado, vocacionadas para o doente em estado crítico, e os profissionais de saúde encontravam-se a prestar assistência global ao serviço e não especificamente à unidade. Com o decorrer do tempo, essas salas transformaram-se em serviços independentes e os profissionais começaram a ter formação específica e a

ANEXO V

ANEXO V: SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE ALERTA PRECOCE NEWS

NEWS – Versão Portuguesa (Port.)

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturações de oxigénio	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequência Cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estímulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

Protocolo de Atuação do Sistema de Pontuação de Alerta Precoce NEWS

Pontuação NEWS	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
0	Baixo	Mínima de 12 horas	-Manter monitorização de rotina com o NEWS
1-4	Baixo	Mínima de 4 a 6 horas	- Informar a enfermeira responsável do turno - Enfermeira responsável de turno decide se é necessário aumento da frequência de monitorização ou escalamento dos cuidados prestados
5-6 ou 3 num parâmetro individual	Médio	Aumentar a Frequência para o mínimo de 1 hora	- Enfermeira responsável pelo doente deve informar o Médico Responsável - Observação urgente por um médico com competências em cuidados de saúde diferenciados a doentes agudos - Cuidados de saúde num ambiente com equipamento de monitorização
7 ou Mais	Alto	Monitorização Contínua dos Sinais Vitais	- Enfermeira responsável deve informar imediatamente a equipa médica responsável pelo doente - Avaliação urgente por uma equipa médica com competências de cuidados intensivos que inclua especialistas em abordagem à via aérea avançada - Considerar a transferência para uma unidade de cuidados intensivos (Unidade de nível 2 ou 3)

Fonte:

National Early Warning Score (NEWS) – Versão Portuguesa (LUIS, 2014).

ANEXO VI

ANEXO VI: EXEMPLO DE UM PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA (HT)

Definição: A HT protege contra a lesão cerebral isquémica e contribui para a diminuição da mortalidade e das sequelas neurológicas graves e melhoria da qualidade de vida em doentes pós PCR.

Mecanismo: A HT pós PCR interfere na agressão hipóxico – isquémica, que se agrava no período de reperfusão, em que diversas cascatas bioquímicas são activadas, processo este que se prolonga por 48 -72 horas. A HT deve ser iniciada o mais rápido possível e deve ser mantida pelo menos durante 12h para proteger o cérebro da lesão de perfusão e interromper o referido processo fisiopatológico.

Evidência: Classe I pelo *European Resuscitation Council* desde as Guidelines ERC 2010

Objectivos: Induzir uma Hipotermia Terapêutica moderada nos primeiros 30 minutos pós ROAC e manter uma temperatura corporal central entre 32º e 34ºC em doente com ROSC pós PCR

Critérios Inclusão:

- Doentes com ROSC em score Glasgow ≤ 9 pós - PCR
- Idade > 18 anos
- PAs > 90 mmHg espontaneamente ou com recurso a volume e/ou vasopressores
- Existência de vaga de UCI assegurada

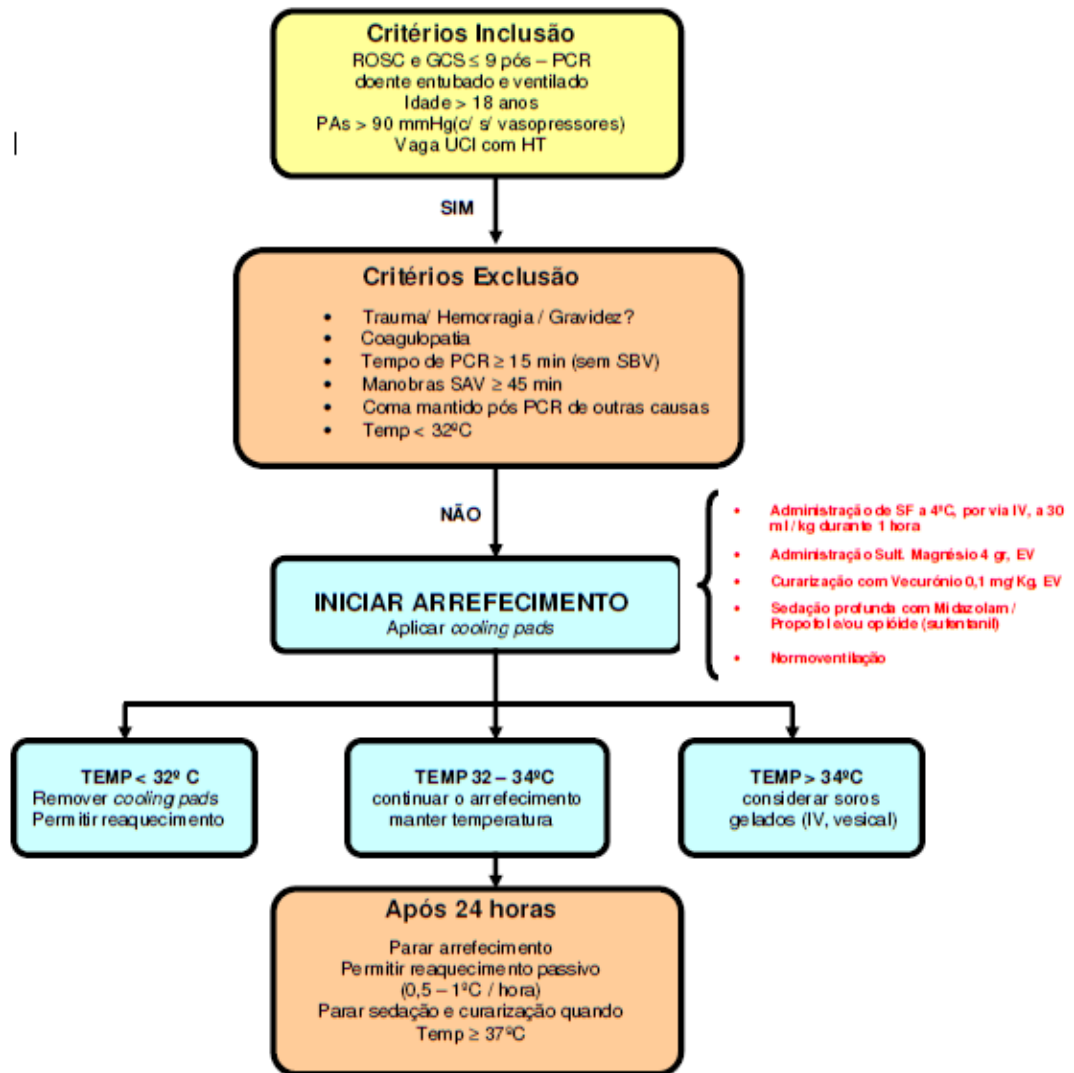
Critérios de exclusão:

- Doentes com GCS ≥ 10
- Tempo de paragem sem SBV >15 minutos
- Tempo de reanimação cardiorespiratória > 45 minutos
- Coagulopatia (não inclui anti-coagulação oral)
- Paragem cardíaca secundária a trauma, dissecação aorta, hemorragia intra-craniana ou hemorragia massiva
- Gravidez
- Outra causa de coma pós PCR (overdose, fármacos ou AVC)
- Temperatura inicial $< 32^\circ\text{C}$

Cuidados especiais:

- Doente deve ser profundamente sedado, entubado e mecanicamente ventilado se necessário
- Doente deve ser curarizado em caso de ocorrência de mioclonias
- Arrefecimento inicial deve ser imediato e muito agressivo até atingir uma temperatura central inferior a 34ºC
- Monitorização ECG contínua uma vez que são frequentes as arritmias
- Temperatura corporal central monitorizada por via nasofaríngea ou esofágica (*temperatura timpânica não fornece valores correctos*)
- Registrar dados na ficha clínica própria

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA (HT)



Ponderar reaquecimento se:

- Desenvolvimento de arritmias significativas (FV, TV e FA incontrolável)
- Coagulopatia e hemorragia
- Instabilidade Cardiovascular
- Temp ≤ 31°C

Cuidados especiais a efectuar:

- Cabeceira elevada a 30º
- PA sistólica ≥ 90 mmHg
- Glicémia capilar 80 – 120 mg/dl
- PaO₂ ≥ 85 mmHg
- PaCO₂ = 35 – 40 mmHg
- Medição e registo da temperatura esofágica e timpânica

HIPOTERMIA TERAPEUTICA

DATA: ___/___/___

MÉDICO/A: _____ (nome ou iniciais)

CODU Nº: _____

DOENTE: Sexo ♂ Sexo ♀ Idade ___ anos

OCORRÊNCIA: PCR por _____

Nome: _____
 Data Nascimento: ___/___/___ Sexo: ___
 Cartão Utente: _____
 Hospital: _____ Nº Processo: _____
VINHETA DO DOENTE

TEMPOS:

Tempo estimado entre PCR e SBV min

Tempo estimado entre SBV e SAV min

Ritmo Inicial de PCR:

FV / TVsp

AEsP / Assistolia

Tempo estimado entre PCR e Desfibrilhação min

Tempo estimado entre PCR e ROSC min

Tempo estimado entre PCR e início HT min

Crterios Incluso:

- 1) Doentes com ROSC com GCS \leq 9
- 2) Idade > 18 anos
- 3) PAs > 90 mmHg

Crterios Exclusão:

- 1) Trauma / Hemorragia / Grávida
- 2) Coagulopatia / Sepsis
- 3) Instabilidade hemodinâmica
- 4) Hemorragia Intra-craniana
- 5) Doença terminal / DNR
- 6) Tempo PCR sem SBV > 15 min
- 7) Tempo SAV > 45 min

EXAME OBJECTIVO

	FC	PA	SatO ₂	EtCO ₂	Ritmo ♥	Temp Esof.	Temp Timp.	Fármacos administrados
1ª Medição ... h... m								MDZmg PROPmg
Início do Arrefecimento Corporal (EMCOOLS + SORO GELADO)								
2ª Medição ... h... m								MgSO4g VECmg SUFµg
3ª Medição ... h... m								Coutros:

DIAGNÓSTICO (S): _____

Na sua opinião a aplicação do EMCOOLS®:

Atrasou algum dos procedimentos necessários à abordagem do doente:

Sim Não

Qual?

Foi de fácil e prática colocação:

Sim Não

Tempo necessário para a colocação das cooling pads \leq 2 minutos:

Sim Não

Foi eficaz no arrefecimento corporal do doente:

Sim Não

Se sim \Rightarrow em °C

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO!!!

Ficha nº.....

ANEXO VII

**ANEXO VII: EXEMPLO DE UM SISTEMA DE ARREFECIMENTO
CORPORAL PARA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM CONTEXTO
PRÉ-HOSPITALAR**

SISTEMA DE ARREFECIMENTO EMCOOOLS

Flex.Pad

Flex.Pad é um sistema de arrefecimento superficial não-invasivo composto por compressas individuais cheias com HypoCarbon®. Estas são dispostas congeladas sobre a superfície corporal do paciente com uma película adesiva medicinal tolerada pela pele. A flexibilidade das Flex.Pads permite que se adaptem a todas as formas e tamanhos corporais.

A utilização das EMCOOOLS Flex.Pads é fácil e segura e é feita em duas breves etapas:

1. Retirar a película traseira
2. Colocar as EMCOOOLS Flex.Pads na superfície corporal do paciente.

Com a Flex.Pad, os pacientes podem ser arrefecidos de forma rápida, duradoura e com total mobilidade, tanto em situações de salvamento como em ambientes hospitalares.



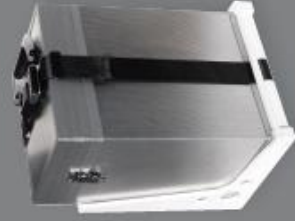
Six.Pack

Esta unidade de arrefecimento flexível e móvel foi especialmente desenvolvida para utilização imediata das EMCOOOLS Flex.Pads em situações de salvamento por transporte aéreo pré-hospitalar. A capacidade de arrefecimento consegue manter-se até 12 horas sem ser necessária uma fonte de alimentação eléctrica externa. Naturalmente, a EMCOOOLS Six.Pack cumpre também as exigências necessárias para utilização em veículos de socorro.



EMCOOLS Box

A unidade de arrefecimento móvel foi especialmente desenvolvida para utilização das Flex.Pads em veículos de socorro e permite manter as EMCOOOLS Flex.Pads prontas para utilização num período até 24 horas, sem fonte de alimentação eléctrica externa. Com a EMCOOOLS Boxholder, a caixa é presa de forma segura nos veículos de salvamento.



EMCOOLS Temp

Ao utilizar EMCOOOLS Flex.Pad, é necessário monitorizar continuamente a temperatura corporal do paciente.

O EMCOOOLS Temp é um dispositivo de medição de temperatura especialmente desenvolvido para trabalhar no intervalo de temperatura da hipotermia terapéutica (entre 32 °C e 34 °C). Este dispositivo monitoriza a temperatura corporal do paciente durante todo o período da terapia de arrefecimento. O dispositivo de medição tem integrado um sistema de feedback regulado, terminantemente que garante a segurança do paciente durante a terapia de arrefecimento.



ARREFECIMENTO CORPORAL DO PACIENTE

UNIDADE DE ARREFECIMENTO MÓVEL

MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA

ANEXO VIII

**ANEXO VIII: EXEMPLO DE UM PROTOCOLO DE HIPOTERMIA
TERAPÊUTICA DE UM CENTRO HOSPITALAR**

Protocolo: Hipotermia Terapêutica

Versão: 2.0 02/04/2012 Revisão: 2015

Indicações

- Adultos vítimas de PCR (qualquer local, qualquer ritmo de paragem)
- Recuperação cardíaco-circulatória mantida com TAS > 80 mmHg
- GCS < 9 até ao início do protocolo (inclui os doentes agitados)

Contra-indicações absolutas

- Crioglobulinémia
- Hemorragia grave não controlada
- Temperatura central < 30° C

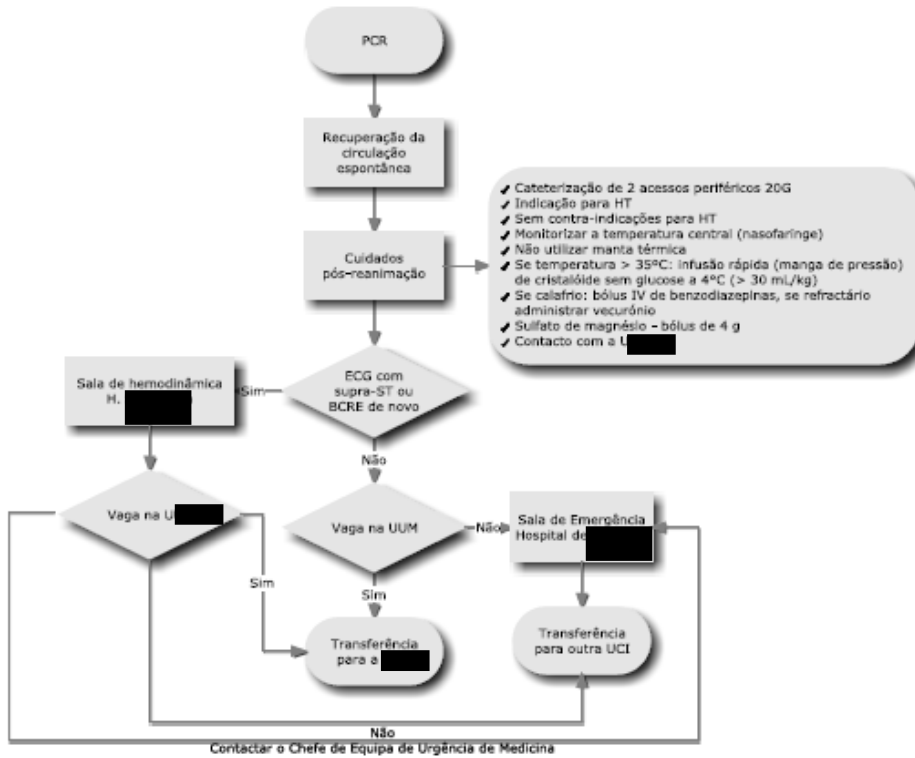
Contra-indicações relativas

- Tempo de PCR não assistida medicamente superior a 10 minutos
- Tempo de reanimação superior a 45 minutos
- Tempo de hipotensão mantida, após recuperação da circulação espontânea, superior a 30 minutos. (TAS < 80 ou TAM < 45 mmHg)
- Tempo desde a PCR superior a 8 horas (em casos pontuais pode-se alargar este intervalo até às 12 horas)
- Coagulopatia primária (não hipocoagulação induzida)
- Doentes com necessidade de terapêutica com manitol
- Doentes em sépsis grave ou choque séptico
- Doença em estadio terminal
- PCR secundária a trauma (excepto traumatismo crânio-encefálico isolado), hemorragia intra-craniana, hemorragia massiva ou dissecação da aorta
- Cirurgia major intra-craniana, torácica ou abdominal nos 14 dias precedentes
- Gravidez

Protocolo: Hipotermia Terapêutica

Versão: 2.0 02/04/2012 Revisão: 2015

Abordagem pré-hospitalar – VMER Hospital



Nota: Após contacto da VMER, caso exista vaga na UICU, preparar e ligar o cobertor inferior em modo manual a 4°C.

Protocolo: Hipotermia Terapêutica

Versão: 2.0 02/04/2012 Revisão: 2015

Indução da HT na U

Objectivo: temperatura alvo de 33 ± 1 °C em menos de 8 horas

1. Monitorização da temperatura faríngea
2. Infusão rápida (com manga de pressão) de cristalóides sem glucose a 4°C (>30 ml/kg a 100 ml/min).
Não usar o acesso da veia jugular ou subclávia para este efeito
3. Sedação profunda com propofol (0,5-2 mg/kg/h) + alfentanil (5-15 mcg/kg/h) ± midazolam (>0,1 mg/kg/h)
4. Utilização de meios externos de arrefecimento (cobertor de arrefecimento inferior E superior em modo automático e/ou aplicação de gelo)
5. Bólus de curarizante (ex. vecurónio 0,1 mg/kg)
6. Sulfato de magnésio - bólus de 4 a 6 g seguido de perfusão a 1-3 g/h

Avaliação 1 hora após o início

Redução > 0.5 °C/h

Não

Adicionar perfusão de curarizante

Avaliação 1 hora após alteração

Redução > 0.5 °C/h

Sim

Manter medidas até temperatura alvo

Não

Adicionar HFVVC com arrefecimento das linhas (débito de bomba > 200 ml/min; reposição? 20 ml/kg/h; preferencialmente sem heparina)

Sim

Manter medidas até temperatura alvo

Avaliação 1 hora após alteração

Redução > 0.5 °C/h

Não

Intensificar as medidas anteriores

Procedimentos associados

- ✓ Ventilação mecânica invasiva para normoventilação (com ajuste gasimétrico para a temperatura) com circuito de aquecimento do ventilador desligado
- ✓ Monitorização invasiva da pressão arterial
- ✓ Colocação de catéter venoso central (a infusão de soro gelado deve ser iniciada por via periférica)
- ✓ Monitorização contínua de EEG

Exames complementares de diagnóstico a realizar

- Perfil de admissão da patologia clínica na U, com amilase
- Beta-HCG nas mulheres em idade fértil
- Gasometria
Nota: todas as gasometrias devem ter os valores corrigidos para a temperatura do paciente
- Exames microbiológicos: HC (2), ATB e UC
- Rx de tórax
- ECG
- Ecocardiograma TT. Na sua ausência e se $ScO_2 \leq 65\%$ monitorizar o doente com cateter de PICCO ou de Swan-Ganz.
- Ponderar a monitorização hemodinâmica invasiva (PICCO ou Swan-Ganz) em todos os doentes com EAM
- Ponderar o risco/benefício de realizar TAC-CE

Autores:

ANEXO IX

**ANEXO IX:EXEMPLO DE UM SISTEMA DE ARREFECIMENTO
CORPORAL PARA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM CONTEXTO
HOSPITALAR**

COOLING THERAPY SYSTEM

QUICK REFERENCE GUIDE



ANEXO X

**ANEXO X: COMPROVATIVO DE EXECUÇÃO DO PROJETO
“FAMÍLIA EM SEGURANÇA” NO CHS**



ANEXO XI

**ANEXO XI: POSTER DE DIVULGAÇÃO DAS SES DO PROJETO
“FAMÍLIA EM SEGURANÇA”**

HOSPITAL de Portas Abertas

Família em Segurança

05/19 Abril
03/17/31 Maio
06/09/17 Setembro
11/25 Outubro

Centro Hospitalar de Setúbal
Sala de Sessões
Hospital de São Bernardo

14:00 | 16:00h

"Sessões de Educação para a Saúde sobre Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros dirigidas aos pais de crianças e jovens de município de Setúbal"

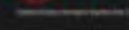


Contactos:
Hospital de São Bernardo - Serviço de Gestão de Formação
Rua Camilo Castelo Branco (2010-440) Setúbal
26500972 | ana.portas@chm.mn.saude.pt

As inscrições em cada sessão serão abertas até 1 semana antes do evento e são gratuitas e em linha.
Inscrição em: <https://www.ipsoc.com/inscricao> ou inscricao@ipsoc.com
Lote de inscrições por dia: 30 pessoas

Apoio:

Centro Hospitalar de Setúbal, CHS
Hospital de São Bernardo
Hospital de São João de Setúbal



ANEXO XII

**ANEXO XII: CERTIFICADO PRESENÇA NAS 2ª JORNADAS DE
ENFERMAGEM DO CHS**

as **Jornadas**
2 ENFERMAGEM
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL EPE

Certificado

Um olhar reflexivo sobre o (in)visível
Intervenção partilhada de enfermagem

Certifica-se que **Flávio Faria**, apresentou a Comunicação Livre “**Intervenção (In)visível do Enfermeiro à Pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória: Projeto “Família em Segurança”**”, nas 2^{as} Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - “Um olhar reflexivo sobre o (in)visível | Intervenção partilhada de enfermagem”, que decorreram nos dias 27 e 28 de novembro de 2014, no Fórum Municipal Luísa Todi - Setúbal.

Setúbal, 28 de novembro de 2014
A Comissão Organizadora

27 | 28 novembro
2014

JORNADAS DE ENFERMAGEM
Centro Hospitalar de Setúbal
R. Cañilo Castelo Branco,
2910 - 446 SETÚBAL

ANEXO XIII

ANEXO XII: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO 3º EEEMC



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

FLÁVIO ANSELMO ROCHA DE ALMEIDA FARIA

Membro n.º 52929 desta Ordem, esteve presente no 3º ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, dias 23 e 24 de janeiro de 2015 (12 de presença), com a duração total de 12 horas, em Santarém, no Auditório Maria de Lurdes Asseiro da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Santarém, 24 de janeiro de 2015.

O Bastonário



Enf.º Gerardo Couto

ANEXO XIV

ANEXO XIV: POSTER DE DIVULGAÇÃO DO EVENTO DA DGPC

Sensibilização para cenários de risco

Reciclagem de conceitos e novas perspetivas

Medidas de autoproteção
Introdução à segurança
Urgência e emergência em Saúde – Intervenção sobre a pessoa
Conceito "Mass Gathering"
Procedimentos de atuação

Oradores:
Eng. João Seabra Gomes
Eng. José Gonçalves
Eng. Possidónio Roberto
Eng. João Almeida
Dra. Susana Leal
Dr. Flávio Faria

24 de novembro
Museu Nacional Machado de Castro - Coimbra

1 e 2 de dezembro
Museu Nacional de Etnologia - Lisboa

GOVERNO DE PORTUGAL | SECRETÁRIO DE ESTADO DA CULTURA
PATRIMÓNIO CULTURAL
Direção-Geral do Património Cultural

ANEXO XV

**ANEXO XV: COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO COMO
PALESTRANTE NO EVENTO DA DGPC**



DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que FLÁVIO ANSELMO ROCHA DE ALMEIDA FARIA, contribuinte fiscal n.º 236 516 990, ministrou formação com as seguintes características:

- a) **Tema:** Sensibilização para Cenários de Risco
- b) **Duração:** 16h
- c) **Entidade:** Direção Geral do Património Cultural

Corroios, 2 de Março de 2015

A Gerência

(Helena Mendes Jordão)

HELPEM EMERGENCY, LDA.
NIF: 501 200 001
R. Soldado Luis, n.º 1A - 2655-154 Corroios

ANEXO XVI

ANEXO XVI: PROGRAMA DO EVENTO DA DGPC

Sensibilização para cenários de risco – Reciclagem de conceitos e novas perspetivas			
horas	Títulos	Oradores	Assuntos
9,00 - 9,15	Recepção aos participantes		
9,15 - 09,45	Abertura Medidas de autoproteção	Diretor do Museu / Diretor do DEPOF Eng.º José Gonçalves	- Enquadramento legal das medidas de autoproteção - A segurança nos edifícios da DGPC - Implementação dos planos de segurança aprovados pela ANPC - Discussão sobre medidas de autoproteção
09,45 - 10,45	Intervalo	Orador convidado/ Eng.º José Gonçalves	
10,45 - 11,00	Intervalo		
11,00 - 12,30	Introdução à segurança	Eng.º Possidónio Roberto/ Eng.º João Almeida	- Perigo. - Risco. - Definição de segurança - Análise de risco em edifícios culturais
12,30 - 13,00	Debate		
13,00 - 14,00	Almoço		
14,15 - 15,30	Urgência e emergência em Saúde – Intervenção sobre a pessoa Conceito "Mass Gathering"	Dr. Flávio Faria	Noções sobre atuação em situações de urgência e emergência com uma ou mais vítimas. Articulação com o SIEM Planeamento e prevenção em situações de exceção – conceito "Mass Gathering"
15,30 - 15,45	Intervalo		
15,45 - 17,00	Procedimentos de atuação	Eng.º Possidónio Roberto/ Eng.º João Almeida	- Procedimentos de prevenção - Procedimentos de emergência
17,00 - 17,20	Avaliação		
17,20 - 18,00	Debate		

ANEXO XVII

ANEXO XVII: RECOMENDAÇÕES DO USO DE DISPOSITIVOS MECÂNICOS DE COMPRESSÃO TORÁCICA

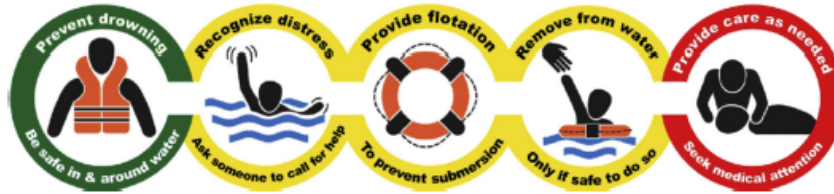


Fig. 1.12. Drowning chain of survival.³³⁷

Reproduced with permission from Elsevier Ireland Ltd.

a rescue strategy if the infrastructure is available, and probably to be preferred over intra-aortic balloon pump (IABP).³¹⁹

Cardiac arrest in a dialysis unit

Sudden cardiac death is the most common cause of death in haemodialysis patients and is usually preceded by ventricular arrhythmias.³²⁰ Hyperkalaemia contributes to 2–5% of deaths amongst haemodialysis patients.³²¹ A shockable rhythm (VF/pVT) is more common in patients undergoing haemodialysis.^{320,322,323} Most haemodialysis machine manufacturers recommend disconnection from the dialysis equipment prior to defibrillation.³²⁴

Cardiac arrest in transportation vehicles

In-flight emergencies aboard airplanes. Cardiac arrest on board has an incidence of 1 per 5–10 million passenger flights. An initial shockable rhythm is present in 25–31% patients,^{325–328} and the in-flight use of an AED can result in 33–50% survival to hospital discharge.^{325,328,329}

Cardiac arrest in helicopters and air ambulances. Air ambulance services operate either a helicopter emergency medical service (HEMS) or fixed-wing air ambulances that routinely transport critically ill patients. Cardiac arrest may occur in flight, both in patients being transported from an accident site and also critically ill patients being transported between hospital.^{330,331}

If a shockable rhythm (VF/pVT) is recognised in a monitored patient and defibrillation can be accomplished rapidly, immediately give up to three stacked shocks before starting chest compressions. Mechanical chest compression devices enable delivery of high quality chest compressions in the confined space of an air ambulance and their use should be considered.^{332,333} If a cardiac arrest during flight is thought to be a possibility, consider fitting the patient within a mechanical chest compression device during packaging before flight.^{334,335}

Cardiac arrest during sports activities

The sudden and unexpected collapse, not associated with contact or trauma, of an athlete on the field of play is probably cardiac in origin and requires rapid recognition and effective treatment if the victim is to survive. If there is no immediate response to treatment and there is an organised medical team, consider moving the patient to an area shielded from media and spectators. If the patient is in VF/pVT, delay moving them until after the first three defibrillation attempts (defibrillation is most likely to be successful in the first three shocks).

Water rescue and drowning

Drowning is a common cause of accidental death.³³⁶ The Drowning Chain of Survival³³⁷ describes five critical links for improving survival from drowning (Fig. 1.12).

Bystanders play a critical role in initial attempts at rescue and resuscitation.^{338–340} ILCOR reviewed specific prognostic indicators and noted that submersion durations of less than 10 min were associated with a very high chance of favourable outcome.¹⁸ Age, emergency medical services (EMS) response time, fresh or salt water, water temperature, and witness status were not useful for predicting survival. Submersion in ice-cold water may prolong the window of survival and justify extended search and rescue activities.^{341–343} The BIS sequence in drowning (Fig. 1.13) reflects the critical importance of rapid alleviation of hypoxia.

Wilderness and environmental emergencies

Difficult terrain and remote areas. Compared to urban areas some terrains will be more difficult to access and are remote from organised medical care. The chances of a good outcome from cardiac arrest may be reduced due to delayed access and prolonged transport.

Whenever possible, transport the patient with air rescue.^{344,345} The organisation of the helicopter emergency medical service (HEMS) affects the outcome.^{346–348}

High altitude illness. Given the increasing popularity of travel at altitude, an increasing number of tourists at altitude have

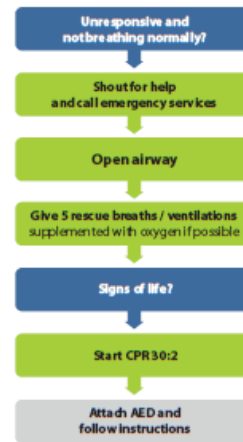


Fig. 1.13. Drowning treatment algorithm for rescuers with a duty to respond.

ANEXO XVIII

**ANEXO XVIII: ARTIGO SOBRE COMUNICAÇÃO COM O DOENTE EM
ESTADO CRÍTICO**



Comunicar com o doente em estado crítico

Communicating with the patient in critical condition

DORA MARIA RICARDO FONSECA SARAVIA

Enfermeira com Especialidade Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

TERESA MARIA DA CRUZ MARTINHO

Enfermeira com Especialidade Médico-Cirúrgica do Hospital Amato Lusitano

Recebido para publicação: Setembro de 2010

Aprovado para publicação: Janeiro de 2011

INTRODUÇÃO

O Homem, enquanto ser humano, depende da forma como se relaciona e comunica com o meio que o rodeia. A forma como esse relacionamento e comunicação se efectua é um processo dinâmico verbal e não verbal que lhe permite a acessibilidade aos seus semelhantes, às experiências físicas e sensoriais, às informações e à sua própria humanidade. No entanto, nem sempre a sua condição fisiopatológica lhe permite esta interação com o meio. O doente em estado crítico constitui uma situação particular, na qual a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidos, seja por dificuldade ou incapacidade na expressão oral, incapacidade de exprimir as necessidades de forma verbal ou não verbal, seja por necessidade de ventilação mecânica ou estados de coma.

A forma como a comunicação ocorre entre profissionais de saúde e estes doentes constitui um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados e é, cada vez mais, uma componente a valorizar na prática clínica e de enfermagem. Cada enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de competências nesta área, melhorando a técnica e a forma de comunicar, interpretando as dificuldades e necessidades do doente em estado crítico, numo à sua satisfação e excelência do cuidar.

Palavras-chave:

Comunicação Doente Ventilado; Comunicação Doente em Coma; Toque.

ABSTRACT

The man, as a human being, depends on the way he interacts and communicates with the surrounding environment. The way this interactions and communications happens it's a dynamic verbal and not verbal process that allows him access to his peers, the physic and sensorial experiences, to information and his own humanity. However, not always his pathological condition allows him to interact with the surrounding environment.

The patient in a critical situation is in a specific situation, in which communication and interaction with surrounding environment becomes compromised, being it oral incapacity or simple difficulty, expression of needs in verbal or not verbal, mechanical ventilation need, or coma state.

The way in how communication between health professionals and patients happens is a good pointer of the tending service quality and is an asset to be valued in general nursing and clinical practices.

Every single nurse has the responsibility of nurturing the development of com-

petences in this area, improving the techniques and methods of communication, interpreting the critical state patient needs and difficulties, in order to achieve patient satisfaction and nursing excellence.

Keywords:

Ventilated Patient Communication; Communication Patient in Coma; Touch.

Comunicar com o doente em estado crítico

Nas unidades hospitalares, nomeadamente nas unidades de cuidados intensivos (UCI), encontram-se diariamente doentes submetidos a diversos tipos de intervenção que condicionam a possibilidade de comunicação pela fala. Tal é o caso dos doentes em estado crítico que ficam, muitas vezes, impedidos de falar e de se expressar com clareza, devido a dispositivos de ventilação artificial (intubação traqueal, traqueostomia), sedação, coma, entre outros aspectos, perdendo o poder de controlar o seu próprio corpo. Trata-se de uma sujeição total ou quase total, onde não há praticamente nenhum grau de autonomia, nem mesmo em relação às atitudes mais próprias de cada um (Corêa, 1998). Chitra, Nishide e Nunes (2003) referem que estes doentes têm privação sensorial, barreiras corpóreas para tocar o próprio corpo, não tem o contacto diário habitual com a família, o que contribui para a existência de barreiras para sua comunicação verbal. Tudo isso altera a sua auto-estima, a auto-imagem e a própria capacidade de recuperação.

Gonçalves (2008) considera devastadora a experiência das pessoas que podem repentinamente a capacidade de falar, acarretando implicações tanto para o próprio, como para a família e para os próprios profissionais de saúde.

Tigolini e Melo (2002) defendem que, sobretudo nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente afectada tendo em conta todos os envolvidos: o profissional da saúde que "corre contra o tempo", o doente que se encontra em situação de risco de vida, e a família que enfrenta o medo das consequências.

Rosenheir, Lunardi e Filho (2008) consideram o processo de comunicação, particularmente importante nestes casos. Os doentes em estado crítico são sujeitos na maioria das vezes a tratamentos invasivos, agressivos e até mesmo dolorosos, as suas vivências são descritas como permeadas pela solidão e desamparo, sentem-se controlados por máquinas e hesitantes diante da incerteza dos seus destinos; desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente com o desencaamento de reacções que variam do silêncio ao choro e à agitação.

Na perspectiva destes doentes, o futuro que noutro tempo parecia ter sido potencialmente ilimitado, torna-se segundo Almeida e Silva (2004) imediatamente limitado. Num ambiente hostil, onde as dúvidas e medos são muitos, torna-se imperiosa e imediata a necessidade de desenvolver competências, que permitam interpretar do tipo de mensagens que ambos procuram transmitir, e minimizar todas as dificuldades de comunicação que podem decorrer de factores de ordem física, psicológica, sócio-cultural ou ambiental.

O quadro I sistematiza as possíveis barreiras que podem comprometer a comunicação com o doente crítico segundo Cintra *et al.* (2003).

Tendo em conta as barreiras identificadas, Santos e Silva (2006) descrevem as dificuldades e os aspectos facilitadores da comunicação com estes doentes e respectiva família. Assim, no que concerne às dificuldades, apontam:

- * Informações nem sempre compreendidas,
- * A gravidade do doente,
- * A própria dinâmica e espaço físico inadequado da Unidade,
- * O grau de desconhecimento pelo profissional de saúde da evolução clínica do doente,
- * Desconhecimento do modo de ser e perceber do doente e família,
- * Dificuldades que são inerentes ao próprio profissional,
- * O constrangimento, a insegurança, o uso de uma linguagem técnica, o fornecimento de informações superficiais,
- * A abordagem mais formal e prudente do doente e família.

Em relação aos aspectos que facilitam a comunicação, observaram:

- * O interesse do profissional para se aproximar do doente e família,
- * A empatia do profissional,
- * A paciência e a sensibilidade do profissional.

O quadro II reúne os elementos que devem permeiar a comunicação entre enfermeiro/doente (Cintra *et al.*, 2003).

Neste processo, salienta-se que a família do doente não deve ficar fora dessa esfera e merece toda a atenção e respeito dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, a quem reportam os seus medos, angústias e conflitos (Tigüni e Melo, 2002).

Assim, recomenda-se, que:

- * Exista um local adequado para a convivência com os familiares;
- * Seja identificada a família do doente, como um elemento que possa servir como interlocutor, quando necessário;
- * Não sejam antecipadas informações desnecessárias e/ou não solicitadas;
- * Seja facilitado o maior número possível de encontros entre doente/família/equipa de saúde;
- * Seja estabelecido pelo menos um horário exclusivo para o fornecimento das informações;
- * Sejam uniformizadas as informações fornecidas pela equipa de saúde.

Gonçalves (2008) recorda que a comunicação, é um elemento essencial à vida humana e como tal, nos momentos de maior fragilidade, ela pode contribuir de forma significativa para o para o bem-estar geral do doente e família.

Assim, é imperativo fugir ao tecnicismo, dar valor aos actos terapêuticos, educar mais do que ensinar, compreender mais do que prescrever, escutar mais do que falar, sentir mais do que agir, seguir sempre o caminho da coerência com vista a uma assistência integrada que humanize a pessoa doente.

Ainda este propósito, e tendo em conta o estudo de Santos e Silva (2006), fica evidente que os aspectos que dificultam e que facilitam a comunicação com o doente crítico

refletem comportamentos que afastam ou aproximam o enfermeiro e evidenciam a importância de um suporte e treino dos profissionais para conseguirem desenvolver uma comunicação mais efectiva, respeitando os direitos do doente em estado crítico.

O quadro III especifica os elementos e as estratégias para uma boa comunicação, segundo Cintra *et al.* (2003):

Quadro I – Barreiras da comunicação nas Unidades de Cuidados Intensivos.	Quadro II – Elementos para uma boa comunicação
BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO	ELEMENTOS PARA UMA BOA COMUNICAÇÃO
Atitude Corporal	Humildade
Ideias Pré-concebidas	Facilidade
Percepções e interpretações	Transparência
Graus de Escolaridade	Segurança
Significação e Perceção	Boa Dilectos
Motivação e Interesse	
Ajuste de Modalidade de Comunicação	
Escolha e Utilização de Apoio	
Clareza Organizacional, Idioma	
Tranquilidade, Estabilidade	
Sedeção, Distúrbio de Consciência	

Quadro III – Estratégias para uma boa comunicação.	
ESTRATÉGIAS VERBAIS	ESTRATÉGIAS NÃO-VERBAIS
Promover empatia	Mantém contacto ocular
Promover ambiente de interacção	Atitude corporal
Repetir a informação sempre que necessário	Aparência física adequada
Certificar-se que a informação foi compreendida	Expressão facial
Saber ouvir/encorajar a comunicação	Respeitar silêncio
Usar tom de voz adequado	Adequar os gestos
Se sincero e transparente	Adequar a postura
Mantém discurso consistente	Utilizar o toque
Utilizar termos simples precisos	Disponibilizar tempo

A comunicação entre a equipa de saúde, o doente e a família deve ter por base interações planeadas e estruturadas que utilizem os processos considerados habituais, ou se auxiliem de técnicas de comunicação alternativa e/ou suplementar, que é necessário conhecer e desenvolver na prática quotidiana e que passamos a descrever.

COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO

O doente ventilado mecanicamente tem alteração da comunicação verbal relacionada com a presença de prótese ventilatória, que se manifesta pela não emissão de sons (Silva et al, 2006).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos a ventilação mecânica coloca a pessoa em posição de desvantagem pela impossibilidade de comunicar verbalmente os seus sentimentos, emoções e necessidades, dificultando a sua interação (Simões e Fernandes, 2006).

Machado, Cordeiro e Nakamura (2005) defendem que a comunicação com doentes ventilados traz também dificuldades há maioria dos enfermeiros dado que é mais usual valorizar-se a comunicação verbal em detrimento da comunicação não-verbal, tão significativa neste tipo de doentes.

Moreira, Moleiro e Tomás (2000) classificam as causas que perturbam a comunicação com este tipo de doentes em:

- * Causas psicológicas - surgem devido ao sofrimento e perigo de morte constante, e à relegação do doente para segundo plano em favorcimento dos aspectos técnicos;
- * Causas sociais - prendem-se com a despersonalização do doente na UCI, afastado da família e amigos, rodeado pelo aparato tecnológico e linguagem técnica que não entende, os seus medos e incertezas agravam-se, afectando cada vez mais a comunicação;
- * Causas químicas - relacionam-se com o uso de determinados medicamentos, nomeadamente hipnóticos e sedativos, que reduzem o nível de consciência do indivíduo e a sua capacidade de reagir, funcionando como uma barreira à comunicação;

* Causas ambientais - prendem-se com a existência de ruídos anormais, produzidos pelo equipamento técnico e pelo barulho das vozes, bem como a presença constante de luzes, que leva à perda de noção dia/noite, perturbando e limitando a comunicação;

* Causas orgânicas - referentes a processos de ventilação mecânica, traqueostomia, entre outros, que bloqueiam a capacidade comunicativa do doente. Num estudo de investigação realizado por Rosário (2009), os doentes entrevistados referiram dificuldades na comunicação com os profissionais de saúde e família, durante o período ventilatório, sobretudo pelo facto de não conseguirem falar. Salientaram como aspectos negativos, desconhecem o motivo porque não falavam, não serem compreendidos pelos profissionais e não conseguirem satisfazer algumas necessidades básicas.

Os sentimentos que mais referiram relacionados com a impossibilidade de comunicar foram a impotência e desânimo, aflição, medo, ansiedade. Relacionados com o internamento referiram sentimentos de desorientação e confusão, assim como dor e sofrimento.

Na sua maioria sentiram disponibilidade dos profissionais de saúde para os ajudarem a ultrapassar as dificuldades de comunicação, mas nem sempre conseguiam transmitir a sua mensagem. Alguns doentes referiram que se sentiam impotentes e acabavam por se conformar pelo facto de não conseguirem comunicar.

Como aspectos positivos referiram a presença da família e a presença e o apoio dos enfermeiros que lhes transmitia a segurança e tranquilidade.

Destemodo, ao enfermeiro que pretende diminuir o stress e a ansiedade que estes doentes revelam, é-lhe imposto dominar um vasto leque de conhecimentos acerca das causas referidas anteriormente, e possuir aptidões e qualidades que ultrapassam todo o âmbito técnico e científico.

Assim, quando se identifica que o doente será incapaz de comunicar verbalmente, deverá ser estabelecido um sistema alternativo de comunicação.

Gonçalves (2008) salienta que a opção pela utilização da Comunicação Alternativa e Suplementar (CAS) no doente crítico faz a diferença entre a comunicação e a não comunicação. Segundo o mesmo autor, a comunicação alternativa é definida como uma área de actuação clínica que objectiva compensar (temporária ou permanentemente) as dificuldades de indivíduos com distúrbios severos de expressão (isto é, prejuízos severos da fala, linguagem e escrita); e consiste num grupo integrado de componentes, incluindo símbolos, estratégias e técnicas usadas pelos usuários para realizar a sua comunicação. O seu objectivo primordial é facilitar a participação desses doentes em vários contextos comunicativos, permitindo a sua inserção social.

Tradicionalmente, estes sistemas de comunicação são utilizados na reabilitação de pessoas com paralisia cerebral, doenças neuro-degenerativas, acidentes vasculares encefálicos, traumatismo cefálico em cefálico, entre outros, isto é, pessoas que por algum motivo perdem a possibilidade de expressão por meio da fala. Na alguns destes casos, o uso de CAS poderá ser temporário, se a pessoa recuperar a fala, ou será permanente, quando a pessoa não tem possibilidade de recuperação da expressão verbal.

Simões e Fernandes (2006) referem que o relacionamento enfermeiro/pessoa doente tem de se integrar num processo terapêutico de interação, afinidade, compreensão, conhecimento mútuo e de aceitação, demonstrados em 4 grupos: expressão facial e postura corporal, movimentos e gestos, e linguagem escrita ou visualização, que são a essência da CAS (fig.1).



Fig. 1 – Formas para comunicar com o doente ventilado.

Expressões faciais:

O primeiro encontro entre enfermeiro, doente e família é geralmente determinante para o sucesso de intervenções futuras. Silva *et al* (2006) constataram que o enfermeiro que surge ao doente com um sorriso no rosto, que olha para ele enquanto fala, que lhe aperta a mão, que o trata pelo seu nome, tendo tido o cuidado de se apresentar antes, está a desenvolver uma comunicação eficaz e assertiva. O doente sente que pode confiar nos seus cuidados e respeitá-lo. Para além disso, se esta abordagem for contemplada com um cumprimento de "Bom dia" e uma pergunta do género "Como se sente hoje?", o enfermeiro transmite a impressão do verdadeiro interesse pelo doente.

Um dos aspectos mais importantes na relação comunicativa consiste na variedade de expressões faciais. Phaneuf (2005: 37) relata que voluntária ou involuntariamente, "a mímica e os toques da face entram em jogo para comunicar com a abertura, a compreensão, o interesse, a indiferença, o aborrecimento, a irritação, a dureza ou a rejeição do interlocutor". Por vezes, de maneira fugaz mas perceptível – por meio do levantamento ou do franzir das sobancelhas, das pregas da testa e do nariz, do cerrar dos lábios, dos sorrisos ou dos bocejos – a face da pessoa marca o espanto, o interesse, a rejeição ou a frustração.

Numa mesma perspectiva, Silva *et al* (2006) consideram três fontes principais que poderão ser utilizadas como forma de demonstrar interesse e atenção: contacto ocular, o movimento da cabeça e o conjunto de músculos faciais. As fugas constantes do olhar, ou um olhar fixo, não facilitam a relação e são sinónimo de inibição ou falta de interesse. Os movimentos da cabeça são fontes de encoajamento e solicitação para que o indivíduo se revele. A sua importância é crucial nos momentos em que o indivíduo nos dirige o olhar com a intenção de descobrir qualquer tipo de reacção às suas comunicações. Relativamente aos músculos faciais deverão ser uma espécie de espelho do outro, e deverão reflectir que se está atento e se compreende as mensagens do seu interlocutor.

Linguagem gestual:

Silva *et al* (2006) definem sinal não verbal ou gesto como qualquer outro sinal que não seja linguagem falada ou escrita, usado para representar alguma coisa que não é próprio.

Os gestos humanos têm sido em grande medida subestimados e considerados uma forma trivial de comunicação humana. No entanto, as relações sociais dependem muito das acções, posições, movimentos e expressões dos corpos filantes. Quando o que está em causa é a comunicação de atitudes e estados emocionais, Phaneuf (2005) defende que a informação gestual é ainda mais importante que a comunicação verbal.

Aplicando estes conceitos ao âmbito do doente ventilado, a linguagem gestual assume particular importância. O doente ventilado é privado da fala, a sua forma oral de comunicação. Restar-lhe tentar gesticular para ser compreendido e evitar frustrações, tanto para o doente que pretén de expressar as suas necessidades, como para o enfermeiro que tenta compreender o doente e satisfazer as suas solicitações.

Linguagem escrita:

A escrita é importante na aprendizagem, na produção de conhecimentos e tornou-se fundamental na comunicação humana (Silva *et al*, 2006). Escrever revela a forma como a pessoa pensa e se manifesta. Ao doente ventilado é-lhe retirada a possibilidade de falar, pelo que a escrita é uma forma que se pode utilizar, desde que não existam limitações como diminuição acentuada da visão e da mobilidade dos membros superiores.

Para desenvolver esta forma de comunicação o enfermeiro deve providenciar algum material que permita ao doente exprimir-se, como uma simples folha de papel sobre uma superfície dura e um marcador; um quadro mágico que se apaga cada vez que é utilizado ou até mesmo um computador portátil. O ambiente que se proporciona ao doente para realizar a escrita deve ser calmo e tranquilo, livre de outras intervenções que possam dispensar a atenção, uma vez que a sua capacidade racional pode estar diminuída devido à situação de doença e aos fármacos utilizados (Silva *et al*, 2006).

Além disso, é importante ter em conta que alguns doentes podem não saber ler, escrevem pouco e portanto detêm uma maior dificuldade. Para facilitar este processo, o enfermeiro deve, no caso da escrita, ir repetindo o que o doente escreve para confirmar o que ele pretende expressar.

Estes materiais têm como vantagem permitir ao doente expressar tudo o que quer, podendo ser usado por alguém que não fala a mesma língua, desde que se providencie a respectiva tradução. Têm como desvantagens o facto de não poder ser usado se o doente não pode utilizar as mãos, é difícil de usar se o doente está deitado e exige capacidade para ler e escrever.

Visualização:

Os cartões com gravuras referem-se a várias actividades que o doente pode querer satisfazer, o que implica que possua uma função neuromuscular adequada para que possa apontar a necessidade que deseja ver satisfeita.

Segundo Silva *et al* (2006), as vantagens desta técnica são a facilidade para o doente indicar a imagem que representa o que necessita e podem ser utilizados por doentes que não falam a mesma língua, ou que não sabem ler nem escrever. Como desvantagem esta técnica apresenta dificuldades para as pessoas que não conseguem utilizar as mãos e é difícil a expressão de sentimentos, como por exemplo: "estou com medo".

A utilização de cartões com as várias letras do alfabeto permitem ao doente ir formando palavras, e por isso é considerada uma alternativa. Poderá ainda realizar-se uma lista de frases que incluam as comunicações mais frequentes do doente, tais como: "dê-me água; tenho dores..." para que o doente selecione o que realmente pretende transmitir.

Independentemente do método utilizado, Moreira *et al* (2000) alertam para o facto de que os doentes devem ser estimulados a comunicar através da escrita, gestos ou visualização, uma vez que o esforço para falar pode estar na origem de traumatismo na traqueia e eventuais lesões nas cordas vocais.

Técnicas de comunicação verbal:

Como ajuda ao esclarecimento da mensagem, o enfermeiro poderá também usar técnicas de comunicação verbal. Rosário (2009) salienta as mais importantes na intervenção enfermeiro/doente ventilado e que são: o devolver, o clarificar e o reformular.

* A técnica do devolver implica que o enfermeiro transmita ao doente o que entendeu da sua mensagem, traduzido em linguagem verbal.

* Por vezes, para tentar compreender a mensagem global ou o verdadeiro sentido da mesma, o enfermeiro tem necessidade de pedir mais pistas ao doente, demonstrando que quer perceber a sua mensagem mas que precisa de mais dados, ao que se chama técnica de clarificar.

* Por fim, o enfermeiro, após ter interpretado a mensagem, deve reformulá-la (técnica de reformular), ou seja, deve repetir para o doente o que é achado que este lhe quis dizer.

Segundo esta autora, o enfermeiro deverá também promover momentos de boa disposição e descontração com conversas informais, que contribuem para um fortalecimento da relação, e que são também promotoras de uma comunicação eficaz. Referem ainda outros métodos tais como o tubo traqueal de Pitt fenestrado (tubo especiais para doentes ventilados por traqueostomia que permitem um fluxo gasoso através da laringe, permitindo a fala), e a fala esofágica, que exige treino e amplificadores de voz.

COMUNICAR COM O DOENTE EM COMA

Segundo Simões e Fernandes (2006), o coma é uma alteração extrema da perturbação quantitativa dos estados de consciência. O termo deriva do grego *Kóma*, que significa sono profundo e designa um estado de inconsciência, do qual o sujeito não pode ser despertado.

O comprometimento da consciência que se desenvolve gradualmente e se transforma progressivamente em coma passa pela obnubilação (estado de sonolência, indiferença e apatia, em que o limiar de despertar está significativamente elevado) e pelo estupor (que exige uma estimulação vigorosa, às vezes contínua, para que se mantenha o estado de desperto), chegando ao coma profundo, em que ficam abolidas as respostas psicológicas e motoras à estimulação. Do ponto de vista psicopatológico, caracteriza-se pela ausência de toda a resposta consciente a estímulos de proveniência diversa.

De acordo com Thelan, L., Davie, J., Urden, L., Lough, M. (2006) o coma é um estado patológico onde não estão presentes nem a vigília nem o conteúdo. O doente mantém uma insensibilidade semelhante ao sono, podendo existir movimentos reflexos, não intencionais, tais como postura de flexão (decorticação) ou extensão (decerebração).

O doente nestas circunstâncias sente-se impedido de manter a sua identidade, os seus valores, a sua autonomia, levando-o à incapacidade de tomar decisões e de se auto-cuidar, deixando de ser singular e passando a ser tratado como objecto.

Tal como refere Siqueira *et al* (2006), o doente em coma torna-se isolado no ambiente de internamento pela incapacidade de comunicar e de exercer qualquer tipo de actividade.

No entanto, segundo Simões e Fernandes (2006), não se pode afirmar com certeza até que ponto um doente em coma não ouve ou não tem noção do que acontece à sua volta. O indivíduo pode estar incapaz de falar ou mover-se, mas isso apenas quer dizer que aqueles que o cercam não sabem se ele pode ver, ouvir ou compreender o que se passa. Alguns doentes em coma podem de facto ficar totalmente alheios ao que acontece, mas outros podem aperceber-se da própria situação, sem que se possa comprovar isso, pois não o conseguem comunicar. Assim, o coma seria um estado em que a pessoa não responde a estímulos, aparenta estar inconsciente e não pode ser despertada. Em alguns casos, o doente não responde a movimentos ou à linguagem, mas outros, pode mover-se, fazer barulhos ou reagir à dor.

Com vista à excelência do cuidar toma-se fundamental compreender o profundo significado das experiências subjectivas descritas por doentes que vivenciaram o estado de coma.

Elliott e Wright (1999) com base num estudo com mais de cem doentes em estado de coma, revelam que a comunicação é essencial. Os doentes referiram como ouviram, entenderam e tentaram responder emocionalmente ao que lhes tinha sido dito

quando estavam inconscientes. Muitos doentes relataram reforço positivo e incentivo a partir de trocas calorosas durante os cuidados que eram direccionados a eles como individuais. Em estudos similares referidos pelos mesmos autores destacam-se momentos de angústia e mágoa em doentes que equivocadamente interpretaram informação veiculada por profissionais como referente ao seu estado clínico.

De acordo com Cintra *et al* (2003), o doente durante o coma deve saber o que está a acontecer durante a sua assistência, valorizando-se a importância da comunicação verbal, uma vez que a audição é o último sentido a ser perdido durante a evolução do coma.

Esta afirmação encontra ressonância nos estudos referidos por Siqueira *et al* (2006) os quais mostram que doentes em coma apresentam alterações fisiológicas quando ouvem uma música ou escutam uma voz familiar. Estes achados favorecem uma possibilidade de comunicação entre estes doentes e o meio ambiente.

Também Simões e Fernandes (2006) descrevem que a estimulação verbal pode ter efeitos benéficos tanto no aumento da confiança, como na redução da ansiedade, essencialmente quando a pessoa começa a recuperar a consciência, ou mesmo anteriormente.

Estudos citados por Zinn, Silva e Telles (2003) mostram que o toque de familiares, enfermeiros e médicos pode alterar o ritmo cardíaco do doente, o qual chega a diminuir, quando os enfermeiros seguram nas suas mãos e relatam casos reais que evidenciam que o doente em coma consegue ouvir e que esse facto influencia o seu estado clínico. De facto, o comprometimento de algumas funções cerebrais e sensoriais não implica necessariamente uma inexistência perceptual; a diferença está na possibilidade de expressão do que é percebido.

Da mesma forma, Saraiva (1999) considera que vozes familiares, ou simplesmente usar o nome do doente e personalizar os cuidados, podem contribuir para melhorias no estado clínico.

Apesar disso, Cintra *et al* (2003) relata que os procedimentos e técnicas de cuidado ao doente comatoso são realizados com regularidade e prontidão, no entanto, poucos profissionais da equipa se preocupam em comunicar ou explicar os procedimentos a serem executados. Em contrapartida, Siqueira *et al* (2006) defendem que a comunicação é o instrumento fundamental para que haja interação entre o enfermeiro e o doente quando este se encontra inconsciente. Do mesmo modo, pela comunicação o inter-relacionamento acontece, amenizando as sensações de angústia vivenciadas pela pessoa hospitalizada, aumentando a sua confiança e auto-estima, preservando a auto-identidade e reduzindo o sentimento de isolamento.

A sobrevivência do indivíduo é o foco de toda a actividade numa UCI. Quando um doente permanece em coma, a família deve ser abordada, e o enfermeiro deve valorizar os seus sentimentos e queixas, favorecendo o diálogo e o respeito mútuos (Siqueira *et al*, 2006).

Sabe-se que o processo de comunicação, entendido como o meio de transmitir ou receber mensagens, envolve, portanto, mais que um sujeito. Todavia, neste caso particular do doente em coma, Simões e Fernandes (2006) referem que envolverá um emissor mais activo e um receptor mais passivo. Importa, pois, manter o doente informado das medidas terapêuticas que lhe dizem respeito, pedir-lhe colaboração e, sobretudo, tranquilizá-lo.

O TOQUE COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO

A rotina diária e complexa que envolve o ambiente de cuidados intensivos faz com que os membros da equipa de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o doente que é alvo dos seus cuidados. O toque consiste num meio de comunicação não-verbal que é essencial durante a vida do ser humano, pois através dele podemos transmitir carinho, confiança e estímulo podendo significar, para o doente, a valorização da pessoa. De uma maneira geral, quando o silêncio se impõe, o toque é fundamental para comunicarmos com os que cuidamos, demonstramos que essa pessoa nos importa e que nos preocupamos com ela e não apenas com a sua doença. Este pormenor, é mais importante ainda, se pensarmos que cada vez existe um distanciamento interpessoal maior devido às tecnologias existentes, tornando os que estão longe mais perto e os que estão perto, cada vez mais longe (Pacheco, Viegas e Rosa, 2007).

Silva *et al* (2006) referem que o toque e tanto pode ser utilizado somente como instrumental, quando se executam técnicas como tratamentos e administração de medicamentos, como pode ser utilizado de maneira mais consciente, quando o toque é expressivo, para oferecer ao doente uma assistência baseada no objectivo de encorajá-lo a comunicar e demonstrar aceitação e empatia.

A este propósito Siqueira e Cruz (2001) destacam que podemos diferenciar: o toque instrumental (cuidado objectivo) – aquele que requer contacto físico deliberado para que o enfermeiro execute algum procedimento; e o toque afectivo (cuidado subjectivo) – é espontâneo e demonstra apoio, conforto e proximidade com o doente.

Os estudos científicos baseados no modelo de assistência de Martha Rogers, demonstram que a estimulação pelo toque é necessária para o bem-estar, quer físico, quer emocional. Segundo o autor supracitado, o toque é usado, sobretudo, no alívio da dor, diminuição da ansiedade e promoção do relaxamento. Rosa (2008) corrobora com esta afirmação ao referir que o toque proporciona tranquilidade, confiança, harmonia e alívio da dor, do stress e da ansiedade. Defende que é uma nova dimensão do cuidar, fazendo parte integral dum cuidado holístico. Também Siqueira e Cruz (2001) consideram o toque como uma das maneiras mais importantes do cuidado e da comunicação não-verbal, podendo enviar mensagens positivas e negativas ao doente, dependendo do momento, forma e local onde ocorre.

O toque origina alterações e sensações que influenciam a forma de estar do ser humano, provocando mudanças fisiológicas mensuráveis naquele que toca e no que é tocado. Assim, tendo por base esta constatação, tem todo o sentido que o toque possa ser utilizado como terapia complementar na área de enfermagem (Silva *et al*, 2006).

Machado *et al* (2005) descrevem que o acto de tocar ou ser tocado envolve a estimulação de receptores cutâneos que transmitem mensagens para o cérebro que é interpretado pela pessoa, possuindo um efeito positivo sobre as capacidades de percepção e cognição, podendo influenciar parâmetros fisiológicos como a respiração e o fluxo sanguíneo.

Pacheco *et al* (2007) esclarecem que o toque terapêutico pode ser aplicado em inúmeros problemas de saúde, no entanto os estudos demonstram uma maior eficácia em determinadas situações:

- * Controlo da intensidade da dor;
- * Controlo de estados de stress e ansiedade;

- * Contracturas da região cervical e dorsal;
- * Alterações auto-imunes;
- * Diabetes;
- * Estados de fadiga extrema;
- * Lesões e alterações cutâneas;
- * Promoção do estado de saúde;
- * Procedimentos pré e pós cirúrgicos;
- * Reabilitação física;
- * Síndrome pré-menstrual.

Machado *et al* (2005) referem que o toque utilizado pela Enfermagem pode ser mais vantajoso em situações nas quais as pessoas apresentam medo, ansiedade ou depressão, como é característico dos doentes em estado crítico. Também pode ser benéfico em doentes que necessitam de encorajamento, que tem dificuldade em verbalizar necessidades, em desorientados ou em fase terminal de doença.

Siqueira e Cruz (2001) relatam que para suavizar os sentimentos negativos do doente e promover uma relação positiva deve-se utilizar o toque, pois através deste temos condições de transmitir cuidado e apoio aos doentes e às suas famílias.

Pode-se afirmar que através do toque, de uma forma expressiva, genuína e sincera, os enfermeiros podem claramente transmitir cuidados mais humanizados e apoio aos doentes e às suas famílias.

CONCLUSÃO

A comunicação com o doente é, desde sempre, a essência de todas as intervenções de enfermagem. Quando o doente se encontra numa situação fisiológica impedida de um feedback verbal, o processo cuidativo perde características que lhe são únicas. Nas unidades que acolhem este tipo de doentes a dificuldade de comunicação é um desafio às habilidades profissionais e humanas dos enfermeiros.

Doentes entubados, traqueostomizados ou fisicamente incapazes de comunicar verbalmente, apresentam necessidade aumentada de comunicação significativa com o meio que o rodeia. Nesse sentido, a criatividade na adopção de estratégias de comunicação permite estabelecer com o doente relações de profundo significado humano e terapêutico. A evidência de que a natureza da interacção enfermeiro/doente influencia os resultados físicos e psicológicos da doença é uma ferramenta que devemos utilizar para diminuir a hostilidade ambiental e manter a humanidade do doente, face a um ambiente extremamente agressivo e estranho para quem se encontra fisicamente diminuído e psicologicamente debilitado.

Comunicar no âmbito do cuidar em enfermagem, significa "estar presente", "escutar", reconhecer e demonstrar respeito pela unicidade do doente. O recurso à estimulação de sentidos como a audição e o tacto em particular, são complementos no processo comunicativo com o doente crítico.

O toque terapêutico como meio de interacção com o doente crítico é um acto fundamental, que permite transmitir ao doente uma sensação de controlo sobre o ambiente que o rodeia transmitindo-lhe afecto, solidariedade e tranquilidade. A qualidade da comunicação e dos cuidados ao doente exige a participação de todos, profissionais, gestores, políticos, doentes e famílias. Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da comunicação é essencial, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover a equidade,



fomentar a satisfação do doente, o ajustamento psicológico à doença, melhorar a adesão ao tratamento, e também reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress (Rosário, 2009).

Assim, cada enfermeiro tem a responsabilidade de desenvolver competências nesta área, melhorando a técnica e a forma de comunicar, interpretando as dificuldades para dar resposta personalizada às reais necessidades do doente em estado crítico, rumo à sua satisfação e excelência do cuidar.

Bibliografia

- Almeida, A., Silva, I. (2004). Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing*, 193 (10), 15-20.
- Cintra, E., Nishide, J., Nunes, M. (2008). *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo* (2. ed.) São Paulo: Atheneu.
- Correia, A. (1998). O paciente em centro de terapia intensiva: reflexo bioético. *Revista de Enfermagem USP*, 32 (4), 297-301.
- Elliott, R., Wright, L. (1995). Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious patients. *Journal of advanced nursing*, 20, 1412-1420.
- Gonçalves, M. (2008). O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonocardiograma pode ajudar? *O Mundo da Saúde São Paulo*, 32 (1), 79-84.
- Machado, V., Cordeiro, R., Nakamura, E. (2006). *A humanização através do toque de enfermagem em unidades de Terapia Intensiva*. Acesso em Junho 28, 2009 em Universidade: http://www.uninadrad.com.br/links/menus3/publicacoes/revista_enfermagemvol-tavo_a_manha/artigo03.pdf.
- Moreira, C., Moleiro, M., Tomás, M. (2000). Importância da comunicação no desmarcamento dos doentes submetidos a ventilação mecânica. *Sinais Vitais*, 32 (9), 19-23.
- Pacheco, S., Viegas, S., Rosa, Z. (2007). Toque terapêutico, fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. *Nursing*, 224 (9), 7-13.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rosa, P. (2008). O poder do toque. *Nursing*, 230 (8), 48-49.
- Rosário, E. (2009). *Comunicação e Cuidados de Saúde. Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.
- Rosenhein, D., Lunardi, V., Filho, W. (2006). Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10 (4), 1041-1049.
- Santos, K., Silva, M. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), 61-66.
- Saraiva, A. (1999). O doente inconsciente e a afectividade através do toque. *Nursing*, 134, 36-40.
- Siqueira, A., Cruz, I. (2001). *Produção científica sobre o toque: implicações para o enfermeiro de cuidados intensivos*. Trabalho do Curso de Especialização de Enfermagem em Cuidados Intensivos. Brasil: Universidade Federal Fluminense.
- Siqueira, A., Hlipiri, R., Posso, M., Florano, A., Gonçalves, S. (2006). Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arquivos de Medicina*, 31 (2), 73-77.
- Simões, L., Fernandes, J. (2006). *A influência da estimulação auditiva na pessoa em coma*. Projecto de Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Silva, A., Marinho, A., Ferreira, G., Serralheiro, J. (2006). Técnicas de comunicação com o doente ventilado. *Sinais Vitais*, 68, 49-53.

Thelan, L., Davis, J., Urdan, L., Lough, M. (2006). *Enfermagem em Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: Lusa didacta.

Tigolini, R., Melo, M. (2002). *A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico*. 8º simósio brasileiro de comunicação em enfermagem.

Zin, G., Silva, M., Telles, S. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3), 326-332.

APÊNDICES

APÊNDICE I

APÊNDICE I: CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

APÊNDICE II

**APÊNDICE II: OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CAMPO DE ESTÁGIO
UCIA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Estudante: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria

Orientadora (escola): Prof.^a Doutora Anabela Mendes / Prof. Doutora M.^a Cândida

Durão

Tutora (campo de estágio): Enf.^a Especialista Iolanda Bernardo e Enf.^o Especialista

Paulo Baltazar

Tema - A Pessoa Adulta Vítima de Paragem Cardiorrespiratória:
Intervenções Especializadas de Enfermagem

Objetivos traçados para o campo de estágio XXXXXXXXXX

1. Desenvolver cuidados especializados à pessoa adulta vivenciando processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta vítima de PCR e familiares/pessoa(s) significativa(s), em situação de RCE;
3. Desenvolver conhecimento sobre os cuidados especializados de enfermagem à pessoa adulta vítima de PCR após RCE, em contexto de hipotermia terapêutica;
4. Desenvolver intervenções de enfermagem que permitam maximizar a prevenção e o controlo de infeção da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas;
5. Desenvolver competências que permitam maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção da pessoa adulta vítima de PCR, após o RCE;
6. Desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade de cuidados à pessoa adulta vítima de PCR em situação de RCE, com vista ao aumento da probabilidade de sobrevivência e diminuição da morbilidade associada;

7. Recolher contributos que me permitam otimizar a prática e a qualidade dos cuidados no meu contexto laboral.

APÊNDICE III

**APÊNDICE III: OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CAMPO DE ESTÁGIO
UCI B**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Estudante: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria

Orientadora (escola): Prof.^a Doutora Anabela Mendes

Tutora (campo de estágio): Enf.^a Especialista Andreia Costa

Tema - A Pessoa Adulta Vítima de Paragem Cardiorrespiratória:
Intervenções Especializadas de Enfermagem

Objetivos traçados para o campo de estágio UCI – Hospital XXXXXXXXXX


1. Desenvolver cuidados especializados à pessoa adulta vivenciando processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta vítima de PCR e familiares/pessoa(s) significativa(s), em situação de RCE;
3. Desenvolver conhecimento sobre os cuidados especializados de enfermagem à pessoa adulta vítima de PCR após RCE, em contexto de hipotermia terapêutica;
4. Desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade de cuidados à pessoa adulta vítima de PCR em situação de RCE, com vista ao aumento da probabilidade de sobrevivência e diminuição da morbilidade associada;
5. Contribuir para o desenvolvimento da qualidade de cuidados à pessoa vítima de PCR, com suporte na evidência científica;
6. Recolher contributos que me permitam otimizar a prática e a qualidade dos cuidados no meu contexto laboral.

APÊNDICE IV

**APÊNDICE IV: FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DAS SES DO PROJETO
“FAMÍLIA EM SEGURANÇA”**

Sem Suporte Básico de Vida, uma vítima em paragem cardíaco-respiratória perde cerca de 10% de hipóteses de sobreviver a cada minuto que passa.


Venha aprender simples técnicas de socorrismo que podem salvar vidas.



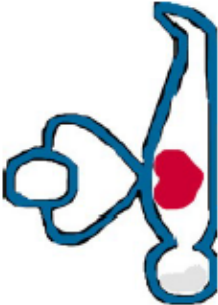
Contamos consigo para melhorar a segurança de todos nós.

Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão

Família em Segurança



Sessões de Educação para a Saúde
Suporte Básico de Vida
e Primeiros Socorros



Setúbal
2014


Onde vão ser as sessões?
Horário: 14h às 18h
Local: Centro Hospitalar de Setúbal - Sala de Sessões do Hospital de São Bernardo
Limite de inscrições por dia: 30 pessoas

Como me posso inscrever?
Inscrições em: <https://docs.google.com/forms/d/1B-AEM7gUz7mp0l0n3HhZg1uWv5mDQ4m25t4p0t/edit?usp=sharing>

As inscrições em cada sessão estão abertas até 1 semana antes do evento e são sujeitas a confirmação.

Contactos:
Hospital de São Bernardo - Serviço de Gestão da Formação
Rua Camilo Castelo Branco | 2910-448 Setúbal
285549572 | ama.padiua@chs.min-saude.pt

Apoio:
- Liga dos Amigos do Hospital de São Bernardo
- SEIES - Sociedade de Estudos e Intervenção em Engenharia Social, Cr1



FAMÍLIA EM SEGURANÇA — O EMPOWERMENT DO CIDADÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2008), o afogamento é a 2ª principal causa de morte acidental na Europa em crianças e jovens.

Este é um problema que nos aflige enquanto profissionais de saúde e enquanto pais.



Sendo Setúbal uma região do litoral de Portugal, repleta de praias e moradias com piscinas, a probabilidade de ocorrência de afogamentos é real.

Desta forma, o **Centro Hospitalar de Setúbal** com apoio da **Liga dos Amigos**, está a promover sessões de educação para a saúde sobre **Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros**, dirigidas aos pais de crianças e jovens do município de Setúbal.



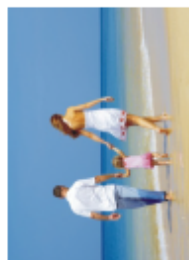
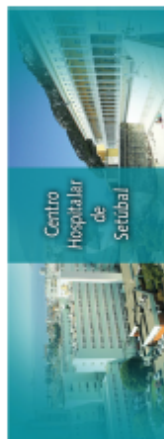
A sessão é gratuita, irá decorrer na Sala de Sessões do Hospital de São Bernardo, das **14h às 16h** durante o mês de Abril e Maio, nos seguintes sábados:

- 05/04/2014
- 19/04/2014
- 03/05/2014
- 17/05/2014
- 31/05/2014

E nos meses de Setembro e Outubro:

- 06/09/2014
- 13/09/2014
- 27/09/2014
- 11/10/2014
- 25/10/2014

Inscrições limitadas ao espaço da sala de sessões do Hospital de São Bernardo



“A saúde e a segurança familiar andam sempre de mãos dadas com a prevenção.”
Flávia Faria

APÊNDICE V

**APÊNDICE V: RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE PROJETO
“FAMÍLIA EM SEGURANÇA” DAS 2ª JORNADAS DE ENFERMAGEM
DO CHS**

Comunicação Livre

Autor e apresentador: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria
Enfermeiro do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Contacto: Telemóvel – 967734219 e-mail: flavioanselmorochofaria@gmail.com

Intervenção (In)Visível do Enfermeiro à Pessoa Vítima de Paragem Cardiorrespiratória:
Projeto “Família em Segurança”

Objetivo Geral – Instruir a população de Setúbal sobre Suporte Básico de Vida (SBV) e primeiros socorros.

Objetivos Específicos

- Instruir os setubalenses, teoricamente sobre noções de SBV e primeiros socorros;
- Alertar os setubalenses que sejam pais de crianças e jovens dos 0 aos 19 anos, para a problemática do afogamento;
- Promover a boa imagem do CHS e dos seus profissionais, no seio da população setubalense;
- Demonstrar a preocupação do CHS face às necessidades de saúde dos setubalenses, no que respeita à problemática do afogamento.

Metodologia:

Projeto apresentado no final de 2013 ao Conselho de administração tendo sido aprovado.

Em conjunto com o Serviço de Gestão da Formação foram programados, ao longo deste ano de 2014, 2 módulos de 5 sessões de educação para a saúde idênticas, com a duração de 2h (das 14 às 16h).

A inscrição para estas sessões foi sempre gratuita, ocorreu aos sábados e teve o limite de 30 formandos por sessão.

Desenvolvimento

Este projeto decorreu com bastante sucesso, superou as expectativas, levou à necessidade de sessões de educação extra e permitiu a projeção da enfermagem no espaço mediático de um programa televisivo.

Conclusão:

A população valoriza e está bastante receptiva a este tipo de iniciativas por parte do Centro Hospitalar de Setúbal.

Confirma-se a necessidade real da população de Setúbal de adquirir conhecimentos sobre o suporte básico de vida e os primeiros socorros.

A grande maioria dos formandos sugeriu a continuidade do projeto, com necessidade de existência de uma vertente prática.

Bibliografia (sem formatação APA):

- APSI (2007). Relatório Afogamentos em Crianças – Portugal 2005/2006 em www.apsi.org.pt
- APSI (2011). Relatório 2002-2010: Afogamentos em crianças e jovens em Portugal em www.apsi.org.pt
- Consumer Safety Institute. Mortality Statistics, Statistics Netherlands 1998-2001 publicado por European Child Safety Alliance (2006) em Factsheet: Be Water Wise.
- Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016, consultado no site <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>
- European Child Safety Alliance (2007). The Water Wise facts Sheet – Child Water Safety em www.childsafetyeurope.org
- European Child Safety Alliance (2008). Protecting Children and Youths in Water
- ISN (2010) através da consulta dos dados estatísticos no site oficial <http://isn.marinha.pt/PT/Paginas/default.aspx>
- Recreation - Safety Guidelines for Service Providers em www.childsafetyeurope.org
- European Child Safety Alliance (2009). Child Safety Report Card – 2009 – Portugal, em www.apsi.org.pt
- European Child Safety Alliance (2009). Child Safety Country Profile– 2009 – Portugal em www.apsi.org.pt
- European Resuscitation Council (2010). Guidelines for Resuscitation
- Nogueira, P. J.; Costa, A.J.; Pinto, C.S.; Alves, M.I. & Rosa, M.V. (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011) em www.dgs.pt

- Tapadinhas, F, et al (2006). Acidentes de Submersão em crianças no sotavento algarvio – uma realidade a alterar. Revista Saúde Infantil; Vol. 28, 1:19-29
- The European Environment and Health Information System (2007). Policies to reduce and prevent selected unintentional injuries (falls, drowning, poisoning, fires and choking) in children and adolescents em http://www.enhis.org/object_document/o4728n27384.html
- Unicef (2001). Childhood drowning is a global concern (2002) em www.bmj.com
- United States Consumer Product Safety Commission. How to plan for the unexpected: Preventing Child Drownings. Pub. No. 359 em Factsheet: Be Water Wise. European Child Safety Alliance (2006).
- World Congress on Drowning (2002) em <http://www.who.int/en>
- World Health Organization (2006). Guidelines for Safe Recreational-Water Environments. Vol.2: Swimming pools, spas and similar recreational-water environments. Capítulo 2: Drowning, Injuries and Pool Safety Management.
- World Health Organization & Unicef (2008). European Report on Child Injury Prevention.
- Base de dados Portuguesa *online* PORDATA em www.pordata.pt

APÊNDICE VI

**APÊNDICE VI: SLIDES DAS SES DO PROJETO “FAMÍLIA SEGURA”:
O EMPOWERMENT DO CIDADÃO NO SISTEMA DE SAÚDE**

Família em Segurança

O empowrimento do Cidadão no Sistema de Saúde

HOSPITAL
Portas Abertas

Família em Segurança

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Problema de fundo...

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2008), o afogamento é a 2ª principal causa de morte acidental na Europa em crianças e jovens.

O Perfil e o Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil em Portugal, publicados pela *European Child Safety Alliance*, confirmam que os afogamentos continuam a ser uma área de intervenção prioritária em Portugal. (ECSA, 2009)

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Sumário Formativo

1. Cadeia de Sobrevivência;
2. Suporte Básico de Vida
3. Obstrução da via aérea alta por corpos estranhos
4. Situações especiais:
 - SBV em Latentes
 - Afogamentos;
 - Convulsões.

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

O que fariam se encontrassem alguém inanimado no chão?

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Percurso da vítima.....

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Sabiam que...

Sem Suporte Básico de Vida, uma vítima em paragem cardiorespiratória **perde cerca de 7-10% de hipóteses de sobreviver a cada minuto que passa.**

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Estadística Nacional

Esperança de vida à nascença por sexo na Europa

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Estadística Nacional

Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Doenças do aparelho circulatório - 2013

AVC's Enfartes

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Acidente Vascular Cerebral

AVC isquémico
É o tipo mais comum, responsável por 80% dos AVC's. Ocorre quando há uma obstrução da artéria cerebral, impedindo a chegada de sangue ao cérebro.

AVC hemorrágico
Representa cerca de 20% dos AVC's. Ocorre quando há uma ruptura de uma artéria cerebral, provocando um escape de sangue para o tecido cerebral.

05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Acidente Vascular Cerebral

Sinais e Sintomas

1. Dificuldade em falar
2. Desvio da face
3. Perda de força súbita num braço

112

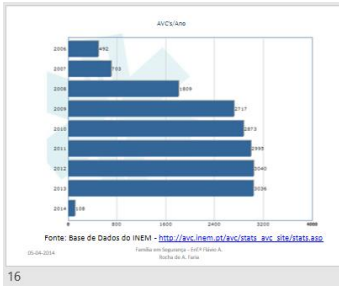
05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *

Acidente Vascular Cerebral

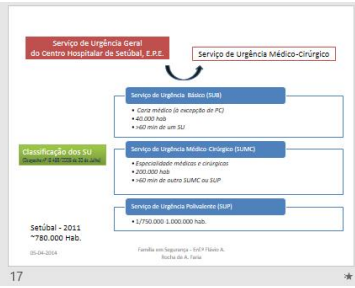
O AVC É UMA EMERGÊNCIA

UNIDADE AVC

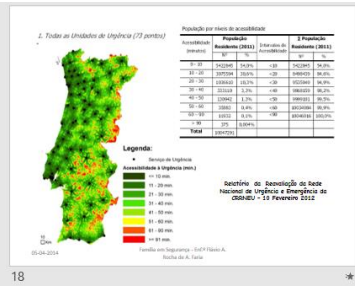
05-04-2014 Família em Segurança - ICSF Tísio A. Rocha da A. Taria *



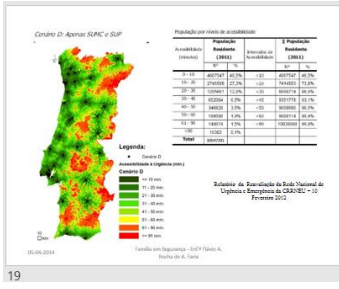
16



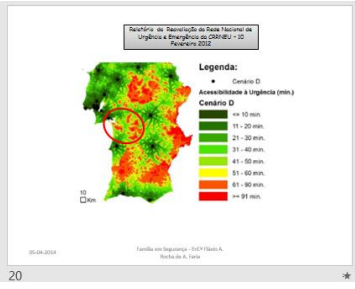
17



18



19



20

INEM Instituto Nacional de Emergência Médica

Organização que coordena, desenvolve e assegura o bom funcionamento do SIEM

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

21

Intervenientes do SIEM

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

22

GARANTIR AOS SINISTRADOS OU VÍTIMAS DE DOENÇA SÚBITA A CORRECTA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

23

Socorrismo

Prevenção Primária

Prevenção Secundária

Alerta

Socorro

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

24

Alerta

112

Central PSP

Bombeiros PSP GNR

CODU

Centro de Orientação de Doentes Urgentes

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

25

Dados Importantes:

- Localização exata da ocorrência;
- Tipo de ocorrência (doença aguda, acidente de viação, queda...);
- Número de vítimas e seu estado;
- Idade da(s) vítima(s);
- Fatores agravantes (explosão, incêndio, acidentes elétricos,...);
- O que já foi feito;

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

26

Responsabilidade e Civismo?....

112 - 70% de chamadas são "brincadeira ou engano"

CODU: 44.997 chamadas de 2012 - NÃO correspondem a situações de emergência

Para além destas, 21.810 chamadas FALSAS... que acionaram 7.634 meios INADEQUADAMENTE.

77€

222€

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

27

Caso Verdídico....

CODU

Vítima

Imaginem que em linha de espera estão vocês por causa de um familiar vosso...

...e que acabava por falecer nos vossos braços sem que conseguíssem pedir ajuda pelo 112

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

28

Realidade do Distrito de Setúbal

VMER

Distrito de Setúbal: - 5064 km² - 500.000 habit. Residentes (aumento sazonal)

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

29

Percurso da vítima....

Ocorrência

Detecção

Alerta - 112

Transporte

Atuação pré-hospitalar

Hospital - Cuidados avançados

Lista de Tempo em minutos

05-04-2014 Família em Segurância - ISEP Filipe A. Rocha de A. Taria

30

Socorro

Primário

Alterações cardíaco-respiratórias
Choque
Hemorragia
Envenenamento/Intoxicações

Secundário

Situações que não colocam diretamente em risco a vida das vítimas ex.: feridas, queimaduras e fraturas

Atenção: Necessidade de vigilância pois o estado pode agravar-se e levar a uma situação de socorro essencial

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

O que devemos observar numa vítima...

Regra de Ouro – condições de segurança

Sinal - O que podemos observar na vítima, através dos nossos sentidos (visão, audição, tacto, olfacto)
Sintoma - O que a vítima nos diz que sente

Colheita de Dados
História da situação (observação do corpo, interrogatório da vítima e interrogatório das testemunhas)
Antecedentes (diabetes, doença respiratória, alergias, doença cardíaca,...)

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Técnicas Básicas de Socorrismo

- Atitudes de extrema importância para a melhoria do prognóstico das vítimas.
- Podem Salvar Vidas:
 - De imediato;
 - Ganhar tempo até à chegada de ajuda diferenciada.

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Socorrismo baseia-se na:

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilar até 3 a 5 minutos após a PCR pode aumentar a sobrevivência até 75%.

Alerta SBV Desfibrilhação precoce SAV

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Sequência de Ação

- Condições de segurança
- Avaliação do estado de consciência
- Gritar por ajuda (1º)
- Permeabilização da via aérea
- Verificar respiração
- Ligar 112 (2º)
- 30 compressões
- 2 insuflações

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Condições de segurança

Sobrevivência só pode ocorrer se um tipo de vida chegar aos socorridos e às vítimas.

Origem dos perigos para o socorrista

Cenário Socorrido Vítima Terceiros

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Avaliação do Estado de Consciência

Estimulação verbal e táctil: abanar suavemente ao nível dos ombros (bilateralmente), perguntar: "está-me a ouvir?", "está a sentir-se bem?".

Se a vítima está consciente: Perceber o que aconteceu e pedir ajuda, permanecer junto da vítima até chegada de ajuda diferenciada.

Se a vítima não responde...

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Gritar por Ajuda

Sem abandonar a vítima, gritar por ajuda: "Atenção, alguém me pode ajudar, tenho aqui uma pessoa inconsciente."

1º Pedido de ajuda – pede-se a colaboração de mais alguém.
Ainda não se liga para o 112

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Permeabilizar a Via Aérea

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Verificar se a Vítima Respira

Ver (Movimentos do tórax)
Ouvir (o som dos movimentos ventilatórios)
Sentir (o ar expirado na face)

Contar 10 segundos...

Se respirar: 10 ventilações/min, colocar em Posição Lateral de Segurança, Ligar o 112, Manter-se junto da vítima e reavaliá-la.

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Posição Lateral de Segurança

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Verificar se a Vítima Respira

Ver (Movimentos do tórax)
Ouvir (o som dos movimentos ventilatórios)
Sentir (o ar expirado na face)

Contar 10 segundos...

Se Não respirar: 2º pedido de ajuda → 112 (Único momento em que se pode abandonar a vítima para pedir ajuda diferenciada)

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Ligar o 112

Importância de ligar neste momento:

- Informações extremamente importantes sobre o vítima: inconsciente e não respira;
- Garantir que vem ajuda diferenciada a caminho;
- Outras informações: onde, quando, como, quantas vítimas...

A partir do momento em que inicia manobras de reanimação, só para quando:

- A vítima recupera;
- Chega ajuda diferenciada;
- Está sozinho.

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

Compressões torácicas

30 compressões
Ritmo de 100-120/min
Profundidade: 5 a 6 cm
Compressão = Descompressão

05.06.2014 Família em Suprimento - ISEPT/Flavia A. Rocha de A. Tavares

2 Insuflações

Ar = 21% O₂

2 insuflações de 1 segundo (sempre com extensão do cabeça montado)

Depois de insuflar, deixar o ar sair passivamente.

Que quantidade de ar forneco ao absent? Suficiente para elevar o tórax

5% do oxigênio é usado por ventilação

Não são obrigatórias

46

Ciclo de compressões e ventilações

30 compressões

2 insuflações

Reavaliar a cada 2 min (5x 30:2)

47

Garantir condições de Segurança

Avaliar Estado de Consciência

Consciente

Inconsciente

Permeabilizar via aérea

VOS 10 segundos

Respira

Não Respira

PLS

Ligar 112

30 compressões

2 Insuflações

Ritmo de 100-120/min

2º pedido de ajuda (gritar por ajuda)

2º pedido de ajuda (112)

Parar quando:

1. A vítima recupera;
2. Chega a ajuda diferenciada;
3. Se entra em exaustão.

48

Suporte Básico de Vida é a base de sustentação da reanimação cardiopulmonar

Na Europa, 40% das mortes em indivíduos com menos de 75 anos deve-se a problemas cardíaco-vasculares

Privilegiar a compressão cardíaca:

Compressões bem feitas conseguem geral apenas 25% do débito cardíaco "normal".

Conselho Europeu de Ressuscitação, Guidelines 2010

49

Manobra de Heimlich

Ponto de aplicação da força

2º Caso deve de falar

3 pancadas interescapulares

5 Compressões abdominais

50

Particularidades

Lactentes, crianças até 8 anos, obesos e grávidas:

Procede-se à mesma sequência, mas substitui-se as compressões abdominais por torácicas, pois lactentes e crianças têm maior risco de lesão abdominal; nas grávidas e nos obesos, muitas vezes não é possível "abraçar" a cintura e também porque apresentam o diafragma mais elevado.

51

Afogamento

Morte Rápida e Silenciosa...

52

Afogamento

A principal causa de Paragem Cardiopulmonar é de origem respiratória e obstrutiva

Probabilidade de Sucesso do SBV

- Obstrução mecânica
- Hipotermia

Se as manobras de reanimação se iniciarem nos primeiros minutos.

53

Particularidade na RCP

Adulto "normal"

Condições de segurança

Avaliação do estado de consciência

Gritar por ajuda (1ª)

Permeabilização da via aérea

Verificar respiração

Ligar 112 (2ª)

30 compressões

2 insuflações

54

Particularidades: Afogamentos, latentes e crianças

Segurança

- Verificar Consciência
- Pedir Ajuda
- Abrir Via Aérea
- Verificar Respiração

5 Ventilações

3 x 30:2

Ligar 112

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

55

1 MINUTO SBV ANTES DE 112

- POSSÍVEL CASO DE HIPOXIA
- CASOS NÃO CARDÍACOS
- 1 MINUTO DE MANOBRAS PARA TENTAR RECUPERAR

56

5 VENTILAÇÕES

CRIANÇAS:

- 1 SEG. DE DURAÇÃO
- PARAR QUANDO TÓRAX EXPANDIR
- UTILIZAR MÁSCARA
- BOCA A BOCA

57

30 COMPRESSÕES TORÁCICAS

CRIANÇA:

- Colocar a base de uma mão no centro do peito
- Outra mantém EXTENSÃO
- Comprimir o peito
 - Ritmo 100-120 min⁻¹
 - Pressão 33% do TÓRAX
 - Iguar decompressão : refluxo

58

30 COMPRESSÕES TORÁCICAS

LACTENTE (1 REANIMADOR):

- 2 Dedos, 1 Dedo ABAIXO da linha inter-mamilar
- Outra mantém posição neutra
- Comprimir o peito
 - Ritmo 100-120 min⁻¹
 - Pressão 1/3 do TÓRAX
 - Iguar decompressão : refluxo

59

CONTINUAR SBV


3 CICLOS

30


2

60


Convulsões



Causas: foco epiléptico; febre; golpe de calor; traumatismo craniano; etc.



Fase tônica



Fase clônica

05-04-2014
Família em Segurança - IGC/Filipe A. Rocha de A. Faria

61

O que fazer.....

- Quando se está a começar a convulsivar:
 - Aparar a queda da vítima;
 - Retirar adornos e afastar objetos;
 - Desapertar a roupa da vítima (principalmente a do tórax);
 - Colocar em PLS sempre que possível;
 - Acondicionar a cabeça da vítima e esperar que esta fase passe.
 - Chamar 112/ajuda
- O que **não** fazer:
 - tentar controlar/conter a vítima;
 - Dar de beber, comer/colocar objetos na boca da vítima;
 - Bater na vítima.

05-04-2014
Família em Segurança - IGC/Filipe A. Rocha de A. Faria

62

O que fazer.....

CRISE CONVULSIVA



Constituem a equipa de intervenção com um socorrista.

Ligue **192** para ajuda.

Não coloque nada na boca.

Não tente controlar a convulsão a qualquer custo.

Proteja a vítima, mantenha-a quente.

Atenda a vítima após a crise.

Traga o paciente deitado.

05-04-2014
Família em Segurança - IGC/Filipe A. Rocha de A. Faria

63

O que não devem fazer...



05-04-2014
Família em Segurança - IGC/Filipe A. Rocha de A. Faria

64

"A esperança ilumina, o desespero cega."



FIM

05-04-2014
Família em Segurança - IGC/Filipe A. Rocha de A. Faria

65

APÊNDICE VII

**APÊNDICE VII: FOTOS DE UMA SES E DIVULGAÇÃO MEDIÁTICA
NUM PROGRAMA DA TV**

Foto de uma das Sessões de Educação para a Saúde



Divulgação das SES através de um programa na TV



APÊNDICE VIII

**APÊNDICE VIII: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE
ESTÁGIO NA VMER**

Ao Conselho de Administração do Hospital [REDACTED]

Eu, Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria, Enfermeiro com o nº de cédula profissional 5-E-52929, a frequentar o 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar (a título individual) a possibilidade de realização de turnos de observação na Viatura de Emergência Médica (VMER) do Hospital [REDACTED]

Contexto:

O 3º semestre do curso referido contempla o desenvolvimento de um percurso de experiências de âmbito profissional, com vista a atingir um perfil de conhecimentos e competências especializadas em enfermagem, tendo como base um tema de estudo. No meu caso, escolhi estudar as intervenções especializadas de enfermagem à pessoa adulta vítima de paragem cardiorrespiratória.

Sendo o meu contexto profissional um serviço de urgência geral (Centro Hospitalar de Setúbal) e estando de momento a estagiar na [REDACTED], por necessidade de aprofundamento de conhecimentos e experiências na temática de estudo, solicito a vossas excelências, a possibilidade de realizar alguns turnos em contexto de estágio de observação, na vossa VMER.

Sem outro assunto

Atenciosamente



(Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria)

Lisboa

03/11/2014

APÊNDICE IX

APÊNDICE IX: INSTRUÇÃO DE TRABALHO SOBRE COLHEITA DE HEMOCULTURAS

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	COLHEITA DE HEMOCULTURAS

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Esta Instrução de trabalho tem como [REDACTED]

Objetivos:

- Colher amostra de sangue sem contaminação externa;
- Proteger o doente de infeções decorrentes da colheita do produto.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A presente Instrução de Trabalho aplica-se a todos os Enfermeiros do serviço e profissionais que executem a respetiva colheita.

3 SIGLAS E ABREVIATURAS

- ml – mililitros

4 DESCRIÇÃO

É um procedimento que possibilita a colheita de uma amostra de sangue recorrendo a técnica asséptica, para sua posterior análise bacteriológica.

4.1 – Frequência

- Quando requisitado pelo médico responsável.

4.2 – Orientações genéricas quanto à execução

- Explicar o procedimento ao doente e respeitar a sua individualidade;
- É fundamental o respeito pela técnica asséptica;
- Zelar pelo acondicionamento e encaminhamento do produto colhido para o laboratório logo que possível.

4.3 – Procedimento

1 – Avaliar o doente e selecionar o acesso venoso periférico mais adequado para a recolha da amostra de sangue.

2 – Reunir todo o material necessário e preparar a mesa de trabalho estéril para economizar tempo e facilitar a execução:

- Máscara cirúrgica
- Luvas esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Desinfetante de pele (Álcool/braunoderme/cutasep)

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>[assinatura]</i>		

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	COLHEITA DE HEMOCULTURAS

- Adesivo hipoalérgico.
- 1 garrote
- 1 Seringa de 20 ml (mais 1 de 10 ml se necessário)
- 1 Agulha endovenosa
- Frasco(s) esterilizado(s) indicado(s) (para pesquisa de bactérias aeróbias e/ou anaeróbias)
- Recipiente para corto-perfurantes;

3 – Lavar as mãos (Procedimento CIH 102), colocar máscara cirúrgica e enverggar luvas esterilizadas, de forma a prevenir infeções cruzadas e manter a proteção do profissional

4 – Garrotar o membro acima do local de punção;

5 – Desinfetar o local da punção com compressas embebidas em álcool a 70% de modo circular e do interior para a periferia. Repetir a operação com solução alcoólica iodada a 1%, ou seguir a política de anti- sépticos do hospital. Deixar secar;

Atenção - Não palpar a vela após a desinfecção da pele e antes de inserir a agulha. Se isto acontecer repetir todo o processo de desinfecção

6 – Puncionar com o bisel da agulha endovenosa virado para cima e aspirar a quantidade necessária;

7 – Após a colheita, limpar a pele com álcool, para prevenir reações adversas ao lodo e aplicar um penso simples ou penso rápido.

8 – Não retirar ou trocar de agulha. Retirar a(s) tampa(s) do(s) frasco(s) de hemocultura, passar uma compressa com álcool sobre a proteção de borracha a perfurar. Aguardar que seque, perfurar e inocular a quantidade recomendada.

8 – Descartar as luvas e aplicar uma solução de base alcoólica nas mãos.

9 – Identificar o(s) respetivo(s) frasco(s) de hemocultura e efetuar o registo da hora e produto colhido na folha de enfermagem (no espaço identificado por "Outros cuidados/ registos"), assegurando assim a continuidade da informação.

Nota: em caso de uso do spray antisséptico, deve-se ter em conta as recomendações e instruções específicas do fornecedor (cutasep ou braunoderm)

Atenção - Nunca refrigerar as hemoculturas após a colheita. Conservar o frasco em estufa a 37°C até ser enviada ao laboratório (ou à temperatura ambiente nos métodos automáticos se assim for recomendado pelo fabricante).

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>[assinatura]</i>		

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	COLHEITA DE HEMOCULTURAS

5 REFERÊNCIAS

- Procedimento Multisectorial CIH 102 – Higiene das Mãos
- Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) – “Orientações para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia”. 2004¹

¹ Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/008546.pdf>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>anderson</i>		

APÊNDICE X

**APÊNDICE X: INSTRUÇÃO DE TRABALHO SOBRE COLHEITA DE
EXPETORAÇÃO PARA EXAME MICROBIOLÓGICO**

	ÁREA
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	COLHEITA DE EXPETORAÇÃO PARA EXAME MICROBIOLÓGICO

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Esta Instrução de trabalho tem como [REDACTED]

Objetivos:

- Proteger o doente de infeções decorrentes da colheita do produto.
- Prescrições médicas para exame microbiológico de expetoração segundo "guidelines" reconhecidas cientificamente;
- Uniformizar procedimento de colheita;
- Diminuir contaminações das culturas de expetoração por procedimentos não conformes;
- Aqr em conformidade com o quadro clínico do doente.

1 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A presente Instrução de Trabalho aplica-se a todos os Enfermeiros do serviço e profissionais que executem a respetiva colheita.

2 SIGLAS E ABREVIATURAS

-

3 DESCRIÇÃO

É um procedimento que possibilita a colheita de uma amostra expetoração com técnica asséptica, para sua posterior análise bacteriológica.

4.1 – Frequência

- Quando requisitado pelo médico responsável;
- Colher, de preferência, antes do início da antibioterapia;
- Deverá ser realizada, se possível, pela manhã e em jejum, pois qualquer vestígio de comida torna a amostra imprópria para processamento

4.2 – Orientações genéricas quanto à execução

- Explicar o procedimento ao doente e respeitar a sua individualidade;
- A colheita deverá ser precedida de uma higienização da boca apenas com água.
- A utilização de produtos antissépticos orais irá alterar os resultados obtidos, pelo que é desaconselhada, já a escovagem dos dentes não está contraindicada;
- É fundamental o respeito pela técnica asséptica;
- Zelar pelo acondicionamento e encaminhamento do produto colhido para o laboratório logo que possível.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
<i>[assinatura]</i>			

	AREA
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	COLHEITA DE EXPETORAÇÃO PARA EXAME MICROBIOLÓGICO

4.3 – Procedimento

4.3.1 - Colheita de expetoração

1 – Reunir todo o material necessário, e preparar a mesa de trabalho estéril, para economizar tempo e facilitar a execução:

- Máscara cirúrgica
- Luvas esterilizadas
- Frasco(s) esterilizado(s) indicado(s) para a colheita de expetoração

2 – Lavar as mãos (Procedimento CIH 102), colocar máscara cirúrgica e envergatar luvas esterilizadas, de forma a prevenir infeções cruzadas e manter a proteção do profissional

3 – Instruir o doente a colher uma expetoração resultante de tosse profunda; as amostras com saliva ou rinorreia são descartadas; Se a expetoração for escassa, deverá proceder-se à indução da mesma através de uma nebulização com soro fisiológico ou através de fisioterapia respiratória;

4 – Depositar a amostra colhida num recipiente estéril, seco, de boca larga e tampa de rosca.

ATENÇÃO: a indução da tosse em doentes com suspeita de tuberculose pulmonar apenas deve ser efetuada se estiverem asseguradas as precauções de transmissão por partícula; nas suspeitas de pneumonia bacteriana assegurar as precauções de transmissão por gotícula antes de efetuar estas manobras. Desta forma não está recomendado o uso das nebulizações em doentes com suspeita de tuberculose pulmonar.

5 – Descartar as luvas e aplicar uma solução de base alcoólica nas mãos.

6 – Identificar o(s) respetivo(s) frasco(s) de colheita e efetuar o registo da hora e produto colhido na folha de enfermagem (no espaço identificado por "Outros cuidados/registos"), assegurando assim a continuidade da informação.

Nota: Para o exame bacteriológico, uma única amostra de expetoração, é suficiente. Para a pesquisa de fungos - bactérias, é aconselhável, pelo menos três amostras de expetoração, em três dias diferentes

4.3.2 - Colheita de secreções brônquicas

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>anderson</i>		

	ÁREA
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	COLHEITA DE EXPETORAÇÃO PARA EXAME MICROBIOLÓGICO

Conceito:

As secreções brônquicas são um tipo de secreções provenientes diretamente dos brônquios ou pulmões e podem ser obtidas por aspiração endotraqueal, ou ainda através da broncoscopia (Incluindo escovado brônquico e lavado broncoalveolar), aspirado transtraqueal (punção) ou aspirado pulmonar trans-torácico. Apenas nos dois últimos casos se pode excluir completamente a contaminação por flora da orofaringe. Contudo, mesmo essas amostras podem não ser significativas para implicar organismos ubíquitos, porém passíveis de causar infeções pulmonares invasivas (Aspergillus , Candida ...), caso em que seria necessário recorrer a biópsia.

Atenção: Aspirados obtidos a partir da faringe não são aceitáveis, daí a importância de uma aspiração profunda.

Nota: Recorrer a esta técnica caso o doente não consiga expetorar, devido à sua debilidade física e/ou estado de consciência. Utilizar sempre técnica asséptica para o procedimento. Ter em consideração que doentes traqueostomizados ou com antecedentes de entubação endotraqueal podem apresentar aumentos marcados na concentração de organismos presentes abaixo da traqueia, podendo esta corresponder apenas a colonização

Doente conectado a prótese ventilatória:

1 – Verificar o correto funcionamento do aspirador de secreções, reunir todo o material necessário e preparar a mesa de trabalho estéril para economizar tempo e facilitar a execução:

- Máscara cirúrgica com viseira;
- Luvas esterilizadas;
- Frasco de aspiração esterilizado indicado para a colheita de expetoração;
-

2 – Lavar as mãos (Procedimento CIH 102), colocar máscara cirúrgica e enverggar luvas esterilizadas, de forma a prevenir infeções cruzadas e manter a proteção do profissional

3 – Avaliar o estado clínico do doente. Se necessário e indicado, recorrer ao pré-enriquecimento de O₂ através do ventilador conectado.

4 – Ligar o aspirador e proceder à técnica asséptica de aspiração com o dispositivo de colheita adequado.

5 – Descartar as luvas e aplicar uma solução de base alcoólica nas mãos.

6 – Identificar o(s) respetivo(s) frasco(s) de colheita e efetuar o registo da hora e produto colhido na folha de enfermagem (no espaço identificado por "Outros cuidados/registos"), assegurando assim a continuidade da informação.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>[assinatura]</i>		

	AREA
	INTRUÇÃO DE TRABALHO
	COLHEITA DE EXPETORAÇÃO PARA EXAME MICROBIOLÓGICO

4 REFERÊNCIAS

- Procedimento Multisectorial CIH 102 – Higiene das Mãos
- Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) – "Orientações para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia". 2004¹
- Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) – "Recomendações para a prevenção da Infecção respiratória em doente ventilado". 2004²

¹ Disponível em <http://www.dgs.pt/imcms/area/membro.id/ficheiros/5008546.pdf>

² Disponível em <http://www.anses.pt/Files/documentos/default/682734572.pdf>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>[assinatura]</i>		

APÊNDICE XI

**APÊNDICE XI: RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE EEEMC/PSC
COMPETÊNCIA ESPECÍFICA - GESTÃO DA EQUIPA EM
CONTEXTOS DE PCR DO LIVRO DE RESUMOS DO 3 EEEMC**

COMUNICAÇÃO N.º 14
PAINEL IV - 1.º LUGAR

Título: Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar como uma competência exclusiva do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica

Autor: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria, Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

Introdução

A presente comunicação surge no seio do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica.

Decorrente da necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências de Enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa vítima de Paragem Cardiopulmonar (PCR), emergiu a seguinte apreciação: a liderança e a gestão da equipa de Enfermagem e assistente operacional em situações de reanimação cardiopulmonar deve ser tida em consideração como uma competência específica do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica (PSC) e/ou Médico-Cirúrgica (MC).

Objetivos

Propor que seja específico do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica a liderança e a gestão da equipa nos momentos de PCR.

Metodologia

- Processo de reflexão profundo sobre o enquadramento da prestação de cuidados à pessoa vítima de Paragem Cardiopulmonar.
- Pesquisa em base de dados idónea – HEBSCO.
- Consulta de documentação da Ordem dos Enfermeiros – REPE; regulamentos de competências comuns e específicos do enfermeiro especialista.

Conclusão

No que concerne à intervenção especializada sobre a pessoa vítima de PCR em ambiente hospitalar, é extremamente redutor pensar apenas na formação em SBV, SIV, SAV e/ou SAV trauma. A prestação de cuidados é sempre feita em equipa. Prestação esta que

deve estar bem coordenada e deve ser liderada pelo enfermeiro especialista pois é o elemento que melhor conhece os elementos de equipa de Enfermagem e assistentes operacionais ao nível das suas competências, além de que é também o elemento que melhor conhece os recursos materiais do seu serviço.

Na presença de um médico esta liderança não desvanece pois ele é o ponto de articulação com a restante equipa e pode servir de «filtro» de más práticas.

Todas as comunicações veiculam através do enfermeiro especialista, minimizando os ruídos comunicacionais e melhorando o *timing* das intervenções prioritárias.

É de referir que existe a necessidade de ter um líder que oriente e coordene as ações dos outros elementos, de forma a aumentar a eficácia e eficiência de cuidados.

A liderança e a gestão da equipa nos cuidados à pessoa em situação de PCR requerem uma maturidade profissional equiparada ao de «perito», sendo o enfermeiro especialista o elemento com qualificações específicas para assumir este papel.

Recomendações

Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos e trabalhos que permitam consolidar e evidenciar a necessidade da intervenção do enfermeiro especialista em MC/PSC na liderança da equipa em contexto de prestação de cuidados à pessoa vítima de PCR.

Fontes:

ADRIE, C., CARIOU, A., MOURVILLIER, B., LAURENT, I., DABBANE, H., HANTALA, F., ... MONCHI, M. (2006). Predicting survival with good neurological recovery at hospital admission after successful resuscitation of out-of-hospital cardiac arrest: the OHCA score. *European Heart Journal*, 27(23), 2840–5. doi:10.1093/eurheartj/ehl335.

ANDRES, J. (2013). Analgesia & Resuscitation : Current Research In-hospital Cardiopulmonary Resuscitation Outcomes, 1–2.

BINGHAM, R.M. (2011). Predicting the outcome from pediatric cardiopulmonary arrest. *Paediatric Anaesthesia*, 21(8), 831–3. doi:10.1111/j.1460-9592.2011.03508.x.

BRINDLEY, P.G., MARKLAND, D.M., MAYERS, I., & KUTSOGIANNIS, D. (2002). Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation, 167(4).

BOTERF, G. Le. (2005). Construir as Competências Individuais e Colectivas: Resposta a 80 questões. (Edições Asa, Ed.). Porto.

BOTERF, G. Le. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Reflexão*, 60–63. Retrieved from http://www.guyleboterf-conseil.com/Article_evaluation_versiondirectePessoal.pdf.

DEMARIA, S., BRYSON, E.O., MOONEY, T.J., SILVERSTEIN, J.H., REICH, D.L., BODIAN, C., & LEVINE, A.I. (2010). Adding emotional stressors to training in simulated cardiopulmonary arrest enhances participant performance. *Medical Education*, 44(10), 1006–15. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03775.x.

- DOBBS, J., GREENE, M., MACGILLIS, P.A., STOCKHAUSEN, P.A., JOSEPH, S., & MEDICAL, R. (2002). A Model to Enhance Staff Response in Cardiopulmonary Arrest, 17(1), 47–54.
- EWY, G.A., & KERN, K.B. (2009). Recent advances in cardiopulmonary resuscitation: cardiocerebral resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(2), 149–57. doi:10.1016/j.jacc.2008.05.066.
- ESEL. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC (p. 2010). Lisboa. Retrieved from http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/PlanoEstudos/Mestrado_PCriticaPE.htm.
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Retrieved from <https://www.erc.edu/>.
- GILLIGAN, P., BHATARCHARJEE, C., KNIGHT, G., SMITH, M., HEGARTY, D., SHENTON, A., ... BRADLEY, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 22(9), 628–32. doi:10.1136/emj.2004.015321.
- HAMILTON, R. (2005). Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 288–97. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03491.x.
- HUIKURI, H.V. (2011). Prediction and prevention of sudden cardiac arrest. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 183(15), 1692–3. doi:10.1503/cmaj.111245.
- HUNZIKER, S., BÜHLMANN, C., TSCHAN, F., BALESTRA, G., LEGERET, C., SCHUMACHER, C., ... MARSCH, S. (2010). Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: a randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 38(4), 1086–91. doi:10.1097/CCM.0b013e3181cf7383.
- HUNZIKER, S., JOHANSSON, A. C., TSCHAN, F., SEMMER, N. K., ROCK, L., HOWELL, M. D., & MARSCH, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381–8. doi:10.1016/j.jacc.2011.03.017.
- JACOBS, I., NADKARNI, V., BAHR, J., BERG, R.A., BILLI, J.E., BOSSAERT, L., ... ZIDEMAN, D. (2004). Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries: a statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Councils of Southern Africa). *Circulation*, 110(21), 3385–97. doi:10.1161/01.CIR.0000147236.85306.15.
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2011). Manual de suporte avançado de vida. Lisboa.
- KAYE, P. (2005). Early prediction of individual outcome following cardiopulmonary resuscitation: systematic review. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 22(10), 700–5. doi:10.1136/emj.2004.016253.

- LINDNER, T.W., SØREIDE, E., NILSEN, O.B., TORUNN, M.W., & LOSSIUS, H.M. (2011). Good outcome in every fourth resuscitation attempt is achievable - an Uts-tein template report from the Stavanger region. *Resuscitation*, 82(12), 1508–13. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.06.016.
- MARX, M., & POULIN, R. (2013). *Managing Editors* (Vol. 22, pp. 1–12).
- MEANEY, P.A., BOBROW, B.J., MANCINI, M.E., CHRISTENSON, J., DE CAEN, A.R., BHANJI, F., ... LEARY, M. (2013). Cardiopulmonary resuscitation quality: [corrected] improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(4), 417–35. doi:10.1161/CIR.0b013e31829d8654.
- MELLICK, L.B., & ADAMS, B.D. (2009). Resuscitation Team Organization for Emergency Departments : A Conceptual Review and Discussion. *The Open Emergency Medicine Journal*, 18–27.
- NUNES, L., AMARAL, M., & GONÇALVES, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. (O. dos Enfermeiros, Ed.) (pp. 35–100). Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010). Portugal. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/cole-gios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010). Portugal. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2012). Portugal. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.
- PORTER, J.E., COOPER, S.J., & TAYLOR, B. (2013). Emergency Resuscitation team roles: What constitutes a team and who's looking after the family? *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 124–132. doi:10.5430/jnep.v4n3p124.
- SAYRE, M.R., CANTRELL, S.A., WHITE, L.J., HIESTAND, B.C., KESEG, D.P., & KOSER, S. (2007). Impact of the 2005 American Heart Association cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care guidelines on out-of-hospital cardiac arrest survival. *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 13(4), 469–77. doi:10.1080/10903120903144965.
- SIU, T., HOSPITALS, K., CHAI, W., KONG, H., & KONG, N.T.H. (2010). Nurses' role in the early defibrillation of cardiac patients : Implications for nursing in Hong Kong, 35(1), 88–94.
- TEMPLE, A., & PORTER, R. (2012). Predicting neurological outcome and survival after cardiac arrest. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 12(6), 283–287. doi:10.1093/bjaceaccp/mks029.
- TERZI, A. (2012). Nurse's Role in the Modern Resuscitation Era. *HOSPITAL CHRONICLES*, 7(1), 25–31.

TISHERMAN, S.A., BARIE, P., BOKHARI, F., BONADIES, J., DALEY, B., DIEBEL, L., ... SIMON, R. (2004). Clinical Practice Guideline: Endpoints of Resuscitation. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 57(4), 898–912. doi:10.1097/01.TA.0000133577.25793.E5.

VAN DE GLIND, E.M.M., VAN MUNSTER, B.C., VAN DE WETERING, F.T., VAN DELDEN, J.J.M., SCHOLTEN, R.J.P.M., & HOOFT, L. (2013). Pre-arrest predictors of survival after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest in the elderly a systematic review. *BMC Geriatrics*, 13, 68. doi:10.1186/1471-2318-13-68.

XUE, J., LENG, Q., GAO, Y., CHEN, S., LI, Z., LI, H., & HUANG, W. (2013). Factors influencing outcomes after cardiopulmonary resuscitation in emergency department, 4(3), 183–189.

APÊNDICE XII

**APÊNDICE XII: SLIDES DA COMUNICAÇÃO LIVRE EEMC/PSC
COMPETÊNCIA ESPECÍFICA: GESTÃO DA EQUIPA EM
CONTEXTOS DE PCR**

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Fábio Faria-RN, MNSc Student: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na ESEL
 Anabela Mendes- PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL (Orientadora)

23 de janeiro de 2015

1

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Crescente interesse sobre a pessoa vítima de paragem cardiopulmonar

2

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Nº1 do Artigo 4º, Capítulo II do REPE

“...prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”
 (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 15)

Alínea e), Nº4 do Artigo 9º, Capítulo IV do REPE

“...em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.”
 (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 19)

3

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

1 - As competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são as seguintes:

a) Cuidar da pessoa a “vencer” processos complexos de doença crítica e em fibrilha equívoca.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

4

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Evidência científica:

- Estudo aprofundado da pessoa vítima de PCR

Objetivo

- Propor que seja específico do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica a liderança e a gestão da equipa nos momentos de PCR

Metodologia

- Pesquisa na base de dados EBSCO (MEDLINE e CINAHL)
- Consulta de documentação da Ordem dos Enfermeiros- REPE, regulamentos de competências comuns e específicos do enfermeiro especialista
- Processo de reflexão profundo sobre o enquadramento da prestação de cuidados à pessoa vítima de paragem cardiopulmonar

5

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Situação hipotética de uma pessoa vítima de PCR

Objetivos:

- Líder que orienta e coordena as ações dos outros elementos, de forma a aumentar a eficácia e eficiência de cuidados
- Conhece as competências dos elementos
- Conhece melhor os materiais e os equipamentos
- “Perito” - Detentor de competências na área específica
- “Filtro” de más práticas
- Melhor eficiência comunicacional durante o processo de reanimação
- Preocupação pela melhoria da qualidade de cuidados
- Responsabilidade pela formação de pares

O processo de reanimação de uma pessoa não se resume em seguir protocolos...

6

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Conclusão

- No que concerne à intervenção especializada sobre a pessoa vítima de PCR (em meio hospitalar), é extremamente redutor pensar apenas na formação em SBV, SIV, SAV e/ou SAV/trauma. A prestação de cuidados é sempre feita em equipa. Prestação esta que deve estar bem coordenada e deve ser liderada pelo enfermeiro especialista pois é o elemento que melhor conhece os elementos de equipa de enfermagem e assistentes operacionais, ou outros, ao nível das suas competências, além de que é também o elemento que melhor conhece os recursos materiais do seu serviço.
- Na presença de um médico esta liderança não desvanece pois ele é o ponto de articulação com a restante equipa e pode servir de “filtro” de más práticas.

7

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Conclusão (cont.)

- Todas as comunicações veiculam através do enfermeiro especialista, **minimizando os ruídos comunicacionais e melhorando o âmbito das intervenções prioritárias**.
- É de referir que existe a necessidade de ter um líder que oriente e coordene as ações dos outros elementos, de forma a **aumentar a eficácia e eficiência de cuidados**.
- A liderança e a gestão da equipa nos cuidados à pessoa em situações de PCR requer uma maturidade profissional equiparada ao de “perito”, sendo o enfermeiro especialista o elemento com qualificações específicas para assumir este papel.

8

Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar
 Uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

Recomendações

- Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos e trabalhos que permitam consolidar e evidenciar a **necessidade da intervenção do enfermeiro especialista em MC ou PSC na liderança da equipa em contexto de prestação de cuidados à pessoa vítima de paragem cardiopulmonar**.
- Sugere-se esta competência exclusiva (liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar), como um fator a ter em conta para o ajuste de enfermeiros especialistas em MC ou PSC, no cálculo das dotações seguras para os diferentes serviços.

9

Bibliografia

Lista de referências bibliográficas relacionadas ao tema de liderança e gestão de equipe em reanimação cardiopulmonar.

10

APÊNDICE XIII

**APÊNDICE XIII: RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE
INTERVENÇÃO (IN)VISÍVEL DO ENFERMEIRO À PESSOA VÍTIMA
DE PCR DO LIVRO DE RESUMOS DO 3 EEEMC**

COMUNICAÇÃO N.º 15

Título: Intervenção (in)visível do enfermeiro à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória: projeto «Família em segurança»

Autor: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria, Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

Introdução

Projeto que surge por iniciativa individual com a finalidade de massificar conhecimentos em Suporte Básico de Vida (SBV) e primeiros socorros no seio da população de Setúbal, tendo por base o tema do afogamento. A escolha do tema deve-se à proximidade de Setúbal com a linha costeira, praias (fluviais e marítimas) e às condições geográficas e climáticas que propiciam o elevado número de recursos hídricos artificiais.

Como forma de complementariedade no percurso de competências de enfermeiro especialista, o trabalho foi considerado relevante para ponderação na avaliação, como atividade desenvolvida no contexto do curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Objetivos

Instruir a população de Setúbal sobre SBV e primeiros socorros.

Objetivos Específicos

- Instruir os setubalenses, teoricamente, sobre noções de SBV e primeiros socorros.
- Alertar os setubalenses que sejam pais de crianças e jovens dos 0 aos 19 anos para a problemática do afogamento.
- Promover a boa imagem do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) e dos seus profissionais, no seio da população setubalense.
- Demonstrar a preocupação do CHS face às necessidades de saúde dos setubalenses, no que respeita à problemática do afogamento.

Metodologia

Projeto apresentado no final de 2013 ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, tendo sido aprovado.

Em conjunto com o Serviço de Gestão da Formação foram programados, ao longo do ano de 2014, dois módulos de cinco sessões de educação para a saúde idênticas, com a duração de duas horas (das 14 às 16h).

A inscrição para estas sessões foi sempre gratuita, ocorreu aos sábados e teve o limite de 30 formandos por sessão.

Resultados

Este projeto decorreu com bastante sucesso, superou as expectativas, levou à necessidade de sessões de educação extra e permitiu a projeção da Enfermagem no espaço mediático de um programa televisivo.

Conclusão

A população valoriza e está bastante recetiva a este tipo de iniciativas por parte do Centro Hospitalar de Setúbal.

Confirma-se a necessidade real da população de Setúbal de adquirir conhecimentos sobre o Suporte Básico de Vida e os primeiros socorros.

A grande maioria dos formandos sugeriu a continuidade do projeto, com necessidade de existência de uma vertente prática.

Fontes:

APSI (2007). Relatório Afogamentos em Crianças – Portugal 2005/2006 em www.apsi.org.pt.

APSI (2011). Relatório 2002-2010: Afogamentos em crianças e jovens em Portugal em www.apsi.org.pt.

CONSUMER SAFETY INSTITUTE. Mortality Statistics, Statistics Netherlands 1998-2001 publicado por European Child Safety Alliance (2006) em Factsheet: Be Water Wise. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2012-2016, consultado no site <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>.

EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2007). The Water Wise facts Sheet – Child Water Safety em www.childsafetyeurope.org.

EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2008). Protecting Children and Youths in Water.

ISN (2010) através da consulta dos dados estatísticos no site oficial <http://isn.marinha.pt/PT/Paginas/default.aspx>.

RECREATION - Safety Guidelines for Service Providers em www.childsafetyeurope.org.

EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2009). Child Safety Report Card – 2009 – Portugal, em www.apsi.org.pt.

EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2009). Child Safety Country Profile – 2009 –

Portugal em www.apsi.org.pt.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (2010). Guidelines for Resuscitation.

NOGUEIRA, P.J., COSTA, A.J., PINTO, C.S., ALVES, M.I. & ROSA, M.V. (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011) em www.dgs.pt.

TAPADINHAS, F., et al (2006). Acidentes de Submersão em crianças no sotavento algarvio – uma realidade a alterar. Revista Saúde Infantil; Vol. 28, 1:19-29.

THE EUROPEAN ENVIRONMENT AND HEALTH INFORMATION SYSTEM (2007). Policies to reduce and prevent selected unintentional injuries (falls, drowning, poisoning, fires and choking) in children and adolescents em http://www.enhis.org/object_document/o4728n27384.html.

UNICEF (2001). Childhood drowning is a global concern (2002) em www.bmj.com.

UNITED STATES CONSUMER PRODUCT SAFETY COMMISSION. How to plan for the unexpected: Preventing Child Drownings. Pub. No. 359 em Factsheet: Be Water Wise. European Child Safety Alliance (2006).

WORLD CONGRESS ON DROWNING (2002) em <http://www.who.int/en>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). Guidelines for Safe Recreational-Water Environments. Vol.2: Swimming pools, spa and similar recreational-water environments. Capítulo 2: Drowning, Injuries and Pool Safety Management.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNICEF (2008). European Report on Child Injury Prevention.

PORDATA em www.pordata.pt.

APÊNDICE XIV

**APÊNDICE XIV: RESUMO DO POSTER A PESSOA VÍTIMA DE PCR:
CONSTRUÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DO LIVRO DE
RESUMOS DO 3º EEEMC**

PÓSTER N.º 10
MENÇÃO HONROSA

Título: A pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória - Construção de uma perspetiva especializada de Enfermagem

Autores: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria, Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

Introdução

Contextualizando, o presente póster surge no seio do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, no qual está implícito um planeamento e o desenvolvimento de atividades sob alçada de um tema de desenvolvimento específico da área da pessoa em situação crítica, tendo como finalidade a edificação de um perfil de competências específicos do curso de mestrado e semelhante ao da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tema de desenvolvimento – A pessoa adulta vítima de Paragem Cardiorrespiratória: intervenções especializadas de Enfermagem.

Decorrente da necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências de Enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória, emergiu a seguinte problemática: como organizar as múltiplas intervenções de Enfermagem direcionadas especialmente à vítima de Paragem Cardiorrespiratória tendo por base os conceitos específicos da disciplina de Enfermagem?

Objetivos

Construir uma perspetiva específica e especializada de Enfermagem sobre as intervenções à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória.

Desenvolver uma ferramenta estrutural para a organização das intervenções específicas de Enfermagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória, na sua multiplicidade de contextos.

Metodologia

Processo de reflexão profundo sobre o enquadramento da prestação de cuidados à pessoa vítima de Paragem Cardiorespiratória com a disciplina de Enfermagem: Afaf Meleis e Patrícia Benner.

Pesquisa em base de dados idónea – HEBSO.

Consulta de documentação da Ordem dos Enfermeiros.
Leitura de teóricas de Enfermagem.

Resultados

Através da construção deste esquema mental, alicerçado essencialmente no processo de transição de Afaf Meleis, cruzando-o com o conceito de saúde e com a perspectiva do impacto produzido pela doença na pessoa de acordo com Marie Collière, é possível esquematizar de forma estruturada e organizada as diferentes tipologias de intervenção especializadas de Enfermagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória e pessoa(s) significativa(s).

Conclusão

A intervenção de Enfermagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória ultrapassa de longe a prestação direta de cuidados. Com base nesta premissa e aglutinando ao esquema proposto a perspectiva de hierarquização de prioridade de cuidados da Triagem de Manchester, é possível incluir o fator tempo e distinguir o carácter subjacente, mais preponderante (tipologia reativa ou preventiva) da prestação de cuidados, nos diferentes momentos deste processo de transição.

Recomendações

Sugere-se o uso deste esquema como ferramenta do enfermeiro especialista na abordagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória.

Fontes:

- BOTERF, G. Le. (2005). Construir as Competências Individuais e Colectivas: Resposta a 80 questões. (Edições Asa, Ed.). Porto.
- BOTERF, G. Le. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Reflexão*, 60–63. Consultado a 10 de novembro de 2014, disponível em [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf).
- CARVALHO, A. (2007). Promoção da Saúde : concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Universidade do Minho. Consultado a 12 de outubro de 2014, disponível em [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518/1/Tese Doutoramento-Am%C3%A2ncio Carvalho.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518/1/Tese%20Doutoramento-Am%C3%A2ncio%20Carvalho.pdf).
- COLLIÈRE, M. (2003). Cuidar... A primeira arte da vida. Loures: Lusociência.
- ESEL. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC (p. 2010). Lisboa. Consultado a 2 de abril de 2014, disponível em http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/PlanoEstudos/Mestrado_PCriticaPE.htm.

²⁴ Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroResumos3EncontroEEEMC_site_proteg.pdf

APÊNDICE XV

**APÊNDICE XV: POSTER “A PESSOA VÍTIMA DE PCR:
CONSTRUÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM”**

A Pessoa Vítima de Paragem Cardiorrespiratória

Construção de uma perspetiva especializada de enfermagem

Fátima Faria – RN, MNSc Student: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na ESEL
 Anabela Mendes - PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL (Orientadora)



No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, tendo como foco de atenção a pessoa adulta vítima de paragem cardiorrespiratória, emerge a necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos, na intenção de garantir cuidados de enfermagem de elevada competência.

Considera-se nesta matriz a importância de construir uma resposta efetiva, eficaz e congruente face às necessidades da pessoa que se revela nestas condições clínicas de enfermagem.

Este trabalho tem como finalidade a apresentação dos resultados da investigação realizada, tendo como base a seguinte questão de partida: **Como organizar as múltiplas intervenções de enfermagem direcionadas especificamente à vítima de paragem cardiorrespiratória, tendo por base os conceitos específicos da disciplina de enfermagem?**

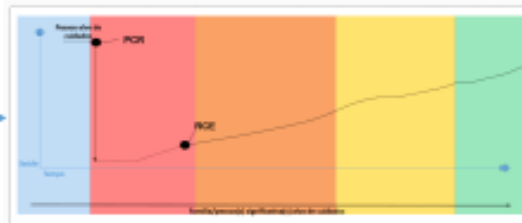
Através da análise realizada, aliçada essencialmente ao processo de transição de Atfal Meleis, cruzando-o com o conceito de saúde e com a perspetiva do impacto produzido pela doença na pessoa de acordo com Marie Collière, foi possível esquematizar de forma estruturada e organizada as diferentes tipologias de intervenção especializada de enfermagem à pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória e pessoa(s) significativa(s).

Quando a doença surge, esta é considerada uma passagem que obriga inevitavelmente a uma perda do que acontecia antes para abraçar um nova realidade, pondo à prova a capacidade de adaptação e de ajustamento da pessoa, "do que somos...aquilo que nos vamos tornar".
 [Collière, 2003, p.175]

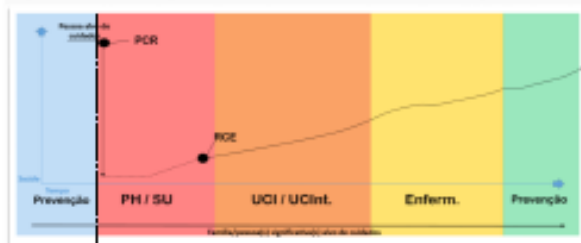
A intervenção de enfermagem à pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória ultrapassa de longe a prestação direta de cuidados. Com base nesta premissa e aglutinando ao esquema proposto a perspetiva de Manchester de prioridades de cuidados semelhante ao da Triagem de Manchester, é possível de identificar momentos distintos onde a pessoa ou a família/pessoa(s) significativa(s) requerem diferentes cuidados de saúde.

Objetivo
 Construir uma perspetiva específica e especializada de enfermagem sobre as intervenções à pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória.

- Metodologia**
- Pesquisa na base de dados EBSCO (MEDLINE e CINAHL)
 - Consulta de documentação da Ordem dos Enfermeiros
 - Suportes teóricos de referência: Teoria das transições de Atfal Meleis e perspetiva de Collière estabelecendo as conexões de saúde e doença
 - Exercício reflexivo, tendo como suporte o ciclo de Gibbs, na intenção de analisar o enquadramento da prestação de cuidados à pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória com a disciplina de enfermagem.



Contexto de intervenção de Enfermeiro → Intervenções



Carater da prestação de cuidados



A perspetiva pode ser usada como uma ferramenta útil para o quotidiano do enfermeiro especialista. Segue o exemplo de um ajustamento desta perspetiva à pessoa vítima de PCR que vem do meio extra-hospitalar, passa pelo meio intra-hospitalar e depois tem alta.

De enfatizar, que ainda é possível distinguir o perfil de ação do enfermeiro na prestação de cuidados ao longo deste processo de transição.

Com este esquema, é possível de organizar mentalmente as intervenções especializadas de enfermagem à pessoa vítima de PCR, tendo como finalidade a diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade associadas.

Sugere-se o uso e o desenvolvimento desta esquema como ferramenta do enfermeiro especialista na abordagem à pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória

Autor:
 Fátima Faria - RN, MNSc Student
 Anabela Mendes - PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL (Orientadora)

Mestrado:
 Mestrado em Enfermagem (MNSc) - 2023
 Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Palavras-chave:
 Paragem Cardiorrespiratória; Transição Saúde-Doença; Perspetiva de Collière; Intervenção Especializada de Enfermagem; Prevenção; Reativo; Preventivo.



APÊNDICE XVI

**APÊNDICE XVI: SLIDES APRESENTADOS NA PALESTRA DO
EVENTO DA DGPC**

Urgência e emergência em Saúde
 – Intervenção sobre a pessoa
 Conceito “Mass Gathering”

Sensibilização para cenários de risco
 Reciclagem de conceitos e novas perspetivas

Proletor:
 Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria

1

O que fariam se encontrassem
 alguém inanimado no chão?

2

Sumário temático

- Noções sobre atuação em situações de urgência e emergência com uma ou mais vítimas.
- Articulação com o SIEM
- Plano Nacional de DAE
- Planeamento e prevenção em situações de exceção – conceito “Mass Gathering”

3

Percurso da vítima.....

4

Sabiam que...

Sem Suporte Básico de Vida, uma vítima em paragem cardiopulatória **perde cerca de 7-10% de hipóteses de sobreviver a cada minuto que passa.**

(European Resuscitation Council, 2010)

5

6

Estatística Nacional

Esperança de vida à nascença por sexo na Europa

7

Estatística Nacional

Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal

8

Doenças do aparelho circulatório - 2014

AVC's Enfartes

9

Acidente Vascular Cerebral

AVC ISQUÊMICO
É o tipo mais comum, representando 80% dos casos. O bloqueio parcial ou total de alguma artéria do cérebro faz com que o tecido do cérebro não receba o oxigênio necessário para sobreviver.

AVC HEMORRÁGICO
Ocorre quando ocorre um rompimento de um dos vasos sanguíneos do cérebro, provocando o derrame de sangue no tecido cerebral.

10

Acidente Vascular Cerebral

Sinais e Sintomas

1. Dificuldade em falar
2. Desvio da face
3. Perda de força súbita num braço

112

11

Acidente Vascular Cerebral

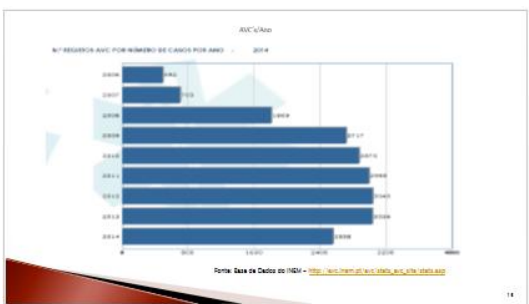
O AVC É UMA EMERGÊNCIA

UNIDADE AVC

112

VIA VERDE PRÉ HOSPITALAR INTRA-HOSPITALAR

12



Organização que coordena, desenvolve e assegura o bom funcionamento do SIEM

14

Intervenientes do SIEM

15

Chamada 112

Bombeiros
PSP
GNR

Central PSP

CCSU

Centro de Orientação de Doentes Urgentes

"O número de emergência 112 é comum aos 27 países da União Europeia (UE) e é utilizado para contactar os serviços de emergência. A chamada é gratuita e acessível de qualquer ponto do país e a qualquer hora do dia."

16

112

SAÚDE 24
808 24 24 24

CIAV
Centro de Informação Anti-Veneno

» Diagnóstico
» Toxicidade
» Terapêutica
» Prognóstico

INTOXICAÇÕES
808 250 143

17

Dados Importantes:

- Localização exata da ocorrência;
- Tipo de ocorrência (doença aguda, acidente de viação, queda...);
- Número de vítimas e seu estado;
- Idade da(s) vítima(s);
- Fatores agravantes (explosão, incêndio, acidentes elétricos...);
- O que já foi feito...

18

Responsabilidade e Civismo?.....

112 - 70% de chamadas são **"brincadeira ou engano"**

CODU:
44 997 chamadas de 2012
- NÃO corresponderam a situações de emergência

Para além destas, **21 810** chamadas são **FALSAS...**
...que acionaram **7 634** meios **INADEQUADAMENTE**

~77€
~222€

19

Caso Verdico.....

CODU Vítima falsa

Imaginem que em linha de espera estão vocês por causa de um familiar vosso...

...e que acabava por falecer nos vossos braços sem que conseguissem pedir ajuda pelo **112**

20

GARANTIR AOS SINISTRADOS OU VÍTIMAS DE DOENÇA SÚBITA A CORRECTA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

SABE QUAL O SIGNIFICADO DA ESTRELA DA VIDA?

21

Socorrismo

Prevenção Primária

Prevenção Secundária: Conjunto de ações a realizar após um acidente acontecer, de modo a minimizar as suas consequências.

Alerta

Socorro

22

Socorro

Primário

Alterações cardíorrespiratórias
Choque
Hemorragia
Envenenamento/ Intoxicações

Secundário

Situações que não colocam diretamente em risco a vida das vítimas ex.: feridas, queimaduras e fraturas

Atenção: Necessidade de vigilância pois o estado pode agravar-se e levar a uma situação de socorro essencial

23

Técnicas Básicas de Socorrismo

- Atitudes de extrema importância para a melhoria do prognóstico das vítimas.
- Podem Salvar Vidas:
 - De imediato;
 - Ganhar tempo até à chegada de ajuda diferenciada.

24

Socorrismo baseia-se na:

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

25

Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilar até 3 a 5 minutos após a PCR pode aumentar a sobrevivência até 75%.

Alerta SBV Desfibrilação precoce SAV

26

Condições de emergência

O socorrista não se deve expor a um risco de vida igual ou superior ao da

Origem dos perigos para o socorrista

Cenário Socorrista Vítima Terceros

27

Avaliação do Estado de Consciência

Estimulação verbal e tátil:

- abanar suavemente ao nível dos ombros (bilateralmente);
- perguntar: "está-me a ouvir?", "está a sentir-se bem?"

Se a vítima está consciente

- Percorrer o que aconteceu e pedir ajuda;
- Permanecer junto da vítima até chegada de ajuda diferenciada.

Se a vítima não responde...

28

Gritar por Ajuda

Sem abandonar a vítima, gritar por ajuda:

"Atenção, alguém me pode ajudar, tenho aqui uma pessoa inconsciente."

1º Pedido de ajuda – pede-se a colaboração de mais alguém.

Ainda não se liga para o 112

29

Permeabilizar a Via Aérea

30

Verificar se a Vítima Respira

Ver (Movimentos do tórax)

Ouvir (o som dos movimentos ventilatórios)

Sentir (o ar expirado na face)

Contar 10 segundos...

Se respirar: (>1 ventilação/min)

Colocar em Posição Lateral de Segurança

Ligar o 112

Mantê-la junto da vítima e reavaliá-la

31

Posição Lateral de Segurança

32

Verificar se a Vítima Respira



- Ver** (Movimentos do tórax)
- Ouvir** (o som dos movimentos ventilatórios)
- Sentir** (o ar expirado na face)

Contar 10 segundos...

Se **Não respirar**: 2º pedido de ajuda

112

Único momento em que se pode abandonar a vítima para pedir ajuda diferenciada.

33

★

Ligar o 112

Importância de ligar neste momento:

- Informações extremamente importantes sobre a vítima: inconsciente e não respira;
- Garantir que vem ajuda diferenciada a caminho;
- Outras informações: onde, quando, como, quantas vítimas....

INICIAR SBV

34

★

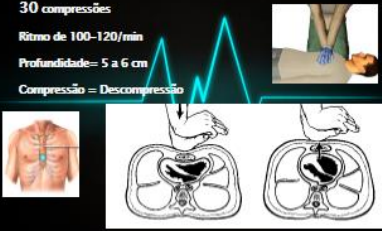
Compressões torácicas

30 compressões

Ritmo de 100-120/min

Profundidade= 5 a 6 cm

Compressão – Descompressão



35

★

2 Insuflações

Ar = 21% O₂

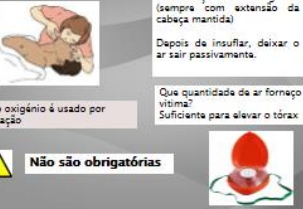
2 insuflações de 1 segundo (sempre com extensão da cabeça mantida)

Depois de insuflar, deixar o ar sair passivamente.

Que quantidade de ar forçado à vítima? Suficiente para elevar o tórax.

5% do oxigênio é usado por ventilação

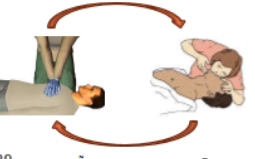
Não são obrigatórias



36

★

Ciclo de compressões e ventilações



30 compressões 2 insuflações

Reavaliar a cada 2 min (5x 30:2)

A partir do momento em que inicio manobras de reanimação, só paro quando:

- A vítima recupera;
- Chega ajuda diferenciada;
- Estou exausto.

37

★

Garantir condições de Segurança

Avaliar Estado de Consciência

- Consciente → 1º pedido de ajuda (gritar por ajuda)
- Inconsciente → Permissibilizar via aérea → VOS 10 segundos

Respira → PLS → Ligar 112

Não Respira → 2º pedido de ajuda (112)

30 compressões
2 Insuflações
Ritmo de 100-120/min

Parar quando:

1. A vítima recupera;
2. Chega a ajuda diferenciada;
3. Se entra em exaustão.

38

★

Suporte Básico de Vida é a base de sustentação da reanimação cardiopulmonar

Na Europa, 40% das mortes em indivíduos com menos de 75 anos deve-se a problemas cardíaco-vasculares

Privilegiar a compressão torácica.

Compressões bem feitas conferem geralmente 25% do débito cardíaco "normal".

Conselho Europeu de Ressuscitação, Outubro 2010

39

★

O que se pode fazer para melhorar?

- ▶ Formação em primeiros socorros e SBV
- ▶ Aderir ao programa de DAE
- ▶ Mala de primeiros socorros (Local estratégico e do conhecimento de TODOS)
- ▶ Em organizações, instituições, entidades públicas, sugere-se: Treino simulado de situações de urgência e emergência em saúde
- ▶ Avaliar tempos de resposta interna e externa.

40

★

Programa Nacional de DAE

- Decreto-Lei 188/2009 de 12 de agosto veio estabelecer as regras a que se encontra sujeita a prática de DAE por pessoal leigo em ambiente extra-hospitalar.
- Decreto-Lei 184/2012 de 8 de agosto veio tornar obrigatória a instalação de equipamentos de DAE em determinados locais de acesso público, nomeadamente nos estabelecimentos comerciais de dimensão relevante.

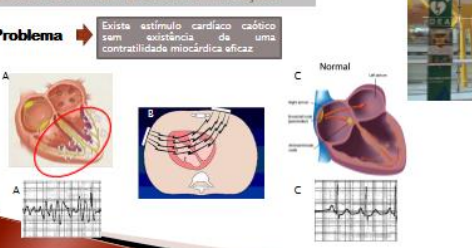
Informação disponível em: http://www.inem.pt/Paginas.asp?CMSCU_Page=0440



41

Desmistificar a desfibrilação

Problema → Existe estímulo cardíaco com existência de uma contratilidade miocárdica eficaz



42

Estatística

- Entre janeiro e agosto de 2013, foram registados 2.921 utilizações de DAE.
- O n.º de casos com recuperação de circulação espontânea, para este mesmo período foi de 449;
- Representando 2 PCR revertidas por dia, com recuperação da circulação

Número de casos de RSCC, em toda a cadeia de sobrevivência					
Janário a Agosto de 2013	ALTAS HOSPITALARES	ANIMA ENTERRADOS	ÓBITOS	Informação não disponível	TOTAL DE CASOS
	12	10	04	002	449

INEM, Relatório de uma comissão de serviço (2013-2014)

43

Conceito Mass Gathering

- Tradução do conceito - Evento com multidões (Soares-Oliveira, 2007)
- A convencional capacidade de resposta do SIEM é inadequada. (Kedzior et al., 2012)
- Aglomerado > 1.000 ou segundo outros autores, >25.000 (Al-Tarifi & Stenseth, 2012)
- "On the other hand, others considered mass gathering as any gathering of a large numbers of people attending an event, that is focused at specific sites for a finite time" (Al-Tarifi & Stenseth, 2012)



44

Eixos estratégicos de ação

- Articulação com as unidades de saúde locais;
- Articulação com INEM, Proteção Civil, PSP/GNR, Bombeiros;
- Formação interna (PS+SBV+DAE)

- Estudo das infraestruturas
- Avaliação do grau de risco
- Posicionamento estratégico de equipas e corredores de acesso/evacuação
- Cadeia de comando bem definida
- Formação
- Comunicações

Os combinados com o seu estabelecimento em SBV deverão ser realizados pelo menos 2 vezes por ano.

45

Planear tendo em conta o tempo de acesso a SBV < 3 minutos

Outros problemas comuns:

- Hipoglicemias
- Quedas/traumatismos
- Convulsões
- Golpes de calor
- Reações alérgicas



46



Obrigado pela atenção.

47

Bibliografia mais pertinente...

- Bladeso, E., Songer, P., Buchanan, K., Westin, J., Hodnick, R., & Corosh, L. (2012). Burning Man 2011: mass gathering medical care in an austere environment. *Prehospital Emergency Care: Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 16(4), 469-76. doi:10.3109/10903127.2012.695432
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa: INEM. Retrieved from <http://www.inem.pt/Files/2 documentos/20100909141211076155.pdf>
- European Resuscitation Council. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. Retrieved from <https://www.erc.eu/>
- Milstein AN, Maguire SJ, Sissel RA, et al. "Mass-gathering medical care: a review of the literature." *Prehosp Disast Med* 17:161-162, 2002
- Michael JA, Barbera JA. "Mass gathering medical care: a twenty-five year review." *Prehosp Disast Med* 12:305-312, 1997
- Soares-Oliveira, M. (2007). *A EMERGÊNCIA MÉDICA EM EVENTOS COM MULTIDÕES: DO PLANEJAMENTO AOS RESULTADOS. EXPERIÊNCIA DO EURO FM 2004*. Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22242/2/DSSERTAOCNC650 DE MESTRADO Miguel Oliveira.pdf>

48

APÊNDICE XVII

**APÊNDICE XVII: PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO:
CAPNOGRAFIA EM SAV**

Formador: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria		Contexto: Estágio académico do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.		Data: 11/02/2015		
Título: Capnografia em Suporte Avançado de Vida.				Local: Sala de reuniões da UCI do [REDACTED]	Destinatários: todos os interessados	
Objetivo Geral	Objetivos específicos	Conteúdo	Indicações metodológicas e sugestões didáticas	Material de apoio	Suporte	Duração:
Divulgar especificidades em contexto de reanimação que possibilitem um melhor <i>outcome</i> da pessoa vítima de PCR	Apresentar o contexto da formação e pertinência da temática	Introdução	Método expositivo	Diapositivos	Computador portátil e televisão	20 minutos
	Enfatizar a importância da massagem cardíaca	A massagem cardíaca	Método expositivo		Computador portátil e televisão	2 minutos
	Promover a qualidade em contexto de reanimação	Capnografia em SAV	Método expositivo e demonstrativo	Diapositivos Capnógrafo Tubo traqueal Insuflador manual	Computador portátil e televisão	5 minutos
	Incentivar o desenvolvimento de conhecimentos em reanimação	Desafios	Método interrogativo. Espaço para discussão	Diapositivos	Computador portátil e televisão	5 minutos
Avaliação da Sessão		Preenchimento da folha de avaliação de sessão				3 minutos

APÊNDICE XVIII

**APÊNDICE XVIII: DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO CAPNOGRAFIA EM
SAV**



Sessão de Formação

Mais que Quantidade... o que os doentes precisam é de Qualidade

Capnografia como indicador de qualidade das compressões cardíacas na
pessoa adulta com via aérea definitiva em contexto de reanimação

Data: dia 11 de fevereiro das 9 horas às 9h30

Local: Sala de Reuniões da UCI



Orador:

Enf.º Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria*

*Estudante do Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Atividade integrada em contexto de estágio, sob a orientação

Enf.ª Especialista: Andreia Costa

Prof.ª Doutora: Anabela Mendes

Loures

Janeiro de 2015

APÊNDICE XIX

APÊNDICE XIX: SLIDES DA FORMAÇÃO CAPNOGRAFIA EM SAV

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sessão de Formação

Capnografia em Suporte Avançado de Vida

Coord.:
D.ª F.ª T.ª Ana Paula Rocha de Almeida Faria*
*Presidente do Curso de Licenciatura de Enfermagem na Área de Especialização Focus em Suporte Avançado

Atividade integrada em contexto de estágio, sob a coordenação:
• N.ª F.ª Margarida Almeida Costa
• N.ª F.ª Catarina Almeida Mendes

Livraria
Fevereiro de 2015

1

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Capnografia em Suporte Avançado de Vida

Sumário

1. Introdução
2. Massagem Cardíaca
3. Capnografia em SAV
4. Desafios



2

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Capnografia em Suporte Avançado de Vida

1. Introdução

- Contexto da sugestão de formação
- Pertinência no contexto de SAV
- Pertinência na política de Qualidade
- Pertinência para o serviço UCI/UCIM do Hospital Beatriz Ângelo

3

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Capnografia em Suporte Avançado de Vida

2. Compressões torácicas

- Ritmo: 100 – 120 comp/min
- Local de compressão e posicionamento das mãos
- Vítima deitada em plano duro
- Compressão = decompressão
- Posição do reanimador...
- Profundidade da compressão - ~5/6cm
- Fator mais preditivo do sucesso de uma reanimação



4

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Capnografia em Suporte Avançado de Vida

2. Compressões torácicas

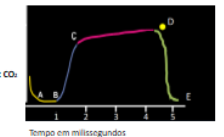
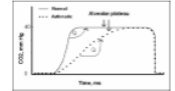
"Recomenda-se a manutenção das compressões torácicas enquanto se carrega o desfibrilhador – para minimizar o tempo de pausa pré-choque"

"Acentua-se a importância das compressões torácicas de elevada qualidade, com o mínimo de interrupções durante qualquer das intervenções de SAV: as compressões só devem ser interrompidas, para permitir intervenções específicas e pelo mínimo tempo possível."

European Resuscitation Council (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.

5

3. Capnografia (+capnometria) em SAV


Fonte: Canadian Journal of Medicine Emergency
Site: <http://www.cjcm-online.ca/v15/n3/p169>

Legenda:
A-B: Fim da inspiração. A concentração de CO₂ é praticamente zero.
B-C: Início da expiração com um rápido aumento da concentração de CO₂ expirado.
C-D: Platô ou alveolar. Representa o CO₂ dos alvéolos que participam nas trocas gasosas.
D: No final da expiração atinge-se o máximo da concentração de CO₂, chegando-se ao pico de concentração de CO₂-et(CO₂).
D-E: Inspiração.

6

3. Capnografia em SAV

- Fácil de colocar (ligar ao monitor, calibrar e conectar entre o tubo traqueal e o filtro)...
- Medida de baixo custo...

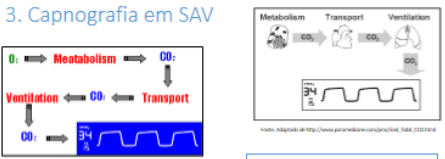


"Aumenta-se a ênfase na utilização de capnografia para confirmar a posição do tubo traqueal, avaliar a qualidade do SBV e como indicador precoce do retorno da circulação espontânea (RCE)"

European Resuscitation Council (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.

7

3. Capnografia em SAV



Valor de referência "normal":
• 30 – 43mmHg
Ou
• 4.0 – 5.7 kPa

© 2008, J. & B. Moore, M. (2005). Capnography, Indian Journal of Anesthesia, 49 (1), 208-218.

8

3. Capnografia em SAV

- Durante uma PCR, o CO₂ continua a ser produzido, mas não é entregue aos pulmões.
- Em condição de paragem cardíaca, o EtCO₂ será de cerca zero (mesmo com ventilação contínua) pois o *output* cardíaco é o determinante maior da entrega de CO₂ aos pulmões.
- Assim, o iniciar das compressões torácicas profere *output* cardíaco, traduzindo-se numa elevação do EtCO₂.

9 ★

3. Capnografia em SAV

- Se o EtCO₂ for inferior a 10 mm Hg, é aconselhável tentar otimizar a qualidade das compressões.
- Objetivam-se valores superiores a 12,5 mmHg. (Neumar et al, 2010)

10 ★

3. Capnografia em SAV

11 ★

3. Capnografia em SAV

- A AHA, o ERC e a ILCOR afirmam que o uso de capnografia de curva contínua no doente intubado sobre RCP, possibilita o vigiar da qualidade do SBV, otimizar as compressões e detetar a recuperação de pulso durante um ciclo de SBV ou aquando da visualização de ritmo cardíaco nas pausas a cada 2 minutos (possibilitando uma reiniciação rápida do SBV se se tratar de uma atividade elétrica sem pulso).

12 ★

4. Desafios

- Desenvolvimento de um projeto aplicado a toda a instituição
- Estudo do sucesso nos casos de reanimação antes e após a implementação do capnógrafo;
- Taxas de mortalidade e morbilidade associadas à PCR antes e depois da implementação da capnografia;
- Compressões no transporte...
- Gestão de recursos humanos disponíveis;
- Treino Simulado (nos serviços);
- Etc...

13 ★

Mais que quantidade...o que os doente precisam é de **Qualidade**.

Obrigado

14 ★

Referências

- Anthon, J. (2013). Analgesia & Resuscitation - Current Research in Hospital Cardiothoracomy Resuscitation Outcomes, 1-2.
- O'Malley, B. & Baskin, M. (2002). Capnography. *Indian Journal of Anesthetics*, 45(4), 209-216.
- European Resuscitation Council. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*. Retrieved from <https://www.erc.eu/>
- Hargrave, S., Robinson, C., Torrey, J., Bellotti, G., Legendre, C., Schumacher, G., ... & Mairon, S. (2019). *Effectiveness of capnography in the out-of-hospital cardiac arrest setting: A systematic review and meta-analysis*. *Resuscitation*, 138, 108-113. doi:10.1016/j.resuscite.2019.05.014
- Lindner, T. W., Savelle, F., Altman, D. B., Toppin, M. W., & Loebias, H. M. (2011). Good outcome in many fourth resuscitation attempts in achievable-on-scene out-of-hospital cardiac arrest regions. *Resuscitation*, 82(1), 108-113. doi:10.1016/j.resuscite.2011.05.014
- Mearns, S. & Sobotta, R. J. (2019). *Capnography in the Out-of-Hospital Cardiac Arrest Setting: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Resuscitation*, 138, 108-113. doi:10.1016/j.resuscite.2019.05.014
- Neumar, R. et al (2010). *2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. *Circulation Journal of the American Heart Association*, 122, 759-770.
- Pereira, M., Vilela, H. & Pires, L. (2005). Capnografia como Método de Monitoração Ventilatória. *Avance ENF*, 21(1), 24-27.
- Torrey, J. & Pinsky, M. (2012). Predicting neurological outcome and survival after cardiac arrest. *Continuing Education in Anesthesiology, Critical Care & Pain*, 12(5), 283-291. doi:10.1093/acep/ckr029

15 ★

