

Título completo

Cuidados à criança em situação crítica – reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem

Identificação dos autores

Afonso, Tânia, Estudante Curso Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Tlm: 967972511 Email: tania_afonso24@hotmail.com

Loureiro, Fernanda, Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Tlm: 962800606, Email: floureiro@egasmoniz.edu.pt

Resumo

Artigo que resulta de um trabalho desenvolvido no âmbito do ensino clínico do curso de enfermagem com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências e a reflexão acerca da prática profissional. Relata uma experiência de cuidados à criança em situação crítica analisada segundo a metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem. O registo estruturado permitiu efetivar a ligação entre teoria e prática numa óptica de integração do saber.

Palavras chave

Reflexão, pediatria, reanimação

Introdução

A utilização de registos de aprendizagens, diários ou reflexões é uma realidade no ensino de enfermagem no contexto nacional (Macedo, Augusto, Silva, & Rosário, 2013). Pretendem ajudar o aluno a refletir sobre as experiências de ensino clínico integrando teoria e prática. É identificado como uma mais valia, na medida em que permite o acompanhamento do aluno pelo docente, fomenta a reflexão contínua e pelo diálogo acerca do registo, ajuda ao crescimento pessoal e profissional (Rocha & Oliveira, 2004). Para o elaborar, uma das ferramentas mais utilizadas e amplamente divulgadas é o ciclo reflexivo de aprendizagem proposto por Graham Gibbs em 1988 e disponibilizado recentemente numa versão online (Gibbs, 2013). Trata-se de um ciclo de aprendizagem baseado na reflexão acerca de experiências práticas sistematizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Neste sentido, o episódio que se relata segue esta metodologia, pretendendo a reflexão fundamentada acerca de uma experiência de ensino clínico, na área de saúde da criança e integrado na frequência do curso de licenciatura em enfermagem.

1º Etapa: Descrição

Na primeira etapa pretende-se a descrição do evento de uma forma simples, sem juízos de valor que permita dar resposta à questão: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

Foi observada uma situação de cuidados emergentes, pela primeira vez em contexto hospitalar, de uma criança de 8 anos admitida no serviço de urgência pediátrica por convulsão não febril com uma hora de evolução, correspondendo a um estado de mal epilético. Segundo Correia et al. (2014) o estado de mal epilético caracteriza-se por movimentos convulsivos com duração superior a 30 minutos ou convulsões sucessivas, sem recuperação do estado de consciência.

2º Etapa: Sentimentos

A segunda etapa do ciclo corresponde à descrição dos sentimentos e reações vivenciados face à situação sem, no entanto, os analisar e dando resposta à questão: quais foram as minhas reações / sentimentos? (Gibbs, 2013).

No momento em que a criança deu entrada no serviço, trazida pelos Bombeiros e pela mãe, foi de imediato encaminhada para a sala de reanimação. Quando constatei que iria assistir pela primeira vez a cuidados emergentes, senti-me entusiasmada e empenhada em observar todo o processo inerente a uma “reanimação” em ambiente hospitalar. Senti-me calma e disposta a apreender todas as intervenções realizadas neste caso específico. Mas também um pouco ansiosa pela situação da criança e pela expressão facial e comportamento da mãe.

3º Etapa: Avaliação

Segue-se a etapa de avaliação onde se pretende a descrição do que foi positivo e negativo na experiência, efetivando julgamentos de forma a dar resposta à questão: o que foi bom e mau na experiência? (Gibbs, 2013).

Constatedei, durante a permanência na sala de reanimação, e, após reflexão do sucedido, que estes momentos, característicos do serviço de urgência, me cativam enquanto aluna e futura profissional de saúde, acentuando a minha preferência por esta área. Senti que este momento proporcionou a minha evolução enquanto aluna de enfermagem, na medida em que foi possível experienciar um caso de emergência médica. Como vertente positiva identifico a oportunidade de atingir o objectivo primordial delineado inicialmente para o ensino clínico, que corresponde à observação de uma situação de reanimação. Também como factor positivo, saliento a minha postura enquanto aluna, pois consegui manter-me calma enquanto observava os procedimentos realizados. A oportunidade de acompanhar o caso integralmente, quer no tempo de permanência no serviço, quer durante a transferência para unidade de cuidados intensivos pediátrico do hospital, após o seu restabelecimento, também constituiu um factor favorável. Como vertente negativa identifico as sequelas na criança, resultantes dos episódios de convulsão consecutivos, mas também a observação do estado de ansiedade em que se encontrava a mãe da criança, revelando à chegada ao hospital que previa a morte como prognóstico.

4º Etapa: Análise

Na etapa seguinte, pretende-se encontrar sentido nas experiências, juntando ideias e pensamentos às vivências e a pergunta nesta etapa é: que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs, 2013).

Segundo a metodologia da triagem de Manchester, a entrada direta na sala de reanimação deve ocorrer sempre que uma criança apresente critérios de prioridade emergente, sendo-lhe atribuída uma pulseira de cor vermelha (Roukema et al., 2006). Os casos de emergência correspondem a *“todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”* (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p.7). Neste sentido, a sala de reanimação é o local de atendimento à criança em risco iminente de falência multiorgânica ou morte.

Reportando o caso apresentado, perante a sintomatologia apresentada pela criança que deu entrada pela reanimação, que constitui um estado de mal epilético, é evidente que se trata de uma situação emergente. Segundo Correia et al. (2014) é indicado assegurar a estabilidade respiratória e circulatória da criança através da desobstrução da via aérea, aspiração de secreções, administração de oxigénio a 100%, monitorização dos sinais vitais, nomeadamente saturações de oxigénio, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura corporal. Seguidamente é aconselhável a cateterização de duas veias periféricas para administração de terapêutica e soro fisiológico, adicionando dextrose consoante os níveis de glicémia. Posteriormente recorre-se à administração de terapêutica anticonvulsivante consoante a situação, nomeadamente diazepam, midazolam, fenitoína e fenobarbital. Por fim, como terapêutica adicional segue-se a antibioterapia / anti vírico, corticoide ou outra decidida em função de cada situação particular.

No caso observado foi possível constatar que a equipa de profissionais de saúde detinha conhecimentos relativos à patologia de emergência apresentada, seguindo os passos descritos anteriormente. Na reanimação que presenciei, a criança foi transportada para a sala de reanimação e colocada na maca presente na sala. De imediato, foi monitorizada, realizada avaliação dos sinais vitais, aspiradas secreções, colocada máscara facial de oxigénio com reservatório e oxigénio de alto débito e administrado diazepam rectal que não surtiu efeito. Seguidamente já se encontrava um enfermeiro a puncionar um acesso venoso e a realizar colheitas de sangue para análise, auxiliado pelo assistente operacional no fornecimento de material necessário para a técnica e na imobilização do membro a puncionar. Posteriormente foi administrado diazepam por via endovenosa e a criança reverteu os movimentos convulsivos, no entanto após uns minutos retomou apresentando movimentos tónico-clónicos, sendo necessária a administração de fenitoína por seringa infusora, revertendo parcialmente.

Verifica-se, deste modo, perante as inúmeras intervenções de enfermagem realizadas, que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, assumem papéis específicos nas situações de reanimação, coordenando cuidados de forma a propiciar a melhor assistência possível. É fundamental identificar de imediato a sintomatologia apresentada pela criança, deter conhecimentos teóricos sólidos relativos à patologia e à terapêutica administrada, realizar registos completos e demonstrar capacidade na execução de técnicas e destreza na realização das intervenções. Segundo Pontes, Mendonça, Ornelas, & Nunes (2008:4) *“aos enfermeiros da Urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade”*. Em suma, necessitam de ser ágeis, rápidos, seguros e autoconfiantes. Desta forma, constata-se que os enfermeiros que desempenham funções no serviço de Urgência Pediátrica têm de demonstrar constantemente conhecimentos adequados às guidelines estabelecidas. Esta questão, vai de encontro às recomendações do conselho Europeu de Ressuscitação, referindo que a atualização da formação em suporte básico e avançado de vida, deve decorrer a cada 3 anos, no entanto os conhecimentos e as competências em reanimação declinam rapidamente a seguir à formação inicial pelo que são necessários treinos de actualização, não sendo frequência ideal clara (Bache, 2010).

Apesar da importância da formação dos profissionais de saúde que prestam cuidados de enfermagem em serviços de Urgência é também imprescindível a existência de condições trabalho que permitam a aplicação dos conhecimentos adquiridos. Deste modo, relativamente à sala de reanimação, para que seja possível instituir manobras de suporte avançado de vida pediátrico, o material deverá estar sempre pronto e operacional, pelo que deverá existir uma pessoa responsável pela sua atualização, reposição e manutenção. Neste serviço, esta verificação é realizada em todos os turnos, sendo essa responsabilidade atribuída ao enfermeiro chefe de equipa que apoia os restantes profissionais nos postos de trabalho nas diferentes salas, nomeadamente sala de aerossóis, de tratamentos e triagem. É um elemento que assume a responsabilidade de planear, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados (Loureiro, 2012). Em complemento é fundamental a articulação dos diferentes profissionais de saúde que se encontram na sala de reanimação, sendo imprescindível que cada um deles desempenhe a sua função em complementaridade com os restantes, de forma a proporcionar melhor qualidade dos cuidados e o rápido restabelecimento da criança. Constata-se, deste modo, que, o trabalho em equipa na sala de reanimação é um

factor imprescindível para a prestação de manobras de reanimação adequadas (Pontes et al., 2008). Deve ser nomeado um líder de equipa que assuma a responsabilidade de supervisionar as ações da restante equipa, sendo preferencialmente o mais experiente e formado nesta área (Bache, 2010). No momento de reanimação observado, o médico mais experiente que se encontrava de serviço foi o profissional de saúde que assumiu esta função. Importa referir que nesta experiência de observação, verifiquei que os enfermeiros foram os profissionais de saúde que demonstraram maior intervenção no contexto de urgência.

Por fim, importa ainda salientar a importância do apoio fornecido aos familiares da criança. A presença destes em situação de urgência ou procedimentos invasivos não é consensual na literatura, sendo no entanto recomendada (Ferreira, Balbino, Balieiro, & Mandetta, 2014). Neste caso em particular, a mãe estava muito ansiosa interferindo com a prestação de cuidados pelo que permaneceu no exterior da sala havendo, no entanto, o cuidado de a manter sempre informada acerca da evolução da criança. Esta atitude pareceu-me a mais segura e adequada, pois permitiu manter os cuidados necessários à criança e simultaneamente ajudar a diminuir a ansiedade da mãe.

5º Etapa: Conclusão

Nesta etapa deve-se apresentar a conclusão da análise efetuada à situação dando resposta à questão: O que posso concluir? (Gibbs, 2013)

Conclui-se, deste modo, que os enfermeiros que desempenham intervenções na sala de reanimação necessitam de demonstrar competências sólidas relativamente às manobras de suporte básico e avançado de vida pediátrico, terapêutica administrada e competências práticas demonstrando destreza na realização de técnicas de enfermagem. É também fundamental a atualização dos conhecimentos adquiridos e, a acrescentar a todos estes requisitos, refere-se a importância do trabalho em equipa, que constitui uma ferramenta fundamental em sala de reanimação. Para que seja possível intervir de forma apropriada em situações de reanimação é imprescindível que a sala de reanimação apresente as condições necessárias e que o material e o funcionamento do equipamento sejam revistos periodicamente. Referencia ainda à importância do apoio à família que, mesmo neste contexto emergente, necessita de cuidados de enfermagem.

6º Etapa: Planeamento da ação

Nesta última etapa pretende-se a projeção do acontecimento num futuro próximo incentivando o aluno a refletir sobre a sua ação e os passos a seguir caso se confronte novamente com esta situação, sendo a pergunta: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

Face à situação ocorrida, penso que a minha atitude como aluna foi a mais adequada atendendo à inexperiência nesta área. Procurei observar com o máximo de pormenor e compreender a atuação da equipe de enfermagem, fundamentando e reflectindo mais tarde sobre a experiência. Pretendo ter a oportunidade de assistir novamente a situações de emergência e espero, até lá, poder consolidar conhecimentos em Suporte Básico e Avançado de Vida de forma a poder demonstrar uma maior intervenção.

Considerações Finais

A experiência de ensino clínico apresentada foi analisada segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem (Gibbs, 2013) e permitiu a reflexão estruturada. A utilização deste tipo de formatos é facilitadora e auxilia o aluno na construção do registo, mas também na análise de situações de elevada complexidade na medida em que, as diferentes etapas permitem a segmentação do evento. Neste sentido, a análise por etapas sequenciais facilita o distanciamento necessário para a análise, tornando-o mais simples.

Bibliografia

Bache, J. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(12), 659. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.021

Correia, M., Levy, A., Camilo, C., Abecassis, F., Vleira, M., & Quintas, S. (2014). *Protocolos de Urgência em Pediatria* (3ª Edição). Lisboa: ACSM Editora.

Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>

Ferreira, C. A. G., Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2014). Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Revista Paulista Pediátrica*, 32(1), 107–113.

Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (R. Sharpe, Ed.) (First.). Oxford Brookes University.

Loureiro, F. (2012). Trabalho de equipa na urgência pediátrica. *Sinais Vitais*, 105, 33–37.

Macedo, A. P., Augusto, C., Silva, M. A. M., & Rosário, H. R. V. (2013). Supervisão em Enfermagem: o contributo das narrativas reflexivas no contexto clínico. In *Ensino para a Autonomia - Inovando a formação profissional* (pp. 191–216).

Pontes, B., Mendonça, C., Ornelas, G., & Nunes, M. (2008). *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência da RAM*. Universidade Atlântica. Retrieved from <http://docweb.uatlantica.pt>.

Rocha, A. P., & Oliveira, H. (2004). Vivências...Reflexão em ensino clínico. *Millenium- Revista Do Instituto Politécnico de Viseu*, 30, 119–122.

Roukema, J., Steyerberg, E. W., Van Meurs, A., Ruige, M., Van Der Lei, J., & Moll, H. A. (2006). Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 23(12), 906–10. doi:10.1136/emj.2006.038877