

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR  
DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
Do intra-hospitalar ao transporte inter-hospitalar**

**Hélder José Freitas Bacalhau**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,  
2018**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR  
DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
Do intra-hospitalar ao transporte inter-hospitalar**

**Hélder José Freitas Bacalhau**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Mestre Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,  
2018**



Em cada ano que avança no crescimento (...) há perdas, há lutos a fazer, mas há novos investimentos que são igualmente fonte de prazer e reforço da identidade. Não sejamos demasiado nostálgicos...para não favorecermos regressões, mas não sejamos demasiado apressados para que não fiquem lacunas por preencher.

Celeste Malpique, s.d.



## **AGRADECIMENTOS**

Nesta etapa final do segundo ciclo de estudos, reservo este espaço para um agradecimento a todas as entidades que permitiram a realização dos estágios e às respectivas equipas pela disponibilidade e acolhimento realizado. Agradeço particularmente à equipa do Serviço de Emergência Médica Regional, pela sua simpatia, amabilidade com que me acolheram e integraram nas suas atividades, assim como pelo esclarecimento de todas as dúvidas que surgiram ao longo do estágio.

À Professora Mestre Noélia Pimenta pela sua disponibilidade, rigor e orientação científica em todo este percurso.

Aos enfermeiros de referência pelas oportunidades de aprendizagem, orientação técnica e acompanhamento na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Gratulo também aos meus colegas de serviço que facilitaram as inúmeras trocas ao longo deste percurso académico, bem como ao enfermeiro chefe que as permitiu-o.

Um agradecimento muito especial à minha família, pelo apoio incondicional e motivação fornecida ao longo de toda a minha vida para alcançar os meus objetivos, assim como a confiança que depositaram. Sem o seu apoio e compreensão, não seria possível percorrer este caminho.

Particularmente à minha esposa Filipa pela compreensão, carinho, motivação, coragem e colaboração dedicada ao longo desta caminhada. À minha filha, que por vezes não teve o carinho e atenção merecida, nos primeiros meses de vida, suportando muitos períodos de ausência.

A todos os meus amigos, que estiveram sempre presentes e foram um pilar importante neste longo percurso académico, um **MUITO OBRIGADO!**



## RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e a sua elaboração reflete todo o processo desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este trabalho tem como objetivos evidenciar as competências científicas, relacionais, técnicas e éticas aprofundadas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente do cuidar da pessoa em situação crítica, e demonstrar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações de aprendizagem decorrentes das vivências nos contextos de estágio I, II, III.

O Estágio I decorreu no Serviço de Urgência Polivalente e o Estágio II no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente, do Hospital Dr. Nélio Mendonça. O Estágio III, de carácter opcional, foi realizado no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica com necessidade de transporte inter-hospitalar, sendo realizado em dois momentos, no Serviço de Emergência Médica Regional e no Serviço de Urgência Básico da Unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, de modo a colmatar a necessidade pessoal de adquirir conhecimentos e competências específicas e especializadas no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica, alvo de transporte inter-hospitalar.

A metodologia utilizada é descritiva, analítica e reflexiva, recorrendo à evidência científica e centrada nas experiências vivenciadas nos estágios.

Toda a descrição e reflexão concretizada neste relatório possibilitou-me analisar criticamente o percurso desenvolvido numa perspetiva de crescimento pessoal e profissional, evidenciar o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências a nível reflexivo, de pensamento crítico, tomada de decisão, resolução de problemas e comunicação, promotor do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências especializadas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

**Descritores:** competência, enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica, transporte inter-hospitalar.

## **ABSTRACT**

The present Internship Report comes within the framework of the 2nd Masters in Medical-Surgical Nursing of the Saint Joseph of Cluny Higher School of Nursing and its elaboration reflects the whole process developed for the acquisition of common and specific competences of the specialist nurse and Master in Nursing Medical-Surgical.

The objective of this work is to highlight the scientific, relational, technical and ethical competences in depth in the field of nursing care specialized in Medical and Surgical Nursing in the care aspect of the critical situation and nursing master, and to demonstrate a critical-reflexive analysis of the development of nursing competences of the learning situations arising from the experiences in the stages I, II, III contexts.

Stage I was held in the Multipurpose Emergency Service and Stage II in the Multipurpose Intensive Care Service of Dr. Nélio Mendonça Hospital. Stage III, optional, was carried out in the context of caring for the person in critical situation with need for interhospital transportation, and was carried out in two moments, in the Regional Medical Emergency Service and in the Basic Emergency Service of the Health Unit Dr. Francisco Rodrigues Jardim in order to meet the personal need to acquire specific knowledge and skills in the area of caring for the person in critical situation, the target of interhospital transportation.

The methodology used is descriptive, analytical and reflexive, resorting to evidence, scientific and focused on the experiences experienced in the stages.

All the analysis and reflection embodied in this report made it possible for me to critically analyze the course developed in a personal and professional growth perspective, to highlight the course of learning and the development of competences at a reflexive level, critical thinking, decision making, problem solving and communication, promoter of the development of the common competences of the specialist nurse, as well as specialized Medical-Surgical Nursing in the critical situation and the master's degree in nursing.

**Keywords:** competence, medical-surgical nursing, critical situation, inter-hospital transportation.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSA - *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia*

APA - *American Psychological Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for ICU*

CIC - Centro Integrado de Comunicações

CIC-CROS - Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional das Operações de Socorro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPOT - *Critical Care Pain Observation Tool*

CROS - Centro Regional de Operações de Socorro

DGS – Direção-Geral da Saúde

EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida

ESEJSC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

h - Horas

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

MRSA - *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

MS - Ministério da Saúde

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PAI - Pneumonia associada à intubação

PCR - Paragem cardio-respiratória

PIC - Pressão intracraniana

PiCCO® - *Pulse Contour Cardiac Output*

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

PRDAE - Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa  
PVC - Pressão venosa central  
RAM - Região Autónoma da Madeira  
RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*  
RCE - Recuperação da circulação espontânea  
RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital  
REPE - Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem  
CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência  
SADO - Sistema de Apoio à Decisão Operacional  
SATs - *Spontaneous Awakening Trials*  
SAV- Suporte Avançado de Vida  
SBTs - *Spontaneous Breathing Trials*  
SBV - Suporte Básico de Vida  
SCE - Sala de Cuidados Especiais  
SEMER- Serviço de Emergência Médica Regional  
SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira  
SMI - Serviço de Medicina Intensiva  
SO - Sala de Observação  
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
SRPC- Serviço Regional de Proteção Civil  
SU - Serviço de Urgência  
TAS - Tripulante de Ambulância de Socorro  
TIH - Transporte inter-hospitalar  
TISS-28 -*Therapeutic Intervention Scoring System-28*  
TVM - Traumatismo vertebro-medular  
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente  
UPP - Úlceras por pressão  
WHO - *World Health Organization*

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I: CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....</b>	<b>19</b>
1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	20
1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	26
1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....	32
1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	35
<b>CAPÍTULO II: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....</b>	<b>42</b>
2.1.1. No contexto do serviço de urgência - Estágio I .....	43
2.1.2. No contexto de cuidados intensivos - Estágio II.....	53
2.1.3. No contexto do pré-hospitalar e serviço de urgência básico - Estágio III .....	63
<b>2.2. Conhecer a resposta a situações de catástrofe e emergência multivítimas.....</b>	<b>77</b>
<b>2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção .....</b>	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO III: COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>I</b>
<b>APÊNDICE A - FLUXOGRAMA DE TRABALHO: AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....</b>	<b>III</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>V</b>
<b>ANEXO A - FORMULÁRIO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR....</b>	<b>VII</b>
<b>ANEXO B - LISTA DE FÁRMACOS PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....</b>	<b>VIII</b>
<b>ANEXO C - LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....</b>	<b>IX</b>
<b>ANEXO D - FLUXOGRAMA DE TRABALHO: ALGORITMO DE DECISÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....</b>	<b>XII</b>



## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio surge no âmbito da realização do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, que após apresentação e discussão pública, visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o Decreto-Lei nº115/2013 de 7 de agosto o Ciclo de Estudos conducente ao grau de Mestre, deve integrar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final” (p.4752).

Neste sentido, este relatório baseia-se no desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica: do intra-hospitalar ao transporte inter-hospitalar, incidindo nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente do cuidar da pessoa em situação crítica.

Segundo o Regulamento nº 124/2011, a pessoa em situação crítica é definida como aquela “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 e terapêutica” (p.8656). O mesmo Regulamento refere que, os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, possibilitando uma resposta especializada às necessidades afetadas decorrentes das funções vitais em risco, antecipando, prevenindo complicações e limitando incapacidades.

Com a elaboração deste trabalho tenho como objetivos evidenciar as competências científicas, relacionais, técnicas e éticas aprofundadas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente do cuidar da pessoa em situação crítica, demonstrar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações de aprendizagem decorrentes das vivências nos contextos de estágio I, II, III e corresponder ao redigido no Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e no Decreto de Lei nº 115 de 07 de Agosto de 2013, de forma a obter do grau de Mestre.

Para alcançar estes objetivos, desenvolvi diversos trabalhos ilustrativos do percurso para a aquisição de competências, nomeadamente um portfólio de aprendizagem; realização

de um estudo caso fundamentado; projeto/relatório de autoformação, bem como reflexões críticas segundo o ciclo de GIBS, entre outros.

Os estágios I e II preconizados pelo plano de estudos como de caráter obrigatório decorreram no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), respetivamente, onde cuidei da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica no contexto específico de urgência/ emergência e de cuidados intensivos.

Por sua vez, o Estágio III de carácter opcional, teve como foco o cuidar da pessoa em situação crítica com necessidade de transporte inter-hospitalar. Foi realizado em dois momentos, o primeiro no SEMER (Serviço de Emergência Médica Regional), tendo como alvo o transporte terrestre e o segundo momento sedeou-se no serviço de urgência básico da Unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, no âmbito do cuidar do doente crítico em contexto de transporte aéreo. A minha opção baseou-se além do gosto pessoal pela temática, da necessidade pessoal em adquirir conhecimentos e competências específicas e especializadas no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica alvo de transporte inter-hospitalar, de modo a contribuir para que este se realize em segurança.

Quanto à edificação do relatório, este encontra-se organizado em três capítulos, para além da habitual introdução e conclusão. O primeiro capítulo, aborda o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos quatro domínios. Já o segundo capítulo, contempla o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica, dando ênfase ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, e na intervenção no âmbito da prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Por fim o terceiro capítulo relata uma breve reflexão sobre o desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem.

A metodologia utilizada é descritiva, analítica e reflexiva, recorrendo à evidência, científica, centrada nas experiências vivenciadas nos estágios, as situações-problemas encontradas, soluções propostas e dificuldades sentidas.

As citações e as referências bibliográficas apresentadas estão de acordo com as normas APA (*American Psychological Association*) emanadas pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny (ESESJC).

## **CAPÍTULO I: CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**



Antes de iniciar a descrição do percurso de construção de competências em enfermagem especializada, sinto necessidade de contextualizar alguns conceitos fundamentais, nomeadamente o de aprendizagem, uma vez que é a condição basal para o desenvolvimento de competências, bem como o conceito de competência.

Entende-se por aprendizagem uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável. Segundo Bártolo (2007), a aprendizagem não é exclusivamente um processo de adaptação a novas realidades, mas um acumular e a construção evolutiva do pensamento. O autor supracitado refere ainda, que o processo de aprendizagem do conhecimento é inacabado, uma vez que a qualquer momento pode ser enriquecido com qualquer experiência/ vivência, pois só desta forma o conhecimento evolui exponencialmente.

Na linha de pensamento de Fonseca (2006), é possível inferir que a construção de competências é diretamente dependente da aprendizagem ao longo da vida, pois proporciona o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo. Esta ideia vai de encontro à perspetiva de Bártolo (2007), o qual afirma que o “indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo” (p.19).

O conceito de competência, segundo Le Boterf (2005), é entendido como a aptidão de possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que capacitam a pessoa de exercer determinada função, sabendo agir de forma responsável, o que envolve o saber mobilizar, articular recursos e transferir saberes e habilidades face a uma determinada situação profissional.

O autor acima citado afirma que a capacidade para transmitir conhecimentos provém da reflexão efetuada a partir da sua experiência, ou seja, o que melhor sabe transpor não é aquele que tem conhecimentos latos, mas “o que sabe num domínio particular, elevar o seu nível de experiência a um ponto tal que a sua conceptualização é um ponto de partida possível para uma transposição em contextos distintos” (p.57).

Também de acordo com Le Boterf (2005), inerente ao conceito de competência estão subentendidas várias dimensões: a pessoa com conhecimentos, capacidades, comportamentos e a sua experiência de vida; projeto de ação, onde se mobilizam recursos/potencialidades; sistemas de referência e experiência profissional; o contexto onde se mobilizam a performance, o desenvolvimento e/ou transformação do conhecimento.

Nesta perspetiva, o conceito de competência é visto como um conjunto de capacidades humanas que exigem um elevado desempenho, crendo-se que as melhores

execuções de tarefas estão apoiadas na inteligência e personalidade das pessoas. Como tal, a aquisição de competências consiste na obtenção de atributos profissionais ou características pessoais que afirmam que a pessoa está capacitada para uma determinada função (Correia, 2012 & Augusto, 2013).

Com base na pesquisa bibliográfica e tendo por base os autores acima referenciados, um profissional competente é aquele que sabe agir em situações diversas, executa em ambiente profissional e organiza o trabalho. Mobiliza recursos e relações interpessoais e possui um sistema de conhecimentos e atributos pessoais que lhe permitem agir e resolver situações complexas, conseguindo analisar, priorizar e tomar decisões com iniciativa própria e de forma responsável.

Na área da saúde, especificamente na área da Enfermagem, segundo Serrano (2008), as competências científicas correspondem ao domínio dos conhecimentos, as competências técnicas ao do saber fazer e as competências sociais ao domínio do saber ser. Estas competências caracterizam a profissão e a prática profissional e são consideradas como fundamentais, habilitando o enfermeiro no desempenho da sua profissão. Ainda de acordo com o mesmo autor deter as competências profissionais pressupõe possuir os conhecimentos, habilidades, destrezas e outras capacidades fundamentais para atuar em situações complexas com autonomia e responsabilidade.

Nesta linha de pensamento Serrano (2008), salienta que na área de Enfermagem o saber profissional resulta de um processo de construção, assente numa prática refletida que se focaliza nas pessoas e nas suas necessidades, sendo que a qualidade dos cuidados depende de bons níveis de conhecimentos e de desempenho.

O autor supracitado acrescenta que neste contexto a formação assume um papel essencial no progresso de serviços/organizações/instituições, de forma a garantir a qualidade/excelência na prestação de cuidados. Santos (2008), refere que se torna fundamental a existência de um desenvolvimento profissional contínuo, que permita aos enfermeiros, além de garantir a qualidade dos cuidados, contribuir para a realização pessoal e profissional. Esta conduta encontra-se presente no Decreto de Lei nº 104/98, artigo 88.º, da OE, o qual afirma que (...) o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Assim, no âmbito do desenvolvimento profissional contínuo, aprofundi e adquiri conhecimentos para a construção de competências de enfermagem especializadas e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Nos subcapítulos seguintes passo a descrever e refletir sobre o caminho percorrido ao longo dos estágios no sentido do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica.

### **1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

Segundo o Regulamento nº 122/2011, independentemente da área de especialização, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, aplicáveis em diversos ambientes de cuidados e nos diversos contextos de prestação de cuidados de saúde.

O Regulamento nº 122/2011 refere ainda que, especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

Assim sendo, as competências do enfermeiro especialista são o conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Por competências específicas, entende-se que

são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (Regulamento nº 122/2011, p. 8649)

Constata-se igualmente que no Regulamento supracitado, o artigo 5º; 6º; 7º e 8º dizem respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente as: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados; competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Tendo por base os conhecimentos adquiridos durante a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente nos estágios, e na experiência profissional, passo seguidamente a descrever refletidamente e criticamente aspetos práticos das situações vivenciadas, que promoveram a construção das competências comuns do enfermeiro especialista.

### 1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Código Deontológico, em consciência das suas competências profissionais, o enfermeiro deve agir de acordo com a sua deontologia profissional, defendendo e protegendo a vida humana em todas as circunstâncias, a qual serviu de pilar para toda a minha prestação de cuidados ao longo dos estágios.

Como tal, no início dos estágios estruturei um projeto com os objetivos e respetivas atividades a desenvolver para a construção de competências, com base em princípios éticos e legais. Assim, respeitei a privacidade, a intimidade, as tomadas de decisão, bem como os valores, as crenças e a dignidade da pessoa cuidada. Pois, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, tendo como “objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”, de acordo com o Decreto-lei nº 161/1996 (p. 4).

Segundo Koerich, Machado e Costa (2005), a enfermagem deve basear-se num discurso ético que encaminha a sua atividade para a sociedade como um bem para a mesma, pelo que o enfermeiro deve atuar tendo em vista o melhor para a pessoa cuidada, sendo este o propósito que orientou toda a minha prática.

A prestação de cuidados de enfermagem, pautada por esta meta, implica constantes tomadas de decisão que têm impacto sobre o bem-estar da pessoa alvo dos cuidados, bem como da sua família, o que visualizei no decurso das práticas clínicas, ainda mais quando se trata de um contexto da pessoa em situação crítica. Essa tomada de decisão pode ser tranquila ou gerar inquietações em quem decide (Dias, 2005). As respostas para as questões conflituosas que surgem não são fáceis de encontrar, e quando existem não derivam somente dos conhecimentos técnico-científicos, pois esses apenas oferecem subsídios para que a pessoa, por meio da reflexão bioética, se posicione frente aos dilemas considerando os valores em conflito e interagindo com o “pensar ético” do grupo no qual está inserido (Dias, 2005).

Sendo assim, o enfermeiro com competência na dimensão ética da enfermagem, deve considerar em cada situação os seus valores pessoais e profissionais, as crenças e tradições, as perspetivas multidisciplinares, o enquadramento das várias alternativas para a ação e a decisão coletiva e as implicações concretas da tomada de decisão (Queirós, 2001).

Durante os estágios, desde o serviço de urgência (SU) básico ao polivalente, unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) e no SEMER, na prestação de cuidados assisti e participei em alguns processos de tomada de decisão no sentido de resolver

problemas complexos de natureza variada, nomeadamente em planos terapêuticos e submissão a tratamentos mais agressivos.

Sempre que possível as estratégias eram discutidas e elegidas em equipa e em parceria com o cliente alvo dos cuidados. Quando os mesmos manifestavam vontade envolvíamos o seu acompanhante que muitas das vezes era um familiar, ou uma pessoa significativa, de modo a reunir o conhecimento e experiência de todos para definir a resposta mais adequada.

Na tomada de decisão ética do enfermeiro, são evocados modelos de natureza processual, considerando que um conjunto de etapas resulta no cuidado a prestar, a partir da identificação do problema (Deodato, 2010). Esta tomada de decisão pode ser de situações de diversas complexidades, como a de ativação de um protocolo de via verde para uma situação específica, pelo que os enfermeiros devem utilizar critérios uniformes de modo a evitar as desigualdades de condutas dentro da própria profissão.

De facto, o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença assume o dever de "coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico de doença e respetivo tratamento" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 69). Daí que, é fundamental o trabalho em equipa, devendo o enfermeiro especialista servir de referência para os colegas, e ao mesmo tempo promover momentos de reflexão sobre as condutas tomadas em situações específicas, que podem ser nas passagens de turno, pois traduzem-se em ganhos profissionais. Esta conduta foi adotada ao longo dos estágios, em *prol* da melhoria contínua dos cuidados. Recordo uma situação vivenciada no contexto da sala zero no SU polivalente, onde um cliente foi submetido a entubação endotraqueal e aquando da fixação do tubo endotraqueal e conexão à prótese ventilatória detetei que a ventilação estava comprometida por o tubo não se encontrar ajustado, pelo que dialoguei e elucidei a equipa para este facto. Dado a sua recetividade, otimizou-se o tubo endotraqueal com repercussão na ventilação do cliente.

Compete ao enfermeiro especialista, segundo o Regulamento nº 122/2011, desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promover cuidados respeitadores dos direitos humanos e das suas responsabilidades profissionais.

Importa destacar então, que ao longo dos estágios respeitei os direitos dos clientes, de acordo com a Constituição da República Portuguesa, e a Declaração Universal dos Direitos do Homem (Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, 1948), nomeadamente no que se refere ao descrito no artigo 3º. A vida humana é inviolável, bem como a integridade moral e física das pessoas, pelo que o indivíduo tem direito à vida, à

liberdade e à segurança pessoal. Na vertente do direito à proteção da saúde, surge inerente um conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, as quais atendi nas práticas, com uma prestação de cuidados personalizada, individualizada, tendo uma visão holística.

Pina (2013), refere que “os doentes constituem um grupo fragilizado (receio, sofrimento, exclusão pelos indivíduos sãos) e fortemente dependente do saber, competência e dedicação de outros (pessoal de saúde, familiares)” (p. 361).

Referindo-se à Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, Pina (2013), diz que

ao tratar das questões éticas a declaração incorpora os princípios que enuncia nas regras que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. Ao consagrar a Bioética entre os direitos humanos internacionais e ao garantir o respeito pela vida dos seres humanos, a declaração reconhece a interligação que existe entre ética e direitos humanos no domínio específico da Bioética (p 33).

Ainda neste domínio, no que diz respeito ao consentimento informado, direito muito interligado com os conceitos de autonomia e autodeterminação, tem de existir a livre aceitação do procedimento após a adequada explicação do profissional de saúde sobre as opções de tratamento, natureza da intervenção, suas vantagens e desvantagens, assim como das alternativas aos seus riscos e benefícios, sendo a decisão final do cliente após esclarecimento de todas as dúvidas. Assim sendo, importa atender à Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Comissão Nacional da UNESCO, 2005), nomeadamente o artigo 5º, o qual destaca que se deve atender à autonomia individual nas tomadas de decisão, desde que a pessoa assuma a responsabilidade. Já nas situações em que as pessoas são incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.

Enquanto no contexto de urgência, as questões éticas surgidas encontravam-se relacionadas com a humanização dos cuidados - privacidade, intimidade e processo de tomada de decisão, no contexto de cuidados intensivos, as atividades desenvolvidas para o desenvolvimento das competências neste domínio foram fundamentalmente no âmbito do respeito pela autonomia do doente e no processo de tomada de decisão, uma vez que surgiram muitas incertezas sobre como determinar a vontade dos clientes, respeitando-a. Pois neste contexto muitos dos clientes estavam sob sedação, o que os tornava incapazes de participar ativamente no processo de decisão. Especificamente, no que diz respeito a pessoas incapazes de exprimir o seu consentimento, o Artigo 7º, afirma que autorização para uma

investigação ou uma prática médica deve ser obtida em conformidade com o superior interesse da pessoa em causa e com o direito interno.

Ainda no âmbito das pessoas incapazes de exprimir o seu consentimento, a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, no Artigo 6º, salvaguarda que qualquer intervenção apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto.

Nos termos da lei, quando a pessoa está incapacitada para consentir uma intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. Estes mecanismos de substituição, permitem assegurar que as decisões sejam tão próximas quanto possível do que o doente decidiria, ou assegurar que as decisões tomadas foram em benefício do doente, respeitando sempre os desejos expressados anteriormente, tal como refere o Artigo 9.º, da Convenção supramencionada.

Legalmente, em Portugal, a Lei nº 25/2012 de 16 de julho da Assembleia da República regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital e a nomeação do procurador de cuidados de saúde, criando o Registo Nacional do Testamento Vital, que apenas vigora quando o doente não está consciente ou capaz de participar na tomada de decisão.

Estes factos ao longo dos estágios estiveram presentes, essencialmente no âmbito da prática clínica na UCIP, onde procuramos em equipa determinar as vontades dos doentes junto aos familiares e/ou pessoa significativa, essencialmente quando não possuíam capacidade de expressar a sua vontade e de tomar decisões, nomeadamente decisões de não-reanimação, decisões de continuidade aos tratamentos ou aceitar novos tratamentos propostos - abstenção, ou então suspender as medidas implementadas, o que formula diversas questões complexas. Gonçalves (2006), menciona que a suspensão causa mais sofrimento aos profissionais de saúde e familiares, pois encontra-se associada à morte, enquanto a abstenção está associada à evolução natural da doença.

Saraiva (2012), no seu estudo procurou identificar os aspetos éticos que podem estar na base da decisão de suspender tratamentos extraordinários em UCIP e identificar se a decisão de os suspender resulta em algum conflito legal e deontológico para os enfermeiros. O autor referido, conclui que os enfermeiros relatam que os aspetos éticos inerentes à suspensão de um tratamento referem-se essencialmente à qualidade de vida e não ao número de dias de sobrevivência. Assim, os enfermeiros importam-se com questões relacionadas com o fim de vida sem sofrimento, não proporcionando tratamentos fúteis e traumatizantes.

Ainda segundo Saraiva (2012), os enfermeiros manifestavam maior aceitação pela decisão e cumprimento dos cuidados inerentes à decisão, quando descrito em diário clínico, como aspeto legal, pois não causa problemas de consciência, nem situações de objeção de consciência.

De facto, de acordo com o Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência (OE, 2015), o enfermeiro tem o direito a recusar a prática de um ato da sua profissão, quando tal prática entra em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária ou contradiga o descrito no seu código deontológico.

Com base nos conhecimentos adquiridos através da evidência científica e na experiência profissional, constato que a prática do exercício profissional de enfermagem é indissociável dos valores éticos e morais e, apesar de os empregarmos, nem sempre refletimos sobre eles. No contexto diário profissional, deparei-me com situações complexas, pelo que salvaguardei o cumprimento dos princípios éticos fundamentais (beneficência, autonomia, justiça e não-maleficência) avaliando cada situação e procurando respeitar os valores presentes nestes princípios, dando resposta ao problema.

Durante os estágios nos diversos contextos, prestei cuidados tendo em conta os meus deveres profissionais e garanti o cumprimento dos direitos dos utentes, nomeadamente com um procedimento de acolhimento digno, informação pertinente e progressiva, atenção particular para com os mais fragilizados (pessoas com défice cognitivo, idosos, entre outros) consideração pelas preferências, quando possível, encaminhamento apropriado, entre outros, indo de encontro às obrigações dispostas no Código Deontológico do Enfermeiro.

Neste percurso de aprendizagem, tal como já referi anteriormente, além de participar nas tomadas de decisão em equipa, envolvi o doente nos processos de tomada de decisão que lhe dizem respeito e quando necessário solicitei a pessoa significativa/ familiar, de acordo com as suas particularidades e preferências, respeitando sempre a sua autonomia e autodeterminação.

Na Carta dos Direitos do Doente Internado: "o utente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico", pressupondo que qualquer ato seja efetuado só na presença dos profissionais de saúde necessários à sua execução (Ministério da Saúde [MS], 2009, p. 10).

Estas condições são transponíveis também para o pré-hospitalar, bem como para o SU e UCIP. Até porque, esta mesma carta refere que apesar dos SU não constituírem um internamento, é sempre recomendado que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos, embora seja necessária rapidez de atuação em muitos cuidados prestados à

pessoa em situação crítica. Reconheço, que por vezes tanto no pré-hospitalar, como no SU, a situação em si leva a que alguns destes aspetos sejam pouco priorizados. Neste contexto da privacidade tendo por base a ideia anterior, dialoguei e sensibilizei os bombeiros no pré-hospitalar e no SU os assistentes operacionais, dando sugestões de estratégias protetoras da privacidade do cliente, com recetividade dos mesmos, o que foi notório através da observação das suas condutas.

Destaco ainda, que a privacidade por vezes pode ser comprometida em situações de urgência/ emergência, pois a nível da comunicação esta tem que ser muito bem ponderada e cuidada, atendendo ao dever do sigilo - artigo 85º do Código Deontológico. Como tal, em comunicações específicas e objetivas procurei transmiti-las em tom baixo e quando possível em locais adequados. Alertei a equipa para esta problemática e após o diálogo em equipa encontramos e implementamos algumas estratégias, nomeadamente em comunicar em locais apropriados (Exemplo: sala de observação, sala zero, sala de cuidados especiais) e por vezes com recurso a comunicação não-verbal, essencialmente no pré-hospitalar.

O enfermeiro especialista trabalha ainda no âmbito da segurança do cliente, de modo a prevenir os *neverevents*, possuindo um importante papel na identificação de riscos ambientais de modo a minimizá-los. Assim, tive o cuidado de atender a medidas simples como macas de transporte o mais baixo possível, com grades elevadas, cintos de imobilização ajustados, bem como ambientes arrumados, mantendo segurança. No contexto intra-hospitalar nomeadamente nos cuidados intensivos esta conduta foi aplicável com a cama baixa e respetivas grades elevadas, apesar de muitas das vezes os clientes encontrarem em estado comatoso. No que concerne à segurança surge também o controlo da infeção, o qual será abordado posteriormente.

Posto isto, importa referir que os problemas éticos que emergiram nas práticas clínicas, alvo de reflexão em equipa, vão de encontro ao referido por Nunes (2015a), que refere que os principais problemas éticos se encontram relacionados com o acompanhamento em fim de vida, a responsabilidade profissional em intervenções interdependentes e transmissão da informação. Relembro uma situação específica em contexto do SU, em que um familiar pretendia obter informações clínicas e o cliente alvo de cuidados tinha solicitado que não fosse dada qualquer informação à família, o que gerou algum descontentamento, pelo que em equipa após reflexão e diálogo encontrou-se a forma mais adequada de conseguir respeitar a vontade do cliente e simultaneamente não ferir suscetibilidades à família, respeitando assim o direito do cliente.

Em síntese, perante condições adversas vivenciadas essencialmente no pré-hospitalar e no SU, cumpri com os princípios básicos da prestação de cuidados, adaptando-os às condições reais, com sensibilização da equipa para esta temática, o que demonstraram receptividade e mudança de alguns comportamentos. Nunes (2008), salienta que apesar das exigências e das contrariedades vividas pelos enfermeiros, estas nunca devem separar-se da ética e do código deontológico da profissão, pois o profissionalismo é feito de comportamentos concretos, reais e humanos, fundamentado na prática da ética apesar das dificuldades encontradas.

### 1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Quanto ao domínio da melhoria da qualidade, há que atender às necessidades e expectativas dos indivíduos de modo a ajustar a prestação de cuidados, pois constitui um marco de qualidade, ou seja, a qualidade é tida como a capacidade de satisfazer as necessidades expressas pelos clientes (Santos, 2008).

O conceito de qualidade associada aos cuidados de saúde evoluiu com Florence Nightingale, no século XIX, e Ernest Codman, no início dos anos 20, no entanto, terá sido Avedis Donabedian quem melhor a definiu no final dos anos 60 (Fragata, 2010). Possuindo como referência Donabedian, que afirma que a qualidade dos cuidados de saúde depende de: definição da saúde e de responsabilização pela saúde; definição de otimização dos cuidados e de efetividade máxima; avaliação dos clínicos, do cliente e de todos os colaboradores do sistema. Como tal, os pilares que definem a qualidade da prestação de cuidados são: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade, otimização, equidade.

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma temática relativamente recente em Portugal, sendo que é importante saber como avaliá-la, pelo que houve necessidade de implementar programas de acreditação, os quais ao longo dos anos têm evoluído. Este processo de acreditação incorpora como critério para a acreditação a divulgação dos eventos adversos através de relatórios (Raimundo, 2012). Pela pesquisa, noto que tem ocorrido uma evolução favorável com contributos acrescidos no que concerne à questão Jurídico-Legal, com a implementação de leis e decretos que a regulam, nomeadamente, a Criação do Departamento da Qualidade em Saúde pela Portaria nº 155/2009 de 10 de fevereiro.

Em fevereiro de 2009 o Despacho 6513/2009 da Direcção-Geral da Saúde criou a Divisão de Segurança do Doente, uma componente do Departamento da Qualidade, que assume competências para gerir a notificação de eventos adversos. De acordo com a

Organização Mundial de Saúde (OMS), com recurso a três intervenções complementares a segurança do cliente pode ser alcançada: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torná-los visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes.

Diversas correntes teóricas aludem que o tema da qualidade em saúde implica três perspetivas: a ótica do utilizador (cliente), a ótica dos profissionais da saúde e a dos gestores hospitalares. Portanto, tendo em conta as referidas perspetivas: do ponto de vista profissional, a qualidade está relacionada com a prestação de cuidados de saúde adequados para que os clientes demonstrem um elevado grau de satisfação e confiança na instituição que presta os cuidados; para os sistemas de saúde, a acessibilidade e distribuição de recursos caracteriza a qualidade; na ótica dos clientes (pagadores de cuidados) o que eles pretendem, é a melhor relação custo-eficiência. No âmbito da gestão, salienta-se a necessidade de um bom desempenho em liderar o desenvolvimento da melhoria da segurança do cliente. Neste processo o gestor da organização deve se assumir como líder e exemplo, para que os colaboradores sigam essa conduta, adotando uma política de cuidados altamente qualificados e seguros.

Só assim, conduzem a resultados efetivos, na melhoria da prestação de cuidados e simultaneamente evitam custos acrescidos, quer do ponto de vista social para os doentes, quer do ponto de vista financeiro para as organizações de saúde. Esta ideia patente nos modelos de gestão assentes na eficiência e nos resultados é cada vez mais preconizada pela crise financeira existente no País e também a nível Mundial.

Para a melhoria da qualidade, é importante que o enfermeiro desenvolva o seu exercício profissional tendo em conta a aquisição e desenvolvimento das competências, “participando em programas de melhoria da qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas” (OE, 2012).

Refletindo sobre os programas de melhoria da qualidade, segundo a OE (2001), estes programas constituem-se como referenciais para o processo de reflexão dos enfermeiros acerca do seu exercício profissional, conduzindo assim, à melhoria contínua dos cuidados prestados. Sendo assim, tive o cuidado de estar atualizado sobre as novas diretrizes de cuidados, dinamizando e colaborando nos programas de melhoria contínua da qualidade da instituição, como por exemplo no projeto intitulado STOP Infecção Hospitalar, adotando as suas recomendações pela sua eficácia na redução das infeções hospitalares, criando um ambiente terapêutico e seguro para os clientes.

Indo de encontro à competência acima descrita, contemplada no Regulamento nº 122/2011, a OE estabeleceu uma série de enunciados descritivos interligados com a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Do mesmo modo, para uma uniformização dos cuidados, em prol da melhoria contínua da qualidade, criou os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da enfermagem em pessoa em situação crítica, os quais nortearam e serviram de referencial para todas as práticas clínicas.

Quanto ao SU básico da unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim e SU polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), onde estagiei, no que concerne à qualidade, atualmente encontram-se no processo para a acreditação, segundo o Modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA). Para tal os profissionais têm estado a desenvolver projetos, nomeadamente auditorias internas, essencialmente no âmbito do risco clínico e não clínico, entre outros, para que os profissionais reflitam sobre a sua prestação adotando boas práticas de cuidados, segundo normas nacionais.

No SU básico, tive oportunidade de formular documentos de suporte no âmbito do TIH (transporte inter-hospitalar) e colaborei na organização e estruturação da sala de emergência e do respetivo material, bem como na organização das malas para o TIH. Sugeri ainda o pedido de mais um carro de emergência para o Centro de Saúde, uma vez que apenas existe um na sala de emergência o qual é insuficiente. A equipa demonstrou receptividade e aceitação das sugestões, pelo que se oficializou as necessidades para o respetivo departamento para averbamento.

Enquanto o SU polivalente do HNM, encontra-se numa fase precoce do processo de acreditação, já a UCIP onde realizei o estágio II, foi recentemente submetido à avaliação externa, tendo atingido o nível de acreditação Bom a dezassete de janeiro de 2017, pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

Esta acreditação, foi conquistada após um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados que envolveu todos os profissionais do serviço.

Relativamente ao pré-hospitalar, o SEMER atualmente encontra-se no início do processo para a acreditação de qualidade, pelo que no estágio tive oportunidade de colaborar em atividades, nomeadamente a criação do fluxograma sobre o TIH (conforme apêndice A), implementação do formulário (anexo A) da lista de fármacos para o TIH (anexo B), da lista de verificação do TIH (anexo C) e do algoritmo de decisão para o TIH (anexo D). A equipa de coordenação manifestou que era uma necessidade do serviço, pelo que os vários

elementos se demonstraram muito recetivos e participativos. Colaborei também na organização do material de uso clínico, bem como na organização de circuitos de resíduos e respetiva identificação. Estas estratégias institucionais facilitam a gestão de recursos, mantendo também um ambiente circundante de segurança, e assim contribuí para a melhoria da qualidade do SEMER.

Segundo o MS (2015), e de acordo com o Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, melhorar continuamente a qualidade no setor da saúde significa tudo fazer para que diariamente os cuidados prestados sejam efetivos e seguros, prestados em tempo útil e de forma equitativa, pelo que o enfermeiro especialista possui como função de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Assim, é crucial que o enfermeiro conheça os padrões e indicadores de qualidade nos diversos contextos, nomeadamente na UCIP. Pois, de acordo com Azoulay et al. (2012), os indicadores de qualidade no cuidar do doente crítico, subdividem-se em três indicadores de estrutura: preenchimento de todos os requisitos para o tratamento de doentes críticos de acordo com lei vigente no país, disponibilidade do intensivista nas 24 horas e existência de um sistema de notificação de eventos adversos; dois indicadores de processo: ronda diária multidisciplinar e a existência do procedimento padronizado na alta do doente; e quatro indicadores de resultado, nomeadamente a taxa de mortalidade estandardizada, taxa de readmissões após alta nas 48 horas, taxa de extubações não programadas e a taxa de infeções relacionadas com cateter venoso central.

Ainda no âmbito da competência cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020. Esta problemática da segurança surge em ambientes complexos em que se prestam os cuidados atualmente, daí que é responsabilidade da equipa de saúde mobilizar competências e gerir os riscos, assegurando uma resposta adequada. É então crucial, uma gestão atenta com uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada, para promoção da segurança.

Para Sousa (2006), a segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados aos clientes e um componente fulcral da gestão da qualidade abrangendo um amplo leque de ações que visam a melhoria do desempenho, a segurança ambiental e gestão do risco, nomeadamente o controlo de infeção, a segurança na utilização de medicamentos, a segurança no equipamento, a segurança na prática clínica e a segurança no ambiente envolvente à prestação de cuidados de saúde.

Esta perspetiva cruza-se com os objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação;

aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão (UPP); assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

No contexto da prática clínica no SU e na UCIP, observei a constante preocupação com os objetivos estratégicos delineados no plano supramencionado, especificamente na prevenção da ocorrência de UPP, na prevenção e controlo das infeções e a resistências aos antimicrobianos e assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.

A problemática das úlceras por pressão nas UCIP é uma realidade, pelo que apliquei a escala de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP- Escala de Braden, nas primeiras seis horas após admissão do doente e efetuei a reavaliação do risco de 24 em 24 horas, consoante o contemplado na DGS (2011). Torna-se essencial a avaliação do risco, para um adequado planeamento e implementação de medidas preventivas e de tratamento.

Ao longo da minha experiência profissional e nas práticas clínicas, essencialmente no contexto da UCIP, apercebi-me que a instabilidade hemodinâmica do doente assume um fator determinante para a prevenção das UPP. Pois, muitas vezes dificulta os posicionamentos frequentes, sendo necessário adotar outras medidas preventivas como os cuidados à pele, nomeadamente manter a pele seca e limpa com produto de limpeza de pH neutro, utilização de produtos de barreira nas regiões corporais mais húmidas e evitar a pressão nas superfícies corporais mais suscetíveis. Outro cuidado que procurei ter era no alívio das superfícies em contato com os dispositivos médicos, particularmente nos sistemas da linha arterial, por frequentemente ficarem com eritema, prevenindo assim complicações.

Segundo Morais (2015), num estudo realizado numa UCIP polivalente no Norte de Portugal com uma amostra de 1014 pessoas, demonstrou uma prevalência de 19,3% e uma taxa de incidência de 11,4% de UPP. Apesar de conhecer que o desenvolvimento das UPP é multifatorial, pelo que cabe ao enfermeiro especialista identificar os riscos e deter conhecimentos e práticas preventivas da sua ocorrência, nesse estudo o autor procurou identificar fatores determinantes da incidência e prevalência de UPP na pessoa em situação crítica, concluindo que vários fatores favoreceram o seu desenvolvimento. Verificou que eram mais frequentes no sexo masculino; nas pessoas com valores preditivos de alto risco na Escala de Braden; nos doentes com mais dias de internamento em UCIP, com valores analíticos baixos de proteínas totais e de albumina e valores analíticos elevados de proteína

C reativa; e nos doentes com tempos de perfusão de noradrenalina mais elevados. Daí, que no estágio procurei identificar possíveis alterações, para tomar as respetivas condutas e implementação de medidas.

As questões de segurança do doente crítico envolvem também o transporte intra e inter-hospitalar, temática esta que posteriormente será abordada detalhadamente. Apenas destaco que o transporte deve ser realizado em segurança tanto para o cliente como para os profissionais, para que não ocorram eventos adversos ou complicações. É importante então, que todo este processo seja planeado, o qual ao longo das práticas clínicas procurei dar contributos de acordo com as recomendações e *guidelines* existentes. Os transportes intra-hospitalares realizados nos estágios apesar de haver algumas lacunas essencialmente na falta de recursos materiais, decorreram sem intercorrências.

No contexto do pré-hospitalar e no intra-hospitalar, é notório que existe a adoção da política de segurança, pois é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no Sistema Nacional de Saúde, segundo Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 2010. Deste modo, tive o cuidado em prevenir os *neverevents*, especificamente no que se refere à medicação, gestão de protocolos terapêuticos, entre outros. Procurei ainda trabalhar em equipa de modo a apoiar/ esclarecer os colegas quando surgiam dúvidas, trazendo as últimas evidências científicas, com recetividade dos mesmos.

No âmbito da segurança, enquanto estudante de especialidade, identifiquei o risco e promovi estratégias promotoras da não ocorrência dos incidentes, assumindo um papel de colaboração junto aos colegas. No caso de ocorrência de incidentes no intra-hospitalar, desmistifiquei os mitos e medos relativamente à notificação de incidentes. Aquando da sua ocorrência, prestei apoio no processo de notificação (disponível na aplicação informática ATRIUM), com recetividade dos colegas. Também no pré-hospitalar existe a notificação dos incidentes sendo feita comunicação à coordenação do SEMER que orienta a conduta.

Segundo Faria (2010), a notificação das ocorrências muitas das vezes encontra-se associado ao paradigma da punição e ocultação do erro e ao medo de represálias e sanções profissionais, daí que a taxa de notificação dos eventos adversos é baixa ou ausente. Esta notificação de eventos adversos, erros e incidentes, desencadeia uma investigação aprofundada para identificar as falhas subjacentes e redesenhar o sistema no sentido de prevenir a sua recorrência. Contudo, a comunicação do incidente em si, contribui pouco para a segurança do doente, o importante é a resposta que o registo desencadeou.

A comunicação assume um papel primordial para a segurança do doente, pois é a forma de proporcionar uma continuidade dos cuidados, pois uma comunicação pouco efetiva pode potenciar e provocar incidentes com repercussões para o cliente, segundo Despacho nº 1400-A/ 2015 de 10 de fevereiro do MS.

No SESARAM, o sistema informático, felizmente, possibilita a intercomunicação entre serviços desde o contexto hospitalar aos cuidados de saúde primários, o que se traduz numa mais-valia para a segurança do cliente. Já no âmbito do pré-hospitalar, o sistema utilizado SADO - Sistema de Apoio à Decisão Operacional, permite efetuar um relatório da ocorrência, contudo não é acessível ao intra-hospitalar, pelo que dialoguei com a coordenação e uma das minhas sugestões à equipa do SEMER foi no sentido de contruir uma plataforma de registo que pudesse ser consultada no intra-hospitalar. Mostraram-se recetivos e referiram que essa pretensão já está delineada, contudo ainda em fase de projeto por falta de recursos financeiros.

Tendo por base tudo o que anteriormente referi, tornou-se realmente importante que enquanto futuro enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, construísse competências especializadas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população, sendo que a participação em programas de melhoria dos cuidados, assumiu-se como um elemento facilitador.

Durante a minha prática clínica procurei basear as intervenções em altos níveis de evidência científica, mostrando-me empenhado em participar nos programas de melhoria da qualidade nos cuidados. Destaco que no âmbito da melhoria dos cuidados de cuidados, partilhei os meus conhecimentos e projetos, especificamente estudos de investigação, trabalhos realizados e ainda tive oportunidade de apresentar a temática do TIH e comunicar as vivências/ experiências provenientes do estágio de opção III, ao 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESEJSC.

Com recurso a todos os conhecimentos suprarreferidos e pelas experiências vivenciadas que foram alvo de análise e reflexão crítica ao longo dos estágios, constato que adquiri competências neste domínio específico.

### 1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Segundo o Regulamento nº 122/2011, o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e com uma liderança adequada consegue a articulação na equipa multidisciplinar e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No que concerne ao SU polivalente, relativamente ao método de organização de trabalho, varia consoante a área do SU, a carga de trabalho e os recursos de enfermagem. A metodologia utilizada, apesar do trabalho ser em equipa, foi a do enfermeiro responsável, que geria e prestava cuidados individualizados e personalizados consoante a avaliação das necessidades. Já na sala zero, destinada a situações de emergência com recursos materiais específicos e avançados, o trabalho fez-se em equipa multidisciplinar onde cada profissional de saúde tem as suas funções bem definidas, com vista ao mesmo objetivo. A OE (2015), refere que o trabalho em equipa é essencial e coloca em ênfase o desenvolvimento de competências profissionais, a capacidade de problematizar, refletir e debater em conjunto. As relações profissionais que enfatizam a comunicação, a articulação, a complementaridade, promovem o coletivo, a coesão e cooperação em torno de objetivos que são comuns, neste caso em concreto, o atendimento de qualidade da pessoa em situação crítica.

Quanto à equipa de enfermagem no SU polivalente, a gestão dos recursos é da competência do enfermeiro chefe e/ou responsável de equipa. O facto de possuir habitualmente dois a três especialistas no mínimo por equipa, no âmbito da saúde mental e da médico-cirúrgica, traduz-se em maior segurança para os doentes e para toda a equipa de enfermagem pela sua competência especializada, o que torna uma equipa qualificada.

Já na UCIP do HNM para a gestão dos recursos humanos de enfermagem é utilizado a ferramenta - *Therapeutic Intervention Scoring System- 28* (TISS-28), onde o enfermeiro responsável pelo doente no turno noturno faz a TISS-28. Como tal, neste estágio pude experienciar esta ferramenta de apoio à gestão, que com base na quantificação das intervenções e os procedimentos a que o doente era submetido, classificava a sua gravidade num score, independentemente do diagnóstico. Esta ferramenta é constituída por sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico e metabólico e intervenções específicas, para obtenção do score de TISS-28. Cada categoria é composta por itens específicos, com pontuações que variam entre um e oito (Martins, Oliveira, Santo, & Silva, 2014).

Assim, pela aplicabilidade de TISS-28, observei e refleti que um doente submetido a mais procedimentos, obtém um score de gravidade maior, necessitando assim de maior disponibilidade por parte do profissional de enfermagem. Baseando-se neste score, o enfermeiro responsável de equipa faz a distribuição dos enfermeiros para as 24 horas seguintes. Através do diálogo com a equipa para perceber as suas experiências, fiquei elucidado que o rácio habitualmente nesta unidade é de um enfermeiro para um doente (se TISS-28 igual ou superior a 40) ou de um enfermeiro para dois doentes.

Contudo, de acordo com Martins et al. (2014), o TISS-28 representa apenas 43,3% da carga de trabalho do enfermeiro, pelo que na atualidade já existem ferramentas mais fidedignas, nomeadamente o *Nursing Activities Score* (NAS) que resultou do aprofundamento e detalhe do TISS-28, abrangendo mais itens de avaliação. De acordo com Candeias et al. (2016), o NAS em Portugal é um instrumento válido, permitindo avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros com segurança, pelo que considero que seria uma ferramenta a adotar na UCIP do SESARAM, pelo que dialoguei com os membros da equipa sobre a sua aplicabilidade neste serviço, observando recetividade.

Este domínio de competência da gestão dos cuidados, é também uma preocupação do enfermeiro coordenador do SEMER ao nível do pré-hospitalar, sendo a equipa constituída por um elemento por turno. Na eventualidade de ser necessário mais elementos são estabelecidos os respetivos contatos pela coordenação.

Identicamente esta competência da gestão dos cuidados é extensível ao SU básico da unidade de saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, onde a equipa é constituída por enfermeiros generalistas e um especialista em enfermagem médico-cirúrgica responsável pela gestão do serviço, todos com formação em suporte avançado de vida (SAV). Existe sempre um elemento de enfermagem de prevenção para a eventual necessidade de um TIH.

Abordando globalmente este domínio, em termos dos estágios, colaborei ativamente nas decisões da equipa multiprofissional na vertente da gestão dos cuidados, com intervenções autónomas e interdependentes.

Quanto à ferramenta de trabalho utilizada para a gestão dos cuidados, no intra-hospitalar foi o processo de enfermagem, com recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) do *International Council of Nurses* (2016). Considero que, ao longo dos estágios no intra-hospitalar intervim no sentido da melhoria no processamento da informação, pois muitas das vezes os registos não evidenciavam a intervenção de enfermagem, o que acarreta consequências na criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Como tal, procurei sensibilizar e refletir em conjunto com os colegas para a importância dos registos, de modo a dar visibilidade ao nosso trabalho. Sugeri novos diagnósticos de enfermagem e intervenções específicas, tendo verificado que as sugestões por mim realizadas foram paulatinamente implementadas, de modo a traduzir de forma fidedigna a nossa *praxis*.

#### 1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tal como nos diz a OE (2015) "o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização de conhecimentos, com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências" (p.43).

Este último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, segundo o Regulamento nº 122/2011, diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como ao fato de basear a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A formação contínua é uma parcela da formação permanente, que assume como objetivos adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades, que visem o desenvolvimento pessoal e profissional e que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados (Santos, 2008).

Deste modo, para uma prestação de cuidados de enfermagem adequados e de excelência, é da responsabilidade do enfermeiro garantir o seu processo de formação contínua, no sentido de atualizar e enriquecer os seus conhecimentos, acompanhando deste modo o desenvolvimento da prática de enfermagem.

O enfermeiro é um profissional com um saber próprio, integrado numa equipa multidisciplinar e, como tal, assume a responsabilidade pelo seu próprio desempenho no exercício da profissão, em conformidade com a evolução científica e a experiência adquirida, sendo então, de extrema importância que este se mantenha atualizado sobre a evidência científica produzida no âmbito da enfermagem.

A ideia anterior, é corroborada pelo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do MS, que recomenda que se promova as competências e as capacidades dos profissionais de saúde que trabalham no SU. No que se refere especificamente aos enfermeiros, recomendam que pelo menos 50% tenham competências específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, na vertente da enfermagem em pessoa em situação crítica, atribuída pela OE, em prol da qualidade em saúde, que é dever dos profissionais, mas também das instituições de saúde. Cabe ao enfermeiro especialista enquanto membro consultor e de referência, desenvolver um caminho da autoconsciência e autoconhecimento para aperfeiçoar sua intervenção, quer junto dos colegas, da equipa e dos utentes.

Com base nos conhecimentos adquiridos e na minha experiência profissional, este domínio nunca está finalizado, pois a competência adquire-se com base nas aprendizagens profissionais que ao longo do percurso vão sendo diversificadas. O conhecimento de si próprio é uma condição indispensável para o seu desenvolvimento e das situações que

experiência. A reflexão deve fazer parte de cada momento e de cada situação, invocando os seus saberes e selecionando aqueles que, do seu ponto de vista, se ajustam melhor à situação que está a vivenciar (Sá-Chaves, 2000).

Ao longo dos estágios com base na reflexão crítica, senti necessidade de consolidar conhecimentos com recurso às pesquisas em bases de dados científicas credíveis, o que encaro como promotor do desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais.

Ainda acerca deste domínio, o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir sentimentos e emoções, atuar eficazmente sob pressão e reconhecer, antecipar e utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos, conforme o Regulamento nº 122/2011. Estas exigências são solicitadas constantemente aos enfermeiros nos contextos de SU, UCIP e pré-hospitalar, obrigando-os a atuar frequentemente sob pressão e a gerir eficazmente sentimentos e emoções em *prol* de uma resposta. Segundo a bibliografia consultada, os enfermeiros dos serviços de urgência, encontram-se sujeitos a grandes níveis de *stress* e pressão, pelo que a gestão incorreta dos conflitos poderá aumentar o desgaste e levar à deterioração das relações interpessoais, bem como à diminuição da realização profissional, acabando por originar situações de exaustão e despersonalização.

Considero que ao longo dos estágios, vivenciei diversas situações de aprendizagem complexas, essencialmente no contexto do pré-hospitalar, na sala zero e nos cuidados especiais do SU polivalente, nomeadamente situações de pessoas com edema agudo do pulmão, enfartes do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, paragens cardiorrespiratórias, politraumatizados, intoxicações, entre outras. Contudo, consegui desenvolver estratégias eficazes para lidar com o *stress*, colocando em prática os conhecimentos adquiridos e aprofundados ao longo do curso de mestrado, de modo a prestar cuidados em condições de segurança e com base na evidência científica.

Ao longo dos três estágios, considero que tive inúmeras oportunidades de aprendizagem durante a prestação de cuidados ao doente crítico. Destaco algumas situações vivenciadas na UCIP, nomeadamente os cuidados de enfermagem aos doentes submetidos a ventilação mecânica e com monitorização invasiva, de modo a conhecer e proceder à sua interpretação e despiste de focos de instabilidade para prevenção das complicações. Outra aprendizagem que considerei relevante, foi a interpretação dos valores da gasometria arterial e respetiva relação com a ventilação, pois na minha prática diária não estava “familiarizado”, o que promoveu a pesquisa, estudo e exploração da temática. Muitas outras aprendizagens ao longo dos estágios, essencialmente no contexto pré-hospitalar, contribuíram para uma

sólida base de conhecimentos nesta área de enfermagem na vertente da pessoa em situação crítica.

De forma a fomentar o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao longo do estágio I no contexto do SU elaborei um portfólio de aprendizagem, no estágio II no contexto de cuidados intensivos um processo de enfermagem fundamentado a um cliente em choque séptico e já no estágio III no contexto do pré-hospitalar elaborei um projeto/relatório de autoformação na área do transporte inter-hospitalar. Ao longo dos estágios tive identicamente oportunidade de realizar várias reflexões críticas sobre situações que me marcaram, seguindo a metodologia do ciclo de GIBBS.

Dentro do domínio das aprendizagens profissionais, encontra-se ainda uma competência do enfermeiro especialista que remete à formação e investigação, em conformidade com Regulamento nº 122/2011.

No estágio II na UCIP do HNM, identifiquei a necessidade de uma ação formativa acerca da temática da pessoa em situação crítica em *delirium* no contexto de cuidados intensivos, pelo que efetuei o respetivo plano de formação e apresentei-a à equipa de enfermagem. A equipa mostrou-se bastante recetiva, existindo uma grande adesão à formação. Com base no instrumento de avaliação utilizado e pelo *feedback* dado pelos elementos presentes no final, apreciei que atingi os objetivos propostos colmatando uma das necessidades formativas da equipa.

Já no estágio III, constatei uma necessidade de formação, no que diz respeito à avaliação dos meios para o TIH, baseando-se numa avaliação do doente, pelo que após elaborar um fluxograma para integração na plataforma em construção no SEMER, pretendia apresentá-la à equipa. Todavia, por diversos constrangimentos institucionais não foi possível, pelo que deixei o fluxograma elaborado, para posterior apresentação à equipa.

Contudo, já no SU básico, após dialogar com a enfermeira especialista em médico-cirúrgica, foi proposto apresentar o fluxograma da avaliação para o TIH (conforme apêndice A), pelo que planeei uma apresentação expositiva e demonstrativa do Fluxograma, em espécie de *poster*. Assim, esta temática foi abordada em várias passagens de turno para abranger toda a equipa, pois foi a estratégia que nos pareceu mais adequada, tendo em conta a disponibilidade dos membros e a própria estrutura e dinâmica do SU. Esta temática foi também alvo de reflexão com os colegas ao longo e após a prestação de cuidados. Observei adesão da equipa ao apresentado, e assim começou-se a fazer a avaliação para o TIH de forma sistemática, tal como recomendado pelas boas práticas.

Ainda neste domínio das aprendizagens profissionais, no estágio III no âmbito da segurança direcionado para o pré-hospitalar, tive oportunidade de assistir a uma formação intitulada por Abordagem da Vítima de Trauma em Ambiente Tático, que apresentava como objetivos despertar os formandos para as medidas de segurança a adotar, que cuidados a ter e como atuar nestes ambientes complexos. Encaro que foi uma mais-valia, pois possibilitou a aquisição de novos conhecimentos sobre a abordagem em ambientes complexos, onde são necessárias múltiplas intervenções num curto espaço de tempo, em segurança.

Também, no estágio no SEMER pude colaborar no projeto denominado *European Registry of Cardiac Arrest – Study Two* (EuReCa TWO), um estudo de pesquisa internacional, prospetiva, multicêntrica, com três meses de epidemiologia (de outubro a dezembro), que aborda o tratamento e resultados de clientes que sofrem paragem cardíaca em contexto extra-hospitalar na Europa. Neste estudo, monitorizei as ocorrências com base na colheita de dados efetuada em cada caso, e com base nos critérios de inclusão definidos, seleccionei-os para posterior tratamento de dados estatísticos e respetiva divulgação.

Na vertente da investigação, segundo o Regulamento nº 122/2011, o enfermeiro especialista devido à formação que detém, é dinamizador da prática baseada na evidência, visando sempre a melhoria dos cuidados prestados. Permaneci então atento às últimas evidências científicas, divulguei novos conhecimentos adequados a cada contexto da prestação de cuidados e contribui com a comunicação de sugestões de melhoria, em virtude das boas práticas, proporcionando uma reflexão conjunta em equipa.

Concluo este capítulo ressaltando que cabe aos enfermeiros especialistas serem agentes de mudança e promotores da prática baseada na evidência, ultrapassando as barreiras que vão surgindo no dia-a-dia. Procurei então, durante os estágios divulgar às equipas novos conhecimentos, normas e alertar para novas atualizações dos protocolos e *guidelines*, com o intuito de contribuir para a promoção de cuidados de qualidade e seguros.

**CAPÍTULO II: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA**



Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, diferenciados e complexos, e consciente da necessidade de diferenciação dos profissionais que cuidam deste tipo de doente, a OE emanou o Regulamento nº 124/ 2011, onde define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o Regulamento nº 361/ 2015 de 26 de junho que regula os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Com base no regulamento suprarreferido, as competências específicas são: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação; e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Assim sendo, de acordo com estas competências específicas, pressupostas no Regulamento nº 124/ 2011, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na abordagem ao doente crítico, possui capacidade para identificar os problemas do doente, tendo competências para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis. Evidencia também, rigor técnico/ científico na implementação das suas intervenções e referencia para outros profissionais da equipa multidisciplinar, quando identifica essa necessidade, e para outros enfermeiros de acordo com a área de intervenção. Ainda, supervisiona as atividades de enfermagem que delega; é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica; realiza cuidados técnicos de alta complexidade; implementa de forma apropriada, medidas de suporte avançado de vida e gere, adequadamente, protocolos de terapêuticos complexos.

Pelo acima descrito, reflito que estas competências se encontram inteiramente interligados com os cuidados que prestei aos doentes nos contextos em que desenvolvi os estágios. Nos subcapítulos seguintes, irei realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e das situações vivenciadas nos estágios com vista a obtenção das competências específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, na vertente da enfermagem em pessoa em situação crítica, destacando as experiências mais complexas e que contribuíram significativamente para a aquisição e o desenvolvimento dessas competências, sem negligenciar as experiências não registadas neste relatório.

Farei uma abordagem global das competências, tendo por base as suas respetivas unidades, tendo estruturado o primeiro subcapítulo pelos contextos da prática, uma vez que as atividades desenvolvidas no sentido da aquisição da competência foram distintas, enquanto no 2º e 3º subcapítulo abordei conjuntamente, uma vez que as atividades realizadas nos três estágios foram idênticas e complementares.

## **2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Segundo o Regulamento nº 124/2011, a pessoa em situação crítica é “aquela 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 e terapêutica” (p. 8656).

Já de acordo com a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (OM & SPCI, 2008), o doente crítico é aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Segundo Silva e Lage (2010), cuidar da pessoa em situação crítica é muito complexo e abrangente, pelo que requer uma equipa multidisciplinar com conhecimento das suas funções, atuando com metodologia correta.

Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando resposta às necessidades afetadas, tendo como primordial objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total do doente, conforme preconizado pelo Regulamento nº 124/2011. Portanto, o cuidar da pessoa em situação crítica exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica, maximizando a eficácia e a eficiência da atuação (Silva & Lage, 2010).

Os cuidados de Enfermagem ao doente crítico, devem ser realizados no sentido da manutenção das funções vitais e prevenção das complicações, contribuindo para a satisfação das necessidades e do bem-estar da pessoa. Assim, o enfermeiro assume um papel fundamental no apoio ao doente crítico, auxiliando nas situações de transição de modo a alcançar a desejada homeostasia (Meleis referida por Morais, 2012).

Para Meleis (2010), o enfermeiro precisa de compreender o que precipita o processo de transição saúde/doença e os estádios vivenciados em doenças específicas, de modo a planejar e implementar intervenções de enfermagem apropriadas para que a sua atuação seja de qualidade.

Seguidamente, abordarei as atividades desenvolvidas no sentido do desenvolvimento desta competência, englobando as unidades de competência inerentes, nos diversos contextos de estágio.

### 2.1.1. No contexto do serviço de urgência - Estágio I

De acordo com o Regulamento nº 124/ 2011, a prática de enfermagem em contexto de urgência pela sua abrangência e complexidade, envolve competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento.

A prática clínica I, decorreu no período compreendido de 06 de junho a 09 de julho de 2017 e foi realizada no SU do HNM. Teve uma duração de 140 horas de contato (130 horas de Estágio e 10h de Orientação Tutorial) e ainda 110 h de tempo individual do estudante.

O Despacho nº 26-A/2009 de 7 de setembro da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, apresenta as classificações dos SU do SESARAM. Assim, o SU do HNM atendendo ao seu nível de resposta e recursos existentes, classifica-se em polivalente, o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, tendo como missão o atendimento das situações representativas de risco de vida.

Em termos de estrutura física, localiza-se no andar técnico, sendo constituído por diferentes espaços, nomeadamente secretaria, área de acolhimento, sala de triagem, sala de espera, salas para observação, sala de tratamentos, sala de recuperação, sala aberta, sala de observação (SO), sala de cuidados especiais (SCE), isolamento para situações específicas, sala de pequena cirurgia, sala de cirurgia, sala de ortopedia e sala zero/ de emergência. Adjacente existe o serviço de imagiologia, onde se realizam raio X e tomografias computadorizadas.

O SU tem um acesso fácil aos meios complementares de diagnóstico, e em casos específicos, também ao bloco operatório e aos cuidados intensivos, o que vai de encontro à recomendação da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012).

Ainda segundo a CRRNEU (2012), deverá: ser facilitado o acompanhamento do doente por familiar; respeitar escrupulosamente os conceitos de privacidade e conforto e

permitir a comunicação e informação personalizada e humanizada, o qual neste serviço é observável, apesar das várias limitações existentes na sua estrutura física.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa é multidisciplinar, sendo constituída por médicos que se encontram em regime de presença física e médicos de prevenção, enfermeiros generalistas e especialistas em saúde mental e psiquiatria e médico-cirúrgica, assistentes operacionais, assistente social, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes administrativos.

No que diz respeito ao sistema de Triagem em vigor neste SU, é a triagem de Manchester, conforme recomendado pela DGS. De acordo com a Norma nº 002/2015, a triagem de Manchester, tem como objetivos a definição do nível de prioridades e a identificação objetiva e sistematizada de critérios de gravidade, designando a prioridade de atendimento do doente e o referente tempo alvo recomendado até à primeira observação médica. Contempla 52 fluxogramas, baseados num sistema de algoritmos, constituído por cinco níveis de urgência associados a cores, que refletem as diversas condições e classificações de risco.

A triagem é realizada por enfermeiros de cuidados gerais, ou por especialistas com formação específica, nesta área, ministrada pelo Grupo Português de Triagem. Na triagem são identificados os critérios de gravidade relativos à queixa de apresentação do doente, para com base na mesma seleccionar o fluxograma que melhor se adequa, surgindo posteriormente uma série de questões ou discriminadores do fluxograma, que podem ser gerais como risco de vida, dor, hemorragia, estado de consciência, temperatura e agravamento ou específicos, nomeadamente dor torácica, dor abdominal, dor visceral, entre outros.

Para Teixeira, Oselame e Neves (2006), a triagem feita pelo enfermeiro tem como principais vantagens: a capacidade do enfermeiro em estabelecer uma relação de proximidade com o doente e família; a redução da ansiedade do doente por contactar com um profissional diferenciado; observação imediata do doente em perigo de vida e capacidade de re-triagem, caso necessário.

Da leitura/bibliografia consultada e com base na minha experiência na passagem pela sala de triagem, analiso que esta primeira etapa traduz muitas vezes o resultado para o cliente. Daí que, é um momento que requer muita perícia no sentido de ter uma visão abrangente do que se passa com a pessoa, de modo a despistar os focos de instabilidade, para intervir em tempo útil e de forma adequada.

Durante o estágio, realizei uma reflexão crítica sobre esta temática, pela necessidade de aprofundar conhecimentos e efetuar uma análise/confronto entre o que

verifiquei na prática e o que refere a bibliografia, contribuindo para um processo de ensino aprendizagem refletido. Deixo alguns excertos da reflexão: (...) o sistema de triagem de Manchester, apesar de complexo ...garante a uniformidade de critérios ao longo do tempo entre as diversas equipas de serviço...muitos dos clientes que recorriam ao SU eram com problemas pouco urgentes, sendo triados com cor verde.

Tive a oportunidade de acompanhar o percurso de um cliente, que reunia condições (sintomatologia: diminuição da força muscular de início súbito e desvio da comissura labial) para a ativação da via verde do Acidente Vascular cerebral (AVC), com recurso ao discriminador - indisposição no adulto, na triagem de Manchester. Observei que o sistema de triagem se encontra muito bem estruturado, apesar de inicialmente ter pensado que o discriminador na triagem relativamente à via verde do AVC, poderia ser mais específico. Contudo, refleti posteriormente que este sistema contempla apenas uma avaliação com base na sintomatologia aquando da abordagem, pelo que não define diagnósticos.

No caso em questão desta via verde, tive a possibilidade de colaborar ativamente na prestação de cuidados, desde a ativação da via verde do AVC na triagem, acompanhamento para a sala zero/ de emergência, avaliação e colheita da história clínica, monitorização e respetiva interpretação, assim como colocação de acesso venoso periférico. Seguidamente, foi realizado uma tomografia computadorizada a nível cerebral e decidido o tratamento a instituir, pelo que o cliente foi alvo de transporte intra-hospitalar para a unidade de AVC, para trombólise, pois reunia critérios para este procedimento, nomeadamente idade inferior a 80 anos, início de sintomas há menos de 3 horas e sem dependência prévia, conforme recomendações da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007). Segundo Pinto (2016), o tratamento é tanto mais eficaz quanto mais rapidamente for instituído, e no caso de um evento isquémico, é ponderada uma trombólise, ou seja, destruição do coágulo/trombo por meio farmacológico.

No transporte intra-hospitalar, promovi a segurança com o planeamento e organização do material com base nas recomendações sobre o transporte, especificamente avaliei o doente e as suas necessidades, bem como da família; identifiquei focos de instabilidade e procurei a sua estabilização antes do TIH, e assim preveni possíveis complicações inerentes ao transporte; informei e articulei com a equipa do serviço destinatário; coloquei a maca baixa, com grades elevadas, o que considero uma experiência promotora do desenvolvimento de competências especializadas.

Constato, que o facto de avaliar e acompanhar o cliente da via verde do AVC, foi uma mais-valia, pois promoveu a perceção da dinâmica e pertinência deste protocolo de

atuação, de modo a assegurar uma resposta atempada, indo de encontro ao Regulamento nº 124/2011, que refere que o enfermeiro especialista presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Durante o estágio constatei que, uma das problemáticas do SU é a afluência de clientes com situações pouco urgentes e/ ou de doença crónica, pelo que enquanto estudante de especialidade, nas situações de triagem não urgente ou em situações de doença crónicas, dialoguei e informei a população para esta problemática, orientando e referenciando para os recursos disponíveis na comunidade. Observei que alguns clientes possuíam conhecimento dos recursos existentes, porém não aderiam, pelo que procurei determinar o motivo da não adesão, de modo a encontrar estratégias promotoras da adesão aos recursos da comunidade. A minha intervenção teve como principal objetivo contribuir para que as situações urgentes sejam asseguradas em tempo útil, com recurso a cuidados qualificados, o que por vezes não acontece pela falta de recursos humanos e também pelo cansaço da equipa face à afluência de clientes no SU.

Relativamente à gestão de “administração de protocolos terapêuticos complexos” os protocolos das Vias Verde despertaram-me interesse ao longo deste estágio, pois são talvez os melhores exemplos de como a existência de protocolos de atuação podem diminuir a morbilidade e a mortalidade devido a atrasos no diagnóstico e no tratamento. A CRRNEU (2012) refere que, para as Vias Verdes serem mais eficazes é crucial que estas sejam ativadas no local do evento, sendo o cliente encaminhado para o local mais apropriado, evitando perdas de tempo nos SU.

O SU do HNM contempla quatro vias verdes: trauma, acidente vascular cerebral, coronária e sépsis. Tive apenas a oportunidade de acompanhar e colaborar na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica no âmbito da via verde do AVC e do trauma.

No que concerne a via verde do trauma, importa referir que, o SU do HNM cumpre o requisito da Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 2010, o qual refere que todas as Unidades de Saúde com SU devem implementar a norma de organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado, e que se baseiam em cinco requisitos fundamentais: critérios de ativação da equipa de trauma; existência de uma equipa de trauma organizada, com coordenador definido; registos; avaliação primária e avaliação secundária.

No SU do HNM, a ativação da via verde do trauma habitualmente é referenciada pelo pré-hospitalar. Está associada ao fluxograma grande traumatismo, do sistema de

triagem de Manchester e implica a existência de um dos vários critérios pré-definidos, entre os quais, mecanismos da lesão, alteração dos sinais vitais e estado de consciência.

De acordo com a Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 2010, em trauma, a intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados, pelo que é imperativo a implementação de medidas que permitam a sua rápida identificação e instituição de terapêutica adequada em tempo útil.

A realização da avaliação primária e estabilização inicial do doente deve ter uma duração inferior a vinte minutos. Este período de tempo exige ações bem coordenadas e, cada elemento da equipa deve ter objetivos claros e responsabilidades bem definidas, possibilitando uma maior rapidez na identificação e correção dos problemas encontrados. A sequência "ABDCE" do *American College of Surgeons* é a metodologia aceite e recomendada no nosso País: A – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; B – Ventilação e oxigenação; C – Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia; D – Disfunção Neurológica; E – Exposição (Avaliação do Hábito Externo), evitando a hipotermia, segundo a Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 2010.

A Administração Regional de Saúde do Norte (2009), menciona que após a fase da reanimação e da avaliação primária do doente traumatizado grave, deve iniciar-se o processo de avaliação secundária (realizada na primeira hora), céfalo-caudal, incluindo áreas facilmente esquecidas: escalpe, crânio, pescoço, dorso e períneo. Durante este período, são também executados uma série de procedimentos e atitudes complementares de diagnóstico e terapêutica.

No âmbito desta via verde do trauma, todas as situações que vivenciei foram sinalizadas pelo pré-hospitalar. O cliente chegava ao SU e era logo encaminhado à sala de emergência. Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a organização dos elementos na sala de emergência, sendo o observável no SU do HNM. Cada enfermeiro encontra-se associado a um "posto": A- via aérea/ventilação/respiração, em que o enfermeiro colabora nos procedimentos invasivos que garantam a proteção da via aérea; B- circulação, cabe ao enfermeiro o despiste de possíveis sinais de hemorragia, garante acessos venosos, e colhe sangue para análise; C- circulante, possui como função os registos, assegura o fornecimento de material necessário, zela pelo espólio e valores e presta esclarecimentos aos familiares/acompanhante.

Na qualidade de estudante da especialidade, acompanhei o meu tutor e tive oportunidade de prestar cuidados a quatro vítimas de trauma, nomeadamente pessoas com trauma crânio-encefálico e vertebro-medular, sendo que um caso foi um jovem de 15 anos

que chegou a fazer paragem cardiopulmonar na sala zero, sendo uma experiência marcante que exigiu por parte da equipa envolvida um grande trabalho de coordenação, organização e sistematização da abordagem.

Colaborei ativamente nos cuidados de enfermagem na situação de Paragem Cardiopulmonar (PCR), do jovem de 15 anos, nomeadamente os inerentes ao Suporte Básico de Vida (SBV) e ao SAV; auxiliiei na intubação endotraqueal, programei os parâmetros do ventilador; interpretei a monitorização cardíaca; garanti a administração de fármacos e ainda assegurei cuidados pós reanimação, o que contribuiu para a aquisição de competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica. A prestação de cuidados com esta complexidade, pressupõe uma atualização constante, por parte de toda a equipa. Assim, a ocorrência desta situação serviu de mote para que relembrasse aos vários colegas, envolvidos na reanimação, as novas recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação de 2015.

Após uma análise e reflexão das experiências vivenciadas, não posso deixar de salientar, que a presença do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na sala zero foi notoriamente uma mais-valia para a atuação da equipa, pela sua intervenção na gestão dos cuidados e definição de prioridades, tendo por base os conhecimentos aprofundados e especializados. Esta conduta, repercute-se no *outcome* do doente, o que atualmente já é reconhecido por toda a equipa de enfermagem, bem como médica.

Neste sentido o Conselho Europeu de Ressuscitação (2015), defende que o papel do enfermeiro na equipa, em contexto da sala zero, envolve conhecimentos e habilidades a vários níveis nomeadamente em SAV, e quando é aplicável a utilização de desfibrilhação.

No âmbito do atendimento à vítima de trauma, tendo por base uma visão holística, antecipei os possíveis focos de instabilidade e eventuais complicações, cujo foco podia sair do âmbito do referido protocolo (via verde do trauma). Assim, avaliei e monitorizei a adequação das respostas aos problemas identificados e garanti também o acompanhamento do cliente à realização de exames e posterior encaminhamento, de forma segura com estabilização clínica. O enfermeiro possui ainda um importante papel no âmbito da comunicação com o cliente, pelo que procurei tranquilizar e explicar todos os procedimentos envolventes, bem como proporcionei a presença de familiares. Pois, a família/ pessoa significativa vivencia momentos de *stress* e de angústia, daí que procurei gerir a informação dada à família e prestar o apoio necessário, mostrando disponibilidade para esclarecer dúvidas, de modo a promover as suas estratégias de *coping* familiar.

Ainda, relativamente às vias verdes, observei que estas assumem-se como uma “espécie” de circuito de encaminhamento, visando a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbidade de uma abordagem estruturada e precoce, como é o caso da pessoa em situação crítica que necessita de cuidados altamente qualificados. Realço que os protocolos de atuação das vias verdes, são muito eficazes na redução dos custos em saúde, bem como para melhorar o *outcome* dos clientes acometidos por estas situações específicas, de modo a garantir a sua sobrevivência, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total e a promoção da sua qualidade de vida.

As experiências vivenciadas foram muito enriquecedoras, onde tive a oportunidade de mobilizar conhecimentos teóricos e realizar diversos procedimentos, desde a reanimação, às técnicas de imobilização, transferência, com momentos de avaliação primária e secundária. Estas experiências foram promotoras do desenvolvimento das unidades de competência, abrangidas pela competência cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, do Regulamento nº 124/2011.

Ainda neste estágio, tive a oportunidade de desenvolver aprendizagens durante um turno nas áreas da sala de tratamentos, recuperação e de cirurgia. Todavia, foi na sala zero, na SO e na SCE que tive mais oportunidades de cuidar de pessoas em situação crítica, no entanto, por vezes os doentes destas áreas eram transferidos para a SO e para a SCE ou mesmo para a sala zero, por agravamento da sua situação, pois o ambiente é menos controlado e a falta de recursos materiais (sem dispositivos de monitorização) para o despiste de focos de instabilidade levam a uma deteção mais tardia.

Na SO e SCE, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com diversos problemas desde o foro cardíaco, neuro-traumatológico, gastrointestinal, psiquiátricos entre outros, humanizando ao máximo o meu atendimento e promovendo uma relação de ajuda durante a implementação dos cuidados. Foi necessário priorizar os cuidados com base nos focos de instabilidade dos vários doentes, promovendo uma intervenção precoce e adequada, contribuindo para melhorar significativamente o prognóstico.

Importa mencionar, que o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na vertente da enfermagem à pessoa em situação crítica, gere as perturbações emocionais decorrentes da situação, pelo que promove o bem-estar do doente, garantindo o acompanhamento dos mesmos pelos seus familiares. O regime de visitas em SCE e SO, é mediado de acordo com a situação e é da responsabilidade do enfermeiro do turno. Deste modo, o horário das visitas

foi flexível e aquando da sua chegada, procurei acolher em condições adequadas, com a finalidade de prestar algumas informações, pois esta é uma das competências do enfermeiro especialista, nomeadamente o mobilizar conhecimentos para ajudar a pessoa e respetiva família a gerir os seus recursos por forma a superar a crise que envolve medos e ansiedades, conforme o Regulamento nº. 124/ 2011. Este regulamento, recomenda ainda, que numa situação de urgência/ emergência, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos sobre técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação e adaptar a mesma à complexidade do estado de saúde do doente.

Na SCE, uma das situações que me permitiu mobilizar conhecimentos para ajudar a pessoa a gerir os seus recursos por forma a superar os seus medos e ansiedades, foi a de um cliente submetido a cardioversão química por fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, na qual a cliente estava consciente e referia que estava com o “coração a saltar” e que iria morrer, apresentando uma FC na ordem dos 230 batimentos por minuto. Para Urden (2008), esta disritmia define-se como um taquicardia supraventricular com ativação elétrica não sinusal e descoordenada, levando a uma deterioração rápida da função mecânica auricular.

Admiti a cliente na SCE, comuniquei e informei de uma forma objetiva e de fácil perceção o procedimento a realizar solicitando o seu consentimento informado, escutei ativamente os medos, tranquilizei e simultaneamente monitorizei-a e cateterizei acesso venoso periférico. A doente foi submetida a tratamento médico - cardioversão química, com a administração de um fármaco - a adenosina, envolvendo cuidados específicos neste procedimento, pois este anti disrítico quando administrado em bólus de seis miligramas atrasa a condução do estímulo elétrico das aurículas para o nódulo auriculoventricular, bloqueando-o de forma transitória, pela semivida ser muito curta. Tal como recomendado, administrei o fármaco num acesso venoso o mais perto possível do coração para que o atinga o mais rapidamente possível antes de ser metabolizado, observando a resposta e tolerância da cliente, através da interpretação eletrocardiográfica. O objetivo deste tratamento farmacológico é restabelecer e manter o ritmo sinusal, diminuir a resposta ventricular rápida e prevenir o risco de eventos tromboembólicos (Urden, 2008).

Garanti a segurança do cliente com recurso à vigilância/ monitorização no pré, durante e após procedimento, tendo em conta os cuidados específicos a ter e as medidas promotoras para evitar as complicações. Foi notório os ganhos observáveis na doente pela sua estabilização clínica, a qual após uma hora da instituição dos cuidados referia bem-estar atual, tendo tido alta clínica. A oportunidade de cuidar deste cliente foi enriquecedora no

meu processo de aprendizagem, pois permitiu-me colocar em prática os conhecimentos adquiridos e consolidá-los.

Ainda de acordo com o Regulamento nº 124/ 2011, o enfermeiro especialista faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as suas respostas. Encaro a dor do cliente como um foco de grande relevância em contexto do SU. A própria triagem de Manchester contempla diversos discriminadores relacionados com as queixas algícas (dor, dor que irradia para o ombro, dor pré - cordial, dor pleurítica, dor nas articulações em movimento, dor moderada, dor severa, entre outros). Em muitos dos fluxogramas, o enfermeiro tem que obrigatoriamente avaliar a dor para progredir nos discriminadores e determinar o mais adequado. Assim, o discriminador – dor, tem uma grande influência na definição do grau de prioridade na prestação de cuidados.

Ao longo dos turnos, observei que a avaliação da dor é uma preocupação dos enfermeiros, pelo que tentavam obter informação sobre as características da dor e monitorizavam-na com recurso aos instrumentos de avaliação. Segundo Batalha (2016), uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não descrição e quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos.

Ao longo do estágio, a abordagem do doente com dor foi uma das minhas prioridades, avaliar e controlar a dor nem sempre é fácil, tornando-se uma atividade que requer conhecimento, experiência e sensibilidade. Como tal, desenvolvi uma reflexão crítica sobre um caso clínico ocorrido na sala zero, o qual passo a colocar alguns excertos.

(...) Cliente com uma fratura exposta do antebraço esquerdo – rádio e cúbito por esmagamento do membro... chegou à sala zero com imobilização da fratura, em plano duro e com a hemorragia controlada com recurso a compressão local e um garrote. A Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) informou que o cliente estava com dor nível 10, tendo já sido administrado morfina 1%, tendo sido pouco eficaz ...doente ainda referia dor de intensidade 8, evidenciando alterações dos sinais vitais, especificamente no pulso e frequência respiratória, ... promoveu-se ao conforto da pessoa, proporcionando o alívio da dor através das medidas não farmacológicas - técnica de imobilização (que limita e restringe os movimentos de forma a manter o alinhamento apropriado) tal como recomendado no guia de boas práticas para a dor...e abordamos a especialidade médica de Anestesiologia, de modo a implementar outras medidas farmacológicas ...foi prescrito bólus de morfina... todavia doente continuava a referir dor nível 8, com labilidade emocional, chegando a verbalizar que estava em choque, pelo que sugerimos à administração da Cetamina, a qual foi administrada, tendo-se verificado uma melhoria significativa no cliente.

Considero que a intervenção, na situação supracitada, foi especializada no sentido em que além de outros cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua com reavaliações frequentes, no que diz respeito essencialmente às competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, foi feita uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as respostas. Realizei a avaliação adequada da dor de acordo com a escala recomendada pela Circular Normativa nº 09/DGCG de 2003 – Escala Numérica, procedi ainda à avaliação do impacto da dor; monitorizei a dor e avaliei a evolução; procurei determinar obstáculos ao controlo da dor relacionados com o cliente; procedi à administração de analgésicos; geri a analgesia, além de providenciar medidas não farmacológicas, desde a escuta, à imobilização, entre outras.

Como pode-se contatar, o SU é um ambiente específico de cuidados onde grande parte das situações de doença são complexas e a vida da pessoa poderá estar em risco, pelo que as necessidades fisiológicas não devem se sobrepor às restantes. Enquanto estudante de especialidade atendi não só ao bem-estar físico, mas também ao psicológico, social e espiritual. Assim sendo, geri a relação terapêutica com o doente e família, escutei, instruí, tranquilizei e informei de acordo com as necessidades e de acordo com o que pretendiam saber, de forma a reduzir o impacto negativo da situação de doença crítica no doente e na família e desenvolvi competências na gestão da perturbação emocional, ansiedade e dos medos vividos pela pessoa em situação crítica.

Abordando ainda a competência do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença, surge os cuidados no transporte de uma pessoa crítica, por ser um momento de grande complexidade, na qual é preconizado um conjunto de intervenções para uma boa prática no sentido de garantir a segurança do doente e equipa, durante o transporte. Nesta linha de ideias a OM e a SPCI formulou e publicou em 2008 algumas recomendações para o transporte do doente crítico.

De acordo com a OM e a SPCI (2008), o transporte destes doentes envolve riscos importantes, mas poderá ser necessário a transferência para outro serviço, se lá for proporcionado um nível de cuidados superior, ou então para a realização de exames complementares de diagnóstico que sejam indispensáveis. O transporte é sempre ponderado de acordo com o risco/benefício e deverá ser estruturado em três fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão é da responsabilidade médica e envolve a ponderação de fatores como a estabilidade hemodinâmica, lesões específicas, entre outros. Para o planeamento, é necessário prever as distâncias, tempo de transporte, gastos de medicação, baterias dos equipamentos, equipa para o transporte, disponibilidade do serviço recetor, acidentes que

podem acontecer, material suplente. A fase da efetivação corresponde ao transporte propriamente dito. A equipa que acompanha é constituída habitualmente por um enfermeiro e um médico, consoante a estabilidade hemodinâmica do doente e respetivas necessidades.

Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar no transporte intra-hospitalar do doente crítico, nomeadamente desde a sala zero até ao serviço de imagiologia, bloco operatório e UCIP. Afirmando que foram mobilizados diversos recursos, tanto humanos como materiais, consoante a complexidade de cuidados exigida. Contudo, detetei a falta de uma mala de transporte, essencialmente para os fármacos, pelo que dialoguei com o enfermeiro tutor e chefe do serviço sobre as possíveis estratégias a implementar para colmatar esta necessidade e a possibilidade de aquisição, com recetividade dos mesmos.

Ainda na vertente do transporte do doente crítico, procurei relembrar aos colegas do SU a importância das recomendações da OM e a SPCI, durante o planeamento e efetivação dos transportes, tendo em conta os recursos disponíveis no momento. Reflito que os transportes foram efetuados em condições de segurança, com estabilização clínica do doente e com um planeamento adequado, o que possibilitou a previsão da necessidade de cuidados e de medicação durante o transporte. Organizei todo o material, apesar de não ser nas melhores condições pela falta de recursos materiais.

Posto isto, saliento que todas estas situações vivenciadas/experienciadas descritas, contribuíram para a aquisição da competência: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, bem como das suas unidades de competência: presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando as respostas; assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação; gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e por fim gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

### 2.1.2. No contexto de cuidados intensivos - Estágio II

A Medicina Intensiva desenvolveu-se exponencialmente nas últimas décadas, pois novos conhecimentos surgiram na área da fisiologia, patologia e terapêutica, bem como diversos progressos tecnológicos potenciaram a capacidade de diagnóstico, prevenção, tratamento e cura de doenças que até há bem pouco tempo eram fatais (MS, 2013).

Embora qualquer hospitalização seja geradora de *stress*, a experiência de internamento no contexto de cuidados intensivos constitui um desafio particular. Esta situação confronta o cliente e a sua família com aspetos que ultrapassam aqueles diretamente relacionados com a doença. Os enfermeiros desempenham, então, um papel único na satisfação das necessidades do cliente e da sua família num ambiente complexo como o das unidades de cuidados intensivos (Knapp & Sole, 2013).

Nesta linha de pensamento Castellan, Sluga, Spina e Sanson (2015), afirmam que os enfermeiros que cuidam de doentes críticos lidam especificamente com as respostas humanas a problemas ameaçadores da vida, de modo a assegurar que os clientes e as suas famílias recebem cuidados ótimos, numa altura das suas vidas em que se encontram particularmente frágeis. Os doentes críticos requerem avaliações contínuas e complexas, uma grande intensidade de intervenções e vigilância interrupta. Assim sendo, segundo a *American Association of Critical-Care Nurses*, citada por Castellan et al. (2015), os enfermeiros que trabalham nestes contextos devem ter um vasto corpo de conhecimentos e perícia técnica, e competências apuradas no raciocínio clínico e na tomada de decisão.

A prática clínica II decorreu no período compreendido de 11 de julho a 09 de agosto de 2017 e foi realizada no contexto de UCIP do SESARAM. Teve uma duração de 140 horas de contato (130 horas de Estágio e 10h de Orientação Tutorial) e ainda 110 h de tempo individual do estudante.

Fazendo uma breve apresentação desta UCIP, importa referir que, tem como missão melhorar o bem-estar e saúde dos doentes em estado crítico através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência, promoção da investigação básica e clínica e formação de médicos e enfermeiros. A UCIP assume a assistência ao doente crítico, recebendo doentes oriundos do SU, bloco operatório e por transferência dos outros serviços do hospital, encontrando-se vocacionado para o tratamento do doente crítico, com patologia potencialmente reversível, de origem médica, cirúrgica ou traumatológica.

A UCIP do HNM, denominado SMI (Serviço de Medicina Intensiva), atendendo à classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, enquadra-se no Nível III, possuindo um quadro próprio médico e de enfermagem; acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; dispõe e implementa medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Direção de Serviços de Planeamento & DGS, 2003 & Coutinho et al., 2016).

De acordo com a Direção de Serviços de Planeamento e a DGS (2003), nas UCIP de nível III é preconizado a presença física de um médico qualificado nas 24 horas e de um

enfermeiro com treino específico por cada duas camas nas 24 horas. Todavia a *European Society of Intensive Care Medicine* em 2011, elaborou novas recomendações estruturais e de organização básicas para as UCIP's (Ferdinande & Valenti, 2011), onde é recomendado que o rácio enfermeiro/ doente seja determinado consoante o nível de cuidados de cada doente (LOC - *Level of Care*).

Também, a OE criou o Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro, onde elucida as normas para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem e recomenda que nas UCIP de Nível III, o rácio enfermeiro/doente seja de um enfermeiro para cada doente.

Este serviço é composto por duas unidades, possuindo uma capacidade de onze camas. A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1, situada no andar técnico possui a lotação de sete camas e um isolamento, enquanto a UCIP 2, localizada no primeiro piso possui capacidade para três camas. O SMI com base em dados estatísticos admite anualmente uma média de quinhentos doentes, essencialmente com patologias cardiovasculares, respiratórias e neurológicas. Possui a responsabilidade do doente crítico no intra-hospitalar, estando presente na sala de emergência sempre que solicitado, assumindo identicamente a emergência intra-hospitalar.

A equipa é constituída por médicos intensivistas e por quarenta e oito enfermeiros, dezasseis com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, havendo também cinco especialistas em reabilitação e um em saúde mental.

Intrínsecos aos avanços científicos e tecnológicos no âmbito da saúde, surgem novos desafios para os profissionais, pelo que se preconiza uma prática baseada na evidência, de modo a despistar e intervir nos focos de instabilidade do cliente, prevenindo possíveis complicações. Ao longo do estágio esta premissa esteve sempre presente, tendo como primeira instância a observação/ avaliação clínica do cliente e depois a análise dos dados facultados pela monitorização.

Pela instabilidade hemodinâmica dos clientes internados na UCIP, verifiquei uma elevada incidência de PCR, pelo que é fundamental que os enfermeiros estejam capacitados para prestar cuidados no âmbito do SAV, bem como possuir conhecimentos sobre os cuidados após PCR, no sentido de melhorar o prognóstico e sobrevida do cliente. Saliento que, muitas das admissões neste serviço são de doentes que sofreram PCR, daí a pertinência de abordar esta temática, pois ao longo do estágio prestei cuidados de alta complexidade, tendo em atenção os órgãos em falência ou risco de falência, de modo a evitar, controlar ou tratar as lesões secundárias que poderiam surgir e para os quais foram necessários meios de monitorização e terapêutica avançados.

Segundo Paulino, Abreu et al. (2011), apesar de nos últimos anos haver novos conhecimentos no suporte básico de vida e suporte avançado, a mortalidade e as sequelas neurológicas após a recuperação da circulação espontânea (RCE) continuam a ser elevadas, podendo comprometer gravemente a qualidade de vida a longo prazo. Ainda de acordo com os mesmos autores, a sobrevida, em casos de PCR intra-hospitalar, não ultrapassa os 20% e esta taxa diminui no caso de PCR no extra-hospitalar, para menos de metade. Como tal, surgem recomendações da *American Heart Association* (2015), para que os cuidados após RCE sejam implementados e uniformizados, com base nas últimas evidências científicas. Os cuidados após RCE, com base nas últimas evidências científicas, têm como grande foco a gestão da temperatura alvo, a qual passo a mencionar.

A *American Heart Association* (2015), quanto à gestão da temperatura alvo na encefalopatia anóxica-isquémica pós paragem cardíaca, recomenda que todos os doentes adultos em coma persistente depois de RCE, devem ser submetidos ao controlo direcionado da temperatura, tendo como temperatura alvo 32 a 36 graus, mantida constante durante pelo menos 24 h. Pois, esta conduta terapêutica tem revelado ter um efeito protetor sobre os sistemas neurológico e cardíaco, com melhoria da sobrevida e redução das sequelas neurológicas em doentes vítimas de PCR.

Indo de encontro à evidência científica, o SMI formulou um protocolo para a gestão da temperatura alvo na encefalopatia anóxica-isquémica pós paragem cardíaca. No estágio no SMI, senti que cuidar dos clientes que foram submetidos aos cuidados preconizados no protocolo suprarreferido, torna-se um verdadeiro desafio, pois é fundamental uma vigilância constante e uma gestão apertada das medidas de arrefecimento e de aquecimento. Além disto, torna-se pertinente manter uma avaliação contínua particularmente da tensão arterial, traçado cardíaco, controlo bioquímico da glicémia, potássio e magnésio, entre outros, para despistar possíveis complicações que podem surgir inerentes a este protocolo terapêutico complexo.

De facto, os protocolos terapêuticos complexos proporcionam orientação e autonomia, mas simultaneamente grande responsabilidade ao profissional que o aplica. Segundo Nunes (2015b), os protocolos são interpretados como uma prescrição diferida no tempo, cabe aos enfermeiros ajuizar a sua aplicação em cada caso concreto e geri-los. Já de acordo com Fernandes (2010), os protocolos terapêuticos têm diversas vantagens pois facilitam a tomada de decisão, minimizam a incerteza e reduzem a variabilidade da prática clínica e diminuem o risco para o doente. Todavia, o enfermeiro especialista possui

competência para despistar possíveis complicações resultantes da sua implementação, adotando medidas corretivas e preventivas das mesmas em tempo útil.

No SMI do HNM, existem diversos protocolos terapêuticos complexos elaborados pelos profissionais deste serviço, tal como o protocolo de administração de noradrenalina, protocolo de monitorização de potássio sérico, protocolo de monitorização da glicémia e administração de insulina *Atrapid*®, nutrição entérica, entre outros, os quais utilizei diariamente na prestação de cuidados, fazendo a sua gestão.

Para sustentar a aplicabilidade dos protocolos, é efetuada de 4/4h uma gasometria arterial pelo enfermeiro responsável, com a finalidade de após respetiva interpretação, adequar os cuidados e protocolos. Com recurso aos protocolos, pude ainda proceder a ajustes terapêuticos e no caso de identificação de instabilidade do ponto de vista ventilatório, discuti com equipa médica a necessidade de ajustar/rever os parâmetros ventilatórios, isto no caso de ventilação mecânica, bem como na ventilação não invasiva.

Ainda neste estágio, tive oportunidade de aprofundar conhecimentos e de desenvolver competências na área da ventilação invasiva e não invasiva. Rello, Lode, Cornaglia e Masterton (2010), referem que os enfermeiros necessitam de ter conhecimentos acerca da funcionalidade dos ventiladores e flexibilidade da sua utilização, bem como têm de deter conhecimento sobre quais as suas limitações na realização da ventilação.

Assim, na prestação de cuidados inerentes à ventilação invasiva, procurei tal como noutras áreas de intervenção, sustentar a minha prática baseada nas últimas evidências científicas, de forma a prevenir a Pneumonia Associada à Intubação (PAI), tema que abordarei no capítulo referente à competência: maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção.

Prestei cuidados a diversos doentes submetidos a ventilação invasiva, conhecendo os diversos modos ventilatórios, e intervim na prevenção de complicações inerentes. Monitorizei e avaliei adequadamente os parâmetros ventilatórios à situação específica do doente, confrontando com a avaliação gasométrica, para avaliar a eficácia das trocas gasosas.

Um aspeto importante associado à ventilação invasiva e diretamente interligado com um nível de sedação ligeiro, é a comunicação com o doente que apresenta tubo endotraqueal, pois a interação encontra-se comprometida. Nestas situações, foi necessário desenvolver estratégias de comunicação, tendo procurado promover um cuidado humanizado com uma comunicação efetiva, com base numa relação terapêutica.

Sendo assim, para minimizar o impacto negativo que as dificuldades na comunicação causam ao cliente ventilado, na minha prática informei o motivo pelo qual o

doente não conseguia comunicar verbalmente, incentivei, instruí e promovi técnicas de comunicação não-verbal, nomeadamente com o recurso ao quadro de letras existente neste serviço, bem como o recurso a mímica facial, gestual e às estratégias de *feedback*, especificamente os códigos não-verbais. Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competência, gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica.

Durante a realização do estágio na UCIP do HNM, face aos doentes a quem prestei cuidados, realizei um estudo de caso sobre um doente acometido de choque séptico. A metodologia de estudo de caso, segundo Grilo e Mendes (2012), consiste numa estratégia empírica para compreender um fenómeno inserido no seu contexto real. Assume-se, como uma estratégia específica que se destina a descrever, compreender e explicar um fenómeno, com fundamento científico. Durante o período em que cuidei deste doente, estabeleci um plano de cuidados com identificação de diagnósticos, planeamento de intervenções, implementação de cuidados e posterior avaliação dos resultados, de forma a garantir a excelência dos cuidados prestados.

Assim sendo, com a realização deste estudo de caso ao doente em choque séptico pude aprofundar e desenvolver conhecimentos, assim como desenvolver competências na monitorização invasiva e colocá-los em prática em diversos domínios, desde os cuidados com o cateter de *Pulse-induced Contour Cardiac Output* (PiCCO®), cuidados na determinação da pressão venoso central (PVC), cuidados com a linha arterial, entre muitos outros, o que contribuíram para o desenvolvimento da competência cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, assumindo-se como experiências enriquecedoras neste percurso de aprendizagem. Desenvolvi identicamente competências na avaliação e interpretação da: pressão arterial invasiva, pressão venosa central, traçado eletrocardiográfico, pressão intracraniana e gasometrias, para uma prestação de cuidados segura e de qualidade, antecipando e prevenindo complicações.

No estágio na UCIP, tinha como pretensão acompanhar a equipa de emergência intra-hospitalar, bem como realizar o transporte intra-hospitalar do doente crítico, de modo a observar, avaliar, colaborar e desenvolver competências nestas dimensões do cuidar. Todavia, no período de estágio não houve essa oportunidade, pelo que apenas aprofundei conhecimentos nesta área e conheci os protocolos/ fluxogramas de atuação existentes no serviço. Dialoguei também com a equipa destacada de modo a conhecer as suas vivências e perceber as suas experiências, considerando que estes momentos foram pertinentes pela troca de saberes provenientes da experiência prática.

Face ao descrito, considero que estas atividades desenvolvidas subsidiaram o desenvolvimento das unidades de competências: presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e gere a administração de protocolos terapêuticos complexos, descritas no Regulamento nº 124/2011.

Ao longo da prática nos cuidados intensivos, também desenvolvi atividades/intervenções no sentido do desenvolvimento da unidade de competência assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, e a unidade de competência gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, emanadas no Regulamento acima referenciado.

Neste sentido, as intervenções implementadas foram na promoção da potencialidade da família, para desenvolver estratégias de *coping* que permitissem se ajustar às mudanças provenientes de uma doença de um dos membros da família, facilitando também a capacitação em assumir novos papéis. A família pode experienciar a fragilidade, uma vez que se sente desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que poderá despoletar diferentes tipos de necessidades, podendo esta experiência constituir um evento traumático, do qual poderá resultar uma crise acidental (Pardavila Belio & Vivar, 2011). Pois, considerando a existência de incertezas quanto ao prognóstico e perante a forte possibilidade de o doente falecer, esta é então uma situação de crise emocional que rompe o equilíbrio e as rotinas familiares (Martins, Martinho, Carvalho, Fernandes & Barbieri-Figueiredo, 2012).

Tendo por base as ideias de Hanson et al. (2005), competiu-me determinar o efeito da hospitalização na família e colmatar as suas necessidades, desenvolvendo uma relação empática. Torna-se essencial, que o profissional de saúde, e particularmente o enfermeiro, tenha uma perspetiva do futuro no que diz respeito à reestruturação de papéis no seio familiar, de modo a poder acompanhar as alterações que esta vai sofrer no processo saúde/doença (Silva, 2009).

Relativamente a esta temática Saiote e Mendes (2011), realizaram um estudo, concluindo que os enfermeiros no contexto de cuidados intensivos desvalorizam as necessidades da família relativas à comunicação, posicionando a comunicação como uma área não prioritária, privilegiando as atividades tecnicistas. Os profissionais alvo deste estudo referiam lacunas na comunicação, que se devem essencialmente à falta de tempo e ao excesso de trabalho. Todavia, reconheceram que a comunicação e a partilha de informação são o pilar da prática de enfermagem, quer no trabalho com a equipa de saúde, quer com os

doentes e seus familiares, sendo a mesma que assegura a continuidade dos cuidados, bem como a qualidade da prestação de cuidados.

Segundo Brito et al. (2014), a comunicação é um instrumento basilar nos cuidados de enfermagem, servindo de porta de entrada para a informação, para o conhecimento e para a satisfação das necessidades do doente/família. Torna-se então crucial a valorização da comunicação, enquanto humanização dos cuidados, em detrimento do tecnicismo. De acordo com a *Consejería de Sanidad* (2016), a promoção da humanização nas UCIP engloba diversas áreas de intervenção, desde a unidade com portas abertas, a presença e a participação dos familiares em UCIP, o bem-estar do doente, a comunicação, entre outras.

Ao longo do estágio, procurei desenvolver com o cliente e família uma relação terapêutica empática, consultei os protocolos de acolhimento do cliente e da família nesta UCIP, efetuei o acolhimento e entreguei/expliquei a informação contida no guia de acolhimento na primeira abordagem, de modo a que as admissões essencialmente dos familiares/ pessoas significativas fossem efetuadas após determinar os seus conhecimentos, necessidades funcionais e emocionais. Pois, só assim consegui fazer a receção à unidade em segurança, num ambiente adequado, uma vez que esta vivência constitui um verdadeiro confronto, podendo desencadear sentimentos de angústia e momentos de *stress*, se não houver uma preparação prévia.

Outra das ações desenvolvidas foi demonstrar disponibilidade para esclarecer sobre medos ou inseguranças, bem como desmistificar mitos, pelo que procurei escutar, tranquilizar e assistir a família nas suas perturbações decorrentes da situação de doença que se traduz em diversas mudanças familiares, tendo em conta o seu nível sociocultural. Procurei também respeitar os desejos do cliente, quando podiam manifestá-los, ou então atender às vontades da família, nomeadamente os rituais religiosos, pelo que observava algum conforto na família. Recordo uma situação específica, em que a esposa do cliente solicitou apoio espiritual, e demosramos recetividade e proporcionamos o mesmo. Após, a familiar transmitiu que a nossa disponibilidade perante o seu pedido, contribuíram significativamente para o seu conforto, dando-lhe tranquilidade e concomitantemente contribuiu para uma melhor aceitação da situação.

No que se refere à transmissão de más notícias, assisti e apoiei a família no processo de luto, através da promoção da privacidade, respeitando o silêncio e dando tempo e espaço para aceitação da situação. Esta comunicação pela sua complexidade exigia que fosse efetuada em ambiente calmo, assim, procurava um gabinete disponível para poder comunicar

com privacidade e simultaneamente para que pudessem expressar os seus sentimentos/emoções.

Esta conduta de proporcionar a privacidade para a família se expressar, insere-se na humanização dos cuidados. Outro aspeto pertencente à humanização, nesta unidade, é o fato da equipa de enfermagem ser flexível ao horário das visitas (16-21h). Até porque, segundo a revisão de literatura realizada por Errasti-Ibarrondo e Tricas-Sauras (2012), acerca dos benefícios de um horário de visitas alargado, evidenciou que melhora a satisfação dos familiares; reduz o *stress* e a ansiedade; favorece a satisfação das necessidades da família; e favorece a colaboração dos familiares em alguns cuidados e as oportunidades para realização de ensinamentos sobre cuidados que serão necessários após a alta.

Já a *Consejería de Sanidad* (2016), no âmbito da participação da família nos cuidados, refere que tem benefícios no doente e nos familiares, pois promove a aproximação e comunicação entre os intervenientes, reduzindo o *stress*, isto quando as condições clínicas e físicas o permitem, sempre sob supervisão dos profissionais de saúde. Desde que reunidas as condições para que tal seja possível, de acordo com a minha experiência, a presença da família proporciona que o enfermeiro conheça mais pormenorizadamente e compreenda as suas necessidades, o que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A *Consejería de Sanidad* (2016), defende que o enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem ao doente internado na UCIP, deve focar a sua atenção essencialmente no conforto do cliente, o controlo da dor, a otimização da sedação e a prevenção do delírio.

No decorrer do estágio, procurei durante a prestação de cuidados gerir a dor e o bem-estar de forma diferenciada, pelo que recorri às recomendações da SPCI, no que se refere à monitorização da dor, tal como é efetuado pelos profissionais que trabalham nesta unidade.

De acordo com a SPCI (2016), a dor deve ser monitorizada em todos os doentes de cuidados intensivos, sendo o autorrelato o *gold standard* para a sua avaliação. A *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) são as escalas de dor comportamentais mais validas e confiáveis para a avaliação da dor em doentes de cuidados intensivos, incapazes de comunicar. Já para os clientes que comunicam, a recomendação para avaliar a dor é a utilização da escala visual numérica.

Ainda segundo a SPCI (2016), a avaliação da dor deve ser efetuada e registada em todos os turnos e sempre que se justifique, principalmente no início do turno, antes, durante e após a aplicação de um procedimento doloroso, devendo ser reavaliada 30 minutos após

intervenção farmacológica analgésica ou após intervenção não farmacológica ou medida de conforto. Na UCIP do HNM, verifiquei que esta recomendação é cumprida, contudo nem sempre registada, tal como recomenda as boas práticas. Na minha prática realizei a monitorização da dor, utilizando as referidas escalas, atuei perante as necessidades detetadas, isto consoante o nível de consciência/ sedação do cliente e efetuei os respetivos registos.

Relativamente à avaliação do nível de sedação, as escalas de sedação com ampla aceitação incluem, entre outras, a escala de Ramsay, a *Sedation Agitation Scale*, a *Motor Activity Assessment Scale*, a COMFORT para doentes pediátricos e a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Nesta UCIP recorre-se tal como recomendado à RASS, pois de acordo com Barr et al. (2013), este instrumento de avaliação é dos mais válidos e confiáveis para medir a qualidade e a profundidade da sedação, em doentes internados em UCIP.

Atualmente, baseando-se na evidência científica considera-se que a interrupção diária da sedação designada de *Spontaneous Awakening Trials* (SATs), combinada com *Spontaneous Breathing Trials* (SBTs) desempenha um papel fulcral nos *outcomes* dos clientes, reduzindo o tempo de ventilação, de internamento e contribuindo para a prevenção do *delirium* nas UCIP.

Esta síndrome neurocomportamental (*delirium*) apresenta-se como um fenómeno frequente e que pode ocorrer em até 80% dos doentes. Segundo Teixeira, Carneiro e Matos (2017), o *delirium*,

está associado a maior demora média de internamento na UCI e hospitalar, mais dias de ventilação mecânica, maior taxa de remoção acidental de tubos/cateteres/reintubações, maior probabilidade de serem transferidos para unidades de retaguarda e maior probabilidade de morte hospitalar, principalmente nos doentes mais idosos e dependentes nas atividades de vida diária. (p. 7)

Como tal, torna-se fundamental a equipa de enfermagem estar atenta aos sinais desta síndrome neurocomportamental, para que adotem medidas de modo a minimizá-la.

Neste sentido, a prevenção e tratamento do *delirium* constitui uma medida importante para o conforto do cliente, pelo que Silva (2010), defende que o *delirium* deve ser avaliado e registado por rotina, com o objetivo de ajustar a terapêutica. O autor afirma, que “para alguns autores é mesmo considerado o 6.º sinal vital, dada a sua importância prognóstica em cuidados intensivos.” (p. 342).

Dada a pertinência desta temática em contexto de cuidados intensivos e por ter constatado que neste SMI ainda não se utilizava nenhuma escala de avaliação do *delirium*, propus e realizei uma formação em serviço, tal como referi no capítulo I, sobre o *DELIRIUM* e sobre o instrumento desenvolvido para a identificação do *delirium* em UCIP: *Confusion*

*Assessment Method for ICU (CAM-ICU)*. Esta atividade permitiu conhecer as últimas evidências científicas, aprofundando conhecimentos e simultaneamente possibilitou a troca de conhecimentos e de experiências com a equipa da UCIP, a qual demonstrou grande receptividade e disponibilidade. Deste modo, foi transmitido globalmente as noções principais para iniciar a sua implementação num futuro próximo.

### 2.1.3. No contexto do pré-hospitalar e serviço de urgência básico - Estágio III

Esta prática com carácter opcional, realizou-se em dois contextos distintos. Num primeiro momento realizei o estágio no SEMER, mais concretamente na EMIR, no período entre 27 de setembro a 18 de outubro de 2017, sumarizando um total de 126 h. O segundo momento decorreu na Unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, especificamente no Serviço de Urgência básico, no período compreendido entre 19 a 31 de outubro de 2017, contabilizando um total de 75 h.

Como fatores motivacionais para a realização deste estágio de opção, nestes dois contextos distintos, estive em enfoque o desenvolvimento de competências no transporte inter-hospitalar do doente crítico, a necessidade adicional de formação e o gosto pessoal pela temática. Deste modo, tive como objetivo geral desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, no âmbito do transporte inter-hospitalar.

Droogh et al. (2012), preconizam que as equipas que realizam o transporte sejam treinadas e qualificadas, para que o transporte da pessoa em situação crítica ocorra em segurança e sem complicações. De acordo com um estudo de Alamanou e Brokalaki (2014), as complicações resultantes do transporte do doente crítico resultam do índice de gravidade de doença do doente durante o transporte, equipamento inadequado, da monitorização inadequada, da falta de profissionais qualificados e treinados transporte e da falha de comunicação entre a equipa durante o transporte.

No que se refere ao primeiro contexto onde desenvolvi o estágio de opção, é importante referir, que o SEMER é um organismo dotado de autonomia e independência técnica, com responsabilidade de coordenar, supervisionar e regular todo o socorro medicalizado e não medicalizado em todo o território regional, incluindo socorro no mar e aéreo, incorporando a EMIR (SEMER, 2011).

Adjacente ao Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira (SRPC), encontra-se o Centro Regional de Operações de Socorro (CROS), com funcionamento 24h/dia, possuindo como função a receção de chamadas e o acionamento de meios adequados, bem

como de triagem e acompanhamento dos mesmos no local da ocorrência. Tem ainda a função de apoiar e conduzir os pedidos de socorro provenientes diretamente dos cidadãos e de outros agentes de socorro, garantindo a ligação do Centro Integrado de Comunicações (CIC) às centrais dos intervenientes nas operações de socorro e emergência. Cooperando com a EMIR, o CIC efetua a triagem, acompanhamento e orienta as chamadas com pedidos de socorro de emergência médica, mobilizando os recursos humanos e técnicos necessários (SEMER, 2011).

Já no que concerne ao SEMER, que regula a emergência pré-hospitalar na RAM, possui a importante função de garantir a disponibilidade de uma equipa médica - EMIR, a verificação técnica e inspeção dos meios de socorro da emergência pré-hospitalar e os materiais disponíveis nos mesmos. Também, possui a seu cargo a promoção de ações relativas ao socorro das populações, proporcionar o acompanhamento de doentes críticos para fora da RAM, garantir o correto funcionamento do Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa (PRDAE) e certificar e verificar todos os veículos de emergência pré-hospitalar em atividade na RAM (SEMER, 2011).

O SEMER possui um período de funcionamento de 24h/dia, sendo que a equipa é constituída por um enfermeiro e um médico, ambos com formação específica em emergência pré-hospitalar e doente crítico. A equipa possui médicos de especialidades diversificadas e enfermeiros especialistas das diversas áreas, nomeadamente em enfermagem médico-cirúrgica (nove elementos); saúde infantil e pediatria (um elemento); enfermagem materna e obstétrica (um elemento) e enfermagem de reabilitação (um elemento).

Abordando agora o segundo contexto de estágio, que decorreu no SU da Unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, torna-se pertinente referir o Despacho n.º 26-A/2009 de 7 de setembro da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, onde estão definidas as classificações dos SU do SESARAM. Assim, o Centro de Saúde do Porto Santo que contempla o SU, atendendo ao seu nível de resposta e recursos existentes, classifica-se em básico, o nível menos diferenciado de resposta às situações de urgência/ emergência.

Este serviço é constituído por diferentes espaços físicos, nomeadamente sala de pequena cirurgia, sala de tratamentos, gabinetes, duas salas de observação que integram sete camas e a sala zero com uma vaga, que se destina a situações de emergência. Existe igualmente um serviço de imagiologia adjacente e um pequeno laboratório de análises clínicas.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa é constituída por quatro médicos, com especialidade de clínica geral. Fazem turnos de 24h, estando um de presença física e

um de prevenção, para o caso de haver um TIH. Quanto à equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros generalistas e um especialista em enfermagem médico-cirúrgica, todos com formação em SAV.

Relativamente ao método de organização de trabalho adotado, varia consoante a carga de trabalho e os recursos em enfermagem. A metodologia mais utilizada é a do enfermeiro responsável, o qual presta cuidados individualizados e personalizados. Já na sala zero o trabalho faz-se em equipa, onde cada profissional tem as suas funções bem delineadas.

No âmbito da prestação de cuidados especializados, no estágio do SEMER, identifiquei que o enfermeiro assume um papel fundamental, que vai desde a triagem de situações no Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional das Operações de Socorro (CIC-CROS) à atuação no terreno. A atuação efetiva *in loco* está organizada segundo a mnemónica ABCDE; habitualmente o médico atua nas duas primeiras, ou seja, na via aérea e respiração e o enfermeiro responsabiliza-se pela circulação; a restante avaliação é realizada em conjunto. Porém nem sempre esta metodologia de trabalho é cumprida, pois estas posições de atuação podem mudar de acordo com a equipa e as competências específicas dos profissionais. Apercebi-me, contudo, que o médico e enfermeiro trabalham com base numa relação colaborativa de complementaridade, o que promove a eficácia na intervenção.

Neste processo de aprendizagem, tive oportunidade de prestar cuidados a clientes de natureza distinta, nomeadamente a doentes do foro cardíaco, neuro-traumatológico, gastrointestinal, psiquiátricos entre outros, humanizando ao máximo o meu atendimento, promovendo uma relação de ajuda, enquanto implementava os cuidados, adotando uma postura empática e disponível.

Assim, prestei cuidados a clientes do foro cardíaco (síndrome coronário agudo, bradicardia, entre outros), doentes em PCR; doentes vítimas de intoxicações; alterações respiratórias (obstrução total da via aérea); crise convulsiva tónico-clónica repetitiva; vítimas de atropelamento e de acidentes de viação, resultantes em politrauma, entre outros.

Assegurei cuidados em ambiente com duas vítimas, sendo necessário priorizar os cuidados com base nos focos de instabilidade dos doentes, de forma a melhorar o prognóstico. Posso afirmar que em todas as situações vivenciadas a atuação foi baseada na evidência científica e normas vigentes, colocando em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado em médico-cirúrgica, nomeadamente o SBV, o SAV, o algoritmo de bradicardia, técnicas de imobilização em trauma, entre outros.

Neste contexto de estágio, planeei também um turno para acompanhar o trabalho dos operadores de comunicações no CIC-CROS, de modo a conhecer a sua metodologia de trabalho e protocolos de atuação. O sistema de emergência começa quando alguém liga para o 112 - Número Europeu de Emergência. Pude constatar que os operadores recebem diariamente um elevado número de pedidos de ajuda, possuindo como função primordial o atendimento e triagem, para o acionamento de meios. Destaco que rececionam pedidos de ajuda de naturezas diversas, nomeadamente de incêndios florestais, incêndios urbanos, animais na via pública, problemas sociais, problemas na via pública (exemplo: inundações), problemas de saúde, entre outros. Além do encaminhamento que fazem para os recursos necessários, possuem a função de acompanhamento e gestão dos meios.

Cingindo-se a dados estatísticos relativos à emergência pré-hospitalar, os operadores diariamente recebem uma média de noventa chamadas, o que requer eficácia e eficiência na sua função, para conseguir dar resposta às necessidades da população da RAM.

Com o contato com a equipa de operadores do CIC-CROS, percecionei que com base em questões primordiais procuram definir a gravidade da situação, para acionar os meios adequados, como é o caso da EMIR. Porém, pela proximidade do CIC-CROS da sala onde ficam os profissionais da EMIR, e por estes estarem em alerta, quando surgiam informações que suscitavam dúvidas, o profissional de saúde questionava o interlocutor sobre alguns aspetos específicos da situação, de modo a avaliar a necessidade de saída da EMIR para o local. Em muitas das situações, quando não reunidos dados concretos, o profissional da EMIR solicitava aos tripulantes de ambulância de socorro (TAS) para fazer um ponto da situação, aquando da chegada ao local.

Tendo por base a ideia acima descrita, e após o diálogo com os operadores de comunicação do CIC-CROS, bem como pelas vivências/ experiências relatadas pela equipa da EMIR, reflito que seria proficiente a introdução de um profissional de saúde, no CIC-CROS, nomeadamente um enfermeiro, para proceder à triagem de várias situações com uma abordagem mais específica e mensurável, de modo a acompanhar as situações com cuidados personalizados e com o envio dos recursos mais adequados ao local. Assim, o enfermeiro escalado pela EMIR estaria apenas centrado nos cuidados de estabilização/ tratamentos instituídos *in loco*, enquanto o enfermeiro do CIC-CROS teria uma abordagem educacional, potenciadora de ações promotoras da saúde/ controlo/ gestão da doença.

Esta experiência, proporcionou-me refletir sobre a importância da comunicação efetiva entre os profissionais e a população que solicita ajuda, pois observei que os contatos recebidos são muitas vezes complexos, onde era notório a aflição de quem liga e a

preocupação dos operadores em dar resposta à situação em tempo útil, com os recursos necessários, o que gera situações de *stress*.

Ainda inerente à comunicação, torna-se fundamental referir a importância do tom de voz utilizado, bem como as palavras utilizadas, ensinamentos e disponibilidade de apoio prestado. Ao longo das chamadas analisei que, por vezes há necessidade do operador aumentar o seu tom de voz e assumir o “comando” na conversa, para que o foco de atenção seja o problema em si e consiga perceber a respetiva gravidade e não noutros fatos subjacentes e secundários, pois só assim consegue determinar o meio mais adequado.

Já no contexto do SU da unidade de saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, as oportunidades foram mais restritas e escassas, prestando apenas cuidados no âmbito do cliente do foro cardíaco, respiratório e neurológico. Observei que na prestação de cuidados, apesar dos escassos recursos materiais a equipa rege a sua intervenção de acordo com as *guidelines*, nomeadamente no âmbito das vias verdes: trauma, acidente vascular cerebral, coronária e sépsis. Contudo, as mesmas não se encontram oficialmente validadas e implementadas, pois os doentes que reúnem critérios de inclusão nas vias verdes, são alvo de TIH para o SU do HNM, unidade esta com maior capacidade de resposta e de atuação nos diversos domínios. Assim, baseiam a sua prática na evidência para melhorar o *outcome* dos clientes acometidos por estas situações específicas, de modo a garantir a sua sobrevivência, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total e a promoção da sua qualidade de vida.

Esta primeira etapa de identificação/ deteção precoce e referenciação, vai traduzir-se muitas vezes no resultado para o cliente, daí que é um momento muito importante que requer muita perícia de modo a despistar os focos de instabilidade, para intervir em tempo útil e de forma adequada.

No contexto do estágio realizado no pré-hospitalar, tive duas experiências de transporte inter-hospitalar de doentes do foro coronário. No SU do Porto Santo, igualmente tive duas situações de aprendizagem em que foi necessário a transferência do doente, pelo que o transporte aéreo foi efetuado o mais rápido possível, com a pessoa estabilizada e com a ativação da EMIR para o acompanhamento no transporte, desde o aeroporto da Madeira até ao HNM.

No pré-hospitalar, acompanhei o tutor e prestei cuidados a três pessoas vítimas de trauma, particularmente um acidente de motorizada, um atropelamento e uma queda de quatro andares em contexto laboral, pelo que todas estas ocorrências foram referenciadas para o SU do HNM e efetuado o transporte em segurança. Estas pessoas inseridas neste

contexto, foram submetidas a uma primeira avaliação detalhada *in loco*, seguindo a metodologia de trabalho - ABCDE, para despiste dos focos de instabilidade, e atuando em conformidade. Estas vivências, permitiram aplicar os conhecimentos na vertente da traumatologia, aprofundando-os e de certo modo consolidando-os. Senti, que perante a complexidade dos casos clínicos, o fato de possuir conhecimentos aprofundados nesta vertente facilitou a minha atuação, considerando que foram experiências promotoras do desenvolvimento de competências específicas no cuidar da pessoa em situação crítica. Pela reflexão realizada com a equipa envolvida nas situações, analiso com satisfação a assistência prestada, bem como toda a coordenação da equipa.

No âmbito do desenvolvimento de competências especializadas no TIH da pessoa em situação crítica, importa referir que segundo a OM e a SPCI (2008), apesar dos riscos envolvidos, muitas vezes justifica-se o transporte destes doentes entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição onde o doente se encontra internado.

A *Intensive Care Society* (Grã-Bretanha) em 2011 publicou as *guidelines* para o transporte do doente crítico adulto, onde se pode ler que, após a ressuscitação inicial e a estabilização, os doentes críticos necessitam de ser transferidos, constituindo indicações para tais transferências o tratamento e investigação por especialistas que não seria possível na unidade de cuidados inicial.

Para a elaboração das *guidelines* referidas, e sublinhando a importância da evidência científica, realizaram uma revisão sistemática de literatura. Com esta revisão sistemática de literatura constataram, entre outros dados, que os doentes críticos transferidos a partir dos SU básicos representam uma proporção significativa do número total de transferências inter-hospitalares e que apenas 57% dos SU possuíam *guidelines* disponíveis. No que diz respeito à organização das transferências de doentes a partir dos SU, verificou-se haver deficiências no fornecimento de equipamento, na monitorização de doentes, no treino dos profissionais e na documentação relativa à transferência.

Segundo Warren, Fromm, Orr, Rotelllo e Horst (2004), a decisão de realizar o transporte de um doente crítico, seja a nível intra ou inter-hospitalar, é baseada na avaliação dos potenciais benefícios do transporte contra os potenciais riscos. Estes autores, publicaram *guidelines* para o transporte intra e inter-hospitalar de doentes críticos, e defendem que cada hospital deverá ter um plano formal para o transporte intra e inter-hospitalar que contemple: comunicação e coordenação prévias ao transporte; profissionais qualificados para realizar o

transporte; equipamento necessário para o transporte; monitorização durante o transporte e registos de todo o processo.

Os autores supracitados defendem, também, que o plano de transporte seja desenvolvido por uma equipa multidisciplinar e que seja avaliado e atualizado regularmente com base num processo de melhoria contínua. Concluem que, o transporte de doentes críticos acarreta riscos inerentes e que as *guidelines* promovem medidas que garantem a segurança do doente durante o transporte.

Por outro lado, Droogh et al. (2012), no artigo que escreveram intitulado *Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises*, afirmam que o TIH de doentes críticos está a aumentar e que, quando realizado por equipas especializadas, ocorrem menos eventos adversos. Durante os transportes realizados com equipamento semelhante ao usado nas Unidades de Cuidados Intensivos, podem surgir problemas técnicos com os quais os profissionais têm de lidar na estrada. Droogh et al. (2012), concluíram que sempre que é usado equipamento, problemas técnicos vão ocorrer. Durante o TIH, sem profissionais extra ou apoio técnico, a equipa de transporte depende da sua habilidade para resolver os problemas, sendo assim, os autores enfatizam a importância da equipa de transporte conhecer o equipamento utilizado e de manipulá-lo/treinar de modo a antecipar, prevenir e resolver os problemas técnicos.

Já Bérubé et al. (2013), procuraram no seu artigo determinar o impacto de um programa preventivo (utilização de uma ferramenta formulada pelos profissionais, intitulada painel de avaliação de decisão para o TIH) na ocorrência de incidentes, durante o transporte de doentes críticos e concluíram que a aplicação de um programa preventivo por todos os profissionais envolvidos no transporte de doentes críticos está associada à redução de incidentes. Resultam deste estudo as seguintes implicações para a prática: demonstrou-se a efetividade de um programa interdisciplinar e preventivo na salvaguarda do transporte seguro de doentes críticos; confirmou-se que a aplicação de *guidelines* no transporte de doentes críticos é benéfica; propõe-se um programa não assente em equipas especializadas em transporte, o que é mais fácil de implementar num contexto de constrangimentos económicos e de falta de profissionais; identificaram-se estratégias preventivas específicas que reduzem os incidentes relacionados com o transporte de doentes críticos e por fim há melhoria do trabalho em equipa no contexto do transporte do doente crítico.

Tendo em conta o conhecimento existente, durante o meu estágio, em todos os transportes em que participei foi ponderado o risco/benefício do mesmo, sendo a sua organização estruturada em três fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão foi

tomada em equipa, contudo a responsabilidade da decisão é do médico e envolveu a ponderação de fatores como a estabilidade hemodinâmica da vítima, lesões específicas, entre outros.

Na fase do planeamento, tal como nas outras fases, tive um papel proactivo, prevendo as distâncias, tempo de transporte, gastos de medicação, baterias dos equipamentos, equipa para o transporte, disponibilidade do serviço recetor, acidentes que podem acontecer e preparei material suplente. Refiro ainda, que na situação do TIH aéreo, no segundo momento de estágio, foi feita uma comunicação telefónica para o Comando Aéreo da Força aérea Portuguesa a informar a necessidade de transporte e preenchido um documento específico de comunicação do transporte, que contempla os dados do cliente alvo, do familiar e da equipa de transporte. Foi também solicitado o transporte aos Bombeiros locais e informado o SRPC, para articulação com a EMIR. Todo o restante processo de transporte foi registado numa *check-list*, que englobava a avaliação do doente antes e durante o TIH, contribuindo para uma melhor organização dos dados. A fase da efetivação correspondeu ao transporte propriamente dito.

Na globalidade dos TIH terrestres e aéreos, tive a possibilidade de colaborar no transporte de sete doentes, o que apesar do baixo índice aprecio como uma mais-valia, tendo em conta que mobilizei diversos conhecimentos para uma prestação de cuidados diferenciados e especializados, tendo em conta o quadro clínico do doente e a especificidade do transporte. Afirmando, que foram mobilizados diversos recursos materiais, equipamentos, entre outros, consoante a complexidade de cuidados exigida em cada caso clínico, tendo por base as *guidelines* preconizadas pela OM e SPCI.

No primeiro momento de estágio no SEMER, tive oportunidade de acompanhar quatro TIH terrestres. Com base em dados estatísticos consultados na página do SRPC – Madeira, a quantificação dos TIH foi de apenas 13% no período em que realizei o estágio, o que se deve essencialmente ao elevado número de ocorrências ser no concelho do Funchal (42%). Pois a proximidade para o SU mais diferenciado, leva a que a vítima recorra de imediato ao HNM sem passar por outra unidade de saúde, daí não serem contabilizados como TIH. Todavia, as quatro experiências de TIH: duas do foro cardíaco, uma de PCR no Centro de Saúde de Gaula e uma situação de um cliente com crise convulsiva tónico-clónica de difícil cedência a terapêutica, contribuíram para colocar em prática os conhecimentos adquiridos nestes domínios e proporcionaram momentos de *debriefing* com diálogo e reflexão com o enfermeiro tutor.

Já no segundo momento de estágio, no SU básico da Unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, importa contextualizar, que segundo a consulta das estatísticas fornecidas pela enfermeira tutora, no período de janeiro a outubro de 2017, o número de TIH aéreos, foi elevado, contabilizando um total de duzentos e cinquenta e seis. Foi notório que nos últimos três meses houve um decréscimo do número de TIH aéreos, o que poderá ter diversas interpretações, tendo em conta que se trata de uma ilha turística, onde existe muitas oscilações no número de visitantes ao longo do ano.

Um dos fatores que poderá ter contribuído para o decréscimo, poderá estar relacionado com fatores ambientais, ou até mesmo pelo fato de no período de 15 de julho a 15 de setembro a EMIR estar a prestar serviço à população do Porto Santo, o que em certas situações pela sua experiência e competência especializada em urgência/ emergência, recorria a critérios mais minuciosos para ativar o TIH, uma vez que, conseguem prestar cuidados diferenciados com recurso aos meios que possuem.

Todavia no período em que estagiei, o número de TIH foi apenas de três, tendo em conta que dei disponibilidade de 24h neste período. Dois dos TIH aéreos foram de clientes do foro cardíaco, e um deles do foro neurológico. Todos os transportes foram efetuados na aeronave C-295, pois apenas o TIH do doente é efetuado com recurso ao helicóptero EH 101- Merlin, quando as condições meteorológicas são adversas, impedido a aterragem da aeronave no aeroporto da ilha da Madeira.

Inerente ao TIH aéreo, torna-se fundamental referir alguns dos cuidados específicos adotados, para prevenir complicações adjacentes ao transporte. Almeida (2001), alude que é necessário ter em atenção que o organismo humano não está habituado a permanecer a tão grandes altitudes, expondo o doente a determinados riscos. Os efeitos da altitude, não se verificam com tanta evidência nos aviões comerciais, pois essas aeronaves são pressurizadas e climatizadas artificialmente para que a pessoa se sinta o mais confortável possível.

Já os helicópteros e os pequenos aviões a hélice, nomeadamente a aeronave C-295, utilizados para o TIH de doentes do Porto Santo para o Funchal, não são pressurizados, sentindo-se mais os efeitos das alterações atmosféricas sempre que ganham ou perdem altitude, daí a necessidade de uma avaliação constante do doente, proporcionando-lhe o maior conforto possível com recurso a medidas simples como: mantas e almofadas para um posicionamento adequado.

Sheehy (2011), menciona que a subida em altitude provoca descida da pressão atmosférica, levando à diminuição parcial dos gases, descida de temperatura e expansão gasosa. Segundo Encarnação, Melo e Lage (2014) entre os 0 e os 6000 pés, poucas alterações

são observadas, exceto em doentes com trauma, choque e pneumotórax. Na eventualidade destes doentes necessitarem de drenos, estes têm de se manter desclampados e em drenagem livre, do mesmo modo que, na entubação endotraqueal deve-se substituir o ar por água destilada no preenchimento do *cuff* (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012). Contudo nos TIH que realizei não houve necessidade de adotar estes cuidados, pois nenhum doente foi submetido a entubação endotraqueal.

De acordo com Schweitzer, Nascimento, Nascimento, Moreira e Bertoncetto (2011), entre os 10.000 pés e os 22.000 pés, a saturação da hemoglobina passa de 98% (nível do mar) para 87%, podendo atingir os 60% aos 22.000 pés. Consequentemente a estas alterações, durante o voo poderá surgir ou agravar-se a hipóxia, a qual pode provocar alterações como confusão, desorientação, letargia e taquicardia (Encarnação et al. 2014). Todavia, tendo em conta que os voos entre o Porto Santo e a Madeira habitualmente são em baixa altitude e de curta duração, segundo relatos da equipa nunca verificaram estes efeitos, o que é uma condição benéfica.

Um outro aspeto a ter em conta na prestação de cuidados ao cliente alvo de TIH aéreo, é o fato de ocorrer uma diminuição da temperatura, como já referido anteriormente, pelo que utilizei a manta térmica para proteção e o cliente foi posicionado o mais afastado possível da fuselagem da aeronave. Pois, segundo Schweitzer et al. (2011), a cada 1.000 pés, a temperatura desce dois graus Celsius, e pela sua proximidade com a fuselagem da aeronave, o doente tem tendência a perder calor, devendo por isso ser protegido e afastado da mesma. Se a situação do doente exigir a administração de fluídos via endovenosa, o arrefecimento das perfusões em curso pode agravar o quadro de hipotermia do doente, sendo um importante aspeto em ter em consideração, essencialmente quando são voos de maior duração. Pois, Encarnação et al. (2014), refere que a exposição ao frio provoca o surgimento de calafrios, a alteração do ritmo cardíaco e diminuição do estado de consciência.

Apesar das chamadas forças-G (aceleração/ desaceleração) e os seus efeitos se fazerem sentir, sobretudo na descolagem e aterragem, nos helicópteros, essas forças são menores, daí a sua vantagem no transporte dos doentes em estado crítico, embora a escolha do tipo de aeronave, seja feita pela tripulação da Força Aérea Portuguesa, tendo em conta a distância a percorrer e consoante as condições meteorológicas. Essencialmente na descolagem e na descida, as vibrações sentidas, provocam incómodo ao cliente, o que exigiu que o doente estivesse bem imobilizado, tal como todo o material transportado, em *prol* da segurança. Já Encarnação et al. (2014), diz que a trepidação e o ruído, que pode chegar aos 110-130 decibéis, vêm dificultar a comunicação e a avaliação clínica, daí a comunicação

assumir-se também como foco de atenção do enfermeiro, pelo que o discurso foi simples em tom adequado, de fácil percepção e ainda comuniquei por mímica gestual.

Adicionalmente o cliente poderá experienciar enjoo, por diversas etiologias, nomeadamente as alterações de equilíbrio, a expansão dos gases gástricos, o aumento dos estímulos visuais, o *stress*, o medo, os odores desagradáveis (Encarnação et al., 2014). Foi fundamental a avaliação frequente do cliente e adoção das medidas como informar sobre possível enjoo; não dar alimentos nem água antes do transporte e administrar antieméticos, de modo a não acarretar complicações inerentes ao TIH.

Tendo por base os autores consultados sobre este tema, é evidente o papel crucial que o enfermeiro assume com o intuito de promover cuidados seguros, prevenir complicações, com recurso a conhecimentos sólidos. Correia (2013), refere que o profissional deve assumir a formação como premissa básica e o treino da equipa de enfermagem na área do transporte inter-hospitalar do doente crítico, com recurso a linhas de orientação - *guidelines* e *check-lists*, pois estas irão contribuir para uma avaliação holística do cliente, prevendo algumas das suas necessidades no processo efetivo de transporte.

No contexto do SU básico do Porto Santo no âmbito do TIH, apesar do conhecimento das normas/ procedimento para o TIH, pela sua complexidade, a equipa não utilizava de forma sistemática a *check-list*, já criada anteriormente por um colega do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, tal como recomenda a boa prática. Como tal, tive a necessidade de dialogar, instruir e demonstrar a sua operacionalização, disponibilizando também os artigos de investigação existentes sobre a importância da utilização das *check-list* para o TIH e os seus benefícios para a organização do trabalho, bem como instrumento de visibilidade do trabalho de enfermagem, no sentido da criação de indicadores. Como resultado, observei que após a minha intervenção e acompanhamento nestes processos, começou-se a utilizar os recursos existentes no serviço como boa prática.

Também, formulei diversa documentação de apoio, pois além de servir como suporte para um planeamento adequado do TIH, simultaneamente com o intuito de servir como documento de registo, de modo a constituir futuramente indicadores de enfermagem no âmbito do TIH. Pois em ambos os campos de estágio este aspeto não assumia grande relevância, pelo que procurei explicar a sua pertinência, até mesmo para o processo de qualidade dos serviços.

Tendo em conta a evidência científica, adaptei da OM e SPCI (2008), a recomendação da lista mínima de fármacos para o TIH, como também o formulário para o transporte inter-hospitalar, com o objetivo de nortear uma boa prática. Todos estes

documentos favorecedores de um adequado planeamento e organização de trabalho foram implementados nos dois campos de estágio, com recetividade da equipa. Construí também um fluxograma intitulado avaliação para o TIH (conforme apêndice A), para integrar na plataforma que se encontra em processo de construção do SEMER, pelo que foram submetidos para apreciação da coordenação do SEMER, tendo em conta o processo de qualidade, os quais resultaram de uma mais-valia para o serviço.

Toda a sua construção, regeu-se pelo fato de, através da avaliação de enfermagem pormenorizada e constante, conseguir-se detetar sinais e sintomas que permitam identificar eventuais focos de instabilidade para responder aos mesmos, em tempo útil, prevenindo as possíveis complicações. Como tal, aquando da decisão efetiva de TIH da pessoa em situação crítica, o planeamento dos cuidados deve ser estruturado e organizado. Em ambos os momentos de estágio, inerente ao planeamento esteve o preenchimento e verificação da documentação acima descrita, em *prol* da segurança e da qualidade dos cuidados prestados durante o TIH, quer seja terrestre ou aéreo.

Ao longo dos dois momentos de estágio, mobilizei conhecimentos e habilidades múltiplas e altamente qualificadas para dar resposta em tempo útil e de forma holística às necessidades dos doentes, ajudando no restabelecimento das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidade, com vista na recuperação total. Assim, considero que a minha intervenção subsidia a aquisição e desenvolvimento da unidade de competência: presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, perante uma pessoa a vivenciar situações de doença crítica e/ ou falência orgânica.

De acordo com OM e SPCI (2008), tendo em conta a complexidade dos cuidados e dos múltiplos procedimentos invasivos em situações de doença crítica, que podem marcar a diferença entre a vida e a morte, a atualização constante de conhecimento e o treino são fundamentais, pois estes fatores condicionam ativamente uma prestação de cuidados objetiva e eficaz.

Tal como mencionei anteriormente, segundo o estudo de Alamanou e Brokalaki (2014), as complicações resultantes do transporte do doente crítico resultam do índice de gravidade de doença durante o transporte; equipamento inadequado; da falta de profissionais qualificados e treinados para este tipo de transporte; da monitorização inadequada e da falha de comunicação entre a equipa durante o transporte. Estes autores depreenderam que o enfermeiro tem um papel ativo quer seja na equipa que transporta o doente, quer seja no serviço de envio ou de receção. Como contributos do seu estudo, destacaram que, as

complicações podem ser prevenidas se os enfermeiros criarem um protocolo interno de política de transporte, baseando-se em evidência científica. Expõem igualmente que é essencial o treino dos enfermeiros para a estabilização da condição clínica do doente, para então prosseguir o transporte propriamente, baseado numa estratégia de segurança, promovendo a excelência de cuidados.

Noutra vertente Rodrigues e Martins (2012), realizaram um estudo no âmbito das vivências dos enfermeiros no transporte do doente crítico, em que é dado ênfase ao adequado planeamento do transporte, à experiência prévia, à formação e ao acompanhamento por outro profissional, sendo estes aspetos facilitadores da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Os autores relatam que é durante a fase do planeamento e efetivação do transporte que surgem os sentimentos negativos como insegurança, medo, angústia, e que após a entrega do doente na instituição de destino, surgem sentimentos agradáveis como de satisfação, alívio e motivação. Neste mesmo estudo, através da análise dos dados colhidos, os investigadores afirmaram que as dificuldades sentidas pelos enfermeiros são essencialmente provenientes do défice de formação; da desadequação do espaço para o transporte do doente crítico; das condições atmosféricas adversas; do enjoo e do ruído.

Rodrigues e Martins (2012), acrescentam ainda que o transporte do doente crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, suscetível de desencadear diversas vivências, por impor ao enfermeiro no exercício da sua responsabilidade profissional, elevados níveis de conhecimento e confiança, promotores das escolhas mais adequadas à qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

No TIH, durante o percurso, na qualidade de estudante de especialidade, fiz-me acompanhar do regime terapêutico do doente, assumi a responsabilidade de, com base em sólidos conhecimentos da pessoa, da sua história clínica e de farmacologia, avaliar e decidir se devia administrar medicação em urgência e qual a dosagem, o que essencialmente aconteceu nos TIH aéreos, em que o enfermeiro foi o elemento mais diferenciado. Também no transporte terrestre, acompanhei o cliente na ambulância, havendo ligação com o médico que vem na segunda viatura a acompanhar todo o percurso. Realço então, que ao longo do processo de transporte além das múltiplas intervenções autónomas, tive intervenções interdependentes, intrínsecas à competência: gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Importa também salientar, que associada à instabilidade provocada pelo transporte a pessoa pode apresentar dor e vivenciar períodos de sofrimento, daí que o enfermeiro assume um papel primordial na sua avaliação e conseqüentemente deve intervir com

medidas farmacológicas e não farmacológicas, de modo a evitar o sofrimento da pessoa, promovendo o seu bem-estar. Esta foi uma preocupação constante em ambos os momentos de estágio, em todo o cuidar. Recordo uma situação específica no TIH aéreo, em que a cliente verbaliza cefaleia com fotofobia e simultaneamente angústia pelo medo de voar, pelo que além das medidas farmacológicas com a administração de analgesia, utilizei medidas não farmacológicas como a escuta ativa, tranquilização e promovi uma posição de conforto com técnicas de inspirações profundas e de relaxamento, o que se demonstraram eficazes.

Esta atuação está patente na unidade de competência: faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica, otimizando as respostas. Reforço que nos dois contextos de estágio, tive muito presente estas competência desde o pré-hospitalar na EMIR, como no intra-hospitalar no SU, pois encarei a dor como um foco de grande relevância, pelo que à semelhança dos outros estágios também foram seguidas as recomendações quanto à sua avaliação e intervenção.

Pelo caso acima descrito, é possível deduzir que a comunicação na relação interpessoal é a base do exercício profissional de Enfermagem. No contexto do TIH, frequentemente a pessoa alvo do transporte e a sua família vivem momentos de *stress* e medo do desconhecido, daí a pertinência da comunicação e da relação de ajuda. De acordo com Holleran (2010), o doente que está prestes a ser transferido apresenta muitas carências tanto ao nível físico, emocional e psicológico.

Deste modo, respondendo às necessidades evidenciadas pelos doentes e famílias, identificando os seus medos e mostrando empatia e disponibilidade para responder às questões colocadas, pois a necessidade de transferência muitas vezes é interpretada como eminência de morte, recorri a intervenções de enfermagem elementares em ambos os campos de estágio, mas fundamentais, tanto para a pessoa a transportar como para a família, como: apresentar-se; orientar no ambiente que rodeia; proporcionar informação relacionada com o transporte em si, o caminho, as direções, o destino, as horas, descrever os sintomas físicos básicos, explicar os procedimentos e mostrar-se disponível. Constatei, que este conjunto de intervenções contribuiu para a redução da ansiedade e receio.

Posto isto, torna-se crucial que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda com recurso a técnicas de comunicação adequadas, de modo a informar a necessidade dos cuidados de enfermagem, ao longo de todo o processo de transporte. Procurei assim, promover o consentimento informado da pessoa alvo do transporte, mas também da família que vivenciava muitas das vezes momentos de *stress*.

Por todo o exposto, apercebi-me que o TIH exige dos profissionais uma resposta competente e organizada/ estruturada, assente numa atitude atenta e preventiva, garantindo a qualidade dos cuidados e a segurança do doente e dos profissionais. Já a estrela azul da vida, criado por Leo R. Schwartz em 1973, símbolo mundialmente reconhecido representativo da emergência médica, contempla seis etapas, na qual a etapa cinco corresponde aos cuidados durante o transporte.

## **2.2. Conhecer a resposta a situações de catástrofe e emergência multivítimas**

O conceito de emergência multivítimas, engloba um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e por consequência a prática de cuidados de saúde (Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho).

Como tal, nestas situações, é exigido um conjunto de procedimentos com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, efetuando o melhor uso dos recursos disponíveis.

Já a catástrofe, de acordo com a Lei nº 27/2006 de 3 de julho da Assembleia da República, consiste num acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida em determinadas áreas ou na totalidade do território nacional.

Relativamente à competência dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, conheci o Plano Regional de Emergência, definido pela Proteção Civil da RAM, o qual promove uma prática em condições de segurança, pelo que orienta e coordena o trabalho dos profissionais em caso de um acidente grave ou catástrofe. Como primordiais objetivos possui: minimizar a perda de vidas e bens, atenuar ou limitar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes e restabelecer as condições mínimas de normalidade, o mais rapidamente possível. Assim, o referido plano tem a pretensão de dar resposta às necessidades numa situação de catástrofe em que a coordenação, as funções dos profissionais, a organização dos meios e o trabalho em equipa estão previstos.

Aquando do estágio na EMIR, refleti com os enfermeiros e com os operadores do SRPC o plano regional de emergência, bem como as suas vivências em situações de catástrofe anteriormente ocorridas, nomeadamente a aluvião em 2010; os incêndios de 2016 e a queda de uma Árvore no Monte em 2017, com multivítimas. Há que destacar, que todos relataram que as suas funções estavam muito bem delineadas, contudo viveram momentos

de angústia por todo o *stress* provocado, na tentativa de dar a melhor resposta possível, tendo em conta os recursos disponíveis.

Quanto ao SU do HNM dispõe de um Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas (SESARAM, 2008), constituído por 3 níveis, sendo a sua classificação efetuada com base no número de vítimas (nível 1 - 10 a 30 feridos, nível 2 - 31 a 60 feridos e nível 3 – superior a 60 feridos). Nos diversos níveis, existem princípios e orientações gerais de organização que devem de ser do conhecimento de todos os profissionais de saúde, uma vez que se justificar poderão ser convocados a comparecer no SU, nas situações de catástrofe.

Também, existe dois fluxogramas da triagem de Manchester específicos para situações de catástrofe e multivítima, que facilitam a triagem das vítimas de catástrofe, quando chegam ao SU. Nestas situações a primeira triagem é efetuada no local da ocorrência, em contexto extra-hospitalar, permitindo atribuir um nível de prioridade de forma rápida e encaminhar para a área de tratamento mais adequada, para uma avaliação secundária.

Já no contexto da UCIP, conheci o procedimento a adotar no caso de catástrofe e emergência multivítimas, pois o serviço tem que ser reestruturado no sentido de ter capacidade de resposta ao elevado fluxo de doentes. Deste modo, a Direção Clínica gere a distribuição dos doentes pelos serviços de especialidade, sob um acompanhamento do SMI. Habitualmente ficam apenas no SMI os doentes que se encontram ventilados.

Segundo Sousa (2012), as situações multivítimas, constituem um desafio para os hospitais no âmbito dos cuidados intensivos, pois o serviço terá que enfrentar problemas específicos e de elevada complexidade, especificamente o fato de ultrapassar a capacidade de internamento, a patologia das vítimas, o eventual envolvimento do hospital (destruição das infraestruturas) e o atingimento das UCIP ou dos próprios profissionais pelo acidente ou agressão em causa, como tal, recomenda que as UCIP estejam preparadas para estes eventos. Torna-se então pertinente fazer estudos, de modo a caracterizar o risco da ocorrência destes eventos, prevendo as necessidades específicas, que envolvem os recursos humanos e materiais, sabendo especificamente como obtê-los de imediato.

Em termos do SU básico do Porto Santo, tal como o SU e UCIP do HNM, no caso de multivítimas a Direção Clínica com o apoio dos diretores de serviço e chefes, organizam e reestruturam os serviços consoante as necessidades, de modo a capacitá-los para receber os doentes e prestar os cuidados fundamentais.

Ao longo dos diversos campos de estágio, procurei também conhecer o procedimento de evacuação dos serviços, em caso de atingimento dos serviços, para poder

gerir a situação em segurança tanto dos doentes, como dos profissionais, numa eventualidade. Assim, o elemento de maior responsabilidade hierárquica ou o elemento com mais competência nesta área, presente, assume o comando na evacuação, e sempre que possível opta por transportar o doente com meios alternativos à cama.

Relativamente à competência: conhecer a resposta a situações de catástrofe e emergência multivítimas, aludo que felizmente não houve oportunidade de colocar os conhecimentos teóricos em prática. Todavia, na procura permanente da excelência no exercício profissional, a exploração desta temática proporcionou momentos de diálogo sobre as vivências/ experiências e conhecimentos da equipa, recorrendo ao pensamento crítico, na certeza que, futuramente se necessários os conhecimentos estarão mais presentes e sólidos, o que irá repercutir-se numa prestação mais consistente e segura, tendo em conta toda a complexidade da situação.

### **2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção**

O enfermeiro tem um papel de extrema importância na prestação de cuidados ao doente crítico na prevenção e redução do risco associado às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). De acordo com Ferreira, Marques, Matos e Pina (2010), os cuidados de saúde atuais, caracterizados pelos avanços tecnológicos e terapêuticos, trouxeram ganhos em saúde, nomeadamente o tratamento para doenças até então incuráveis, e o aumento da esperança média de vida. Todavia, os riscos associados a estes ganhos, também aumentaram, particularmente o risco de contrair uma infeção.

Assim, as IACS são um problema de saúde grave, causando uma elevada morbidade, mortalidade e estão associados às mesmas, custos de saúde elevados. Ainda segundo os autores supramencionados, o risco de transmissão da infeção existe em todos os momentos da prestação de cuidados. Fatores como a sobrelotação, a ausência de pessoal dedicado apenas aos utentes infetados e/ou colonizados, as transferências frequentes de utentes entre serviços e instituições de saúde e utentes críticos internados em unidades específicas, contribuem para o aumento do risco de transmissão cruzada de IACS.

Cada vez mais existe uma constante preocupação ao nível desta temática, uma vez que Portugal reúne elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, elevado consumo de antibióticos e de microrganismos resistentes aos mesmos (DGS, 2016). Estas infeções, muitas vezes multirresistentes, acarretam elevadas taxas de morbidades e

mortalidades e a utilização de múltiplos recursos hospitalares e comunitários (Programa de Prevenção Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos, SESARAM, 2016).

Em contexto de urgência/ emergência, os recursos são finitos e nem sempre os ideais. Contudo, Wilson (2004), refere que apesar de os meios disponíveis serem muitas vezes escassos, as precauções básicas e específicas são de extrema importância, devendo ser cumpridas sistematicamente por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. Estas precauções básicas incluem a higienização das mãos; o uso racional das barreiras protetoras - equipamentos de proteção individual; a higiene/etiqueta respiratória; controlo ambiental; prevenção dos acidentes por picada/ corte e encaminhamento pós-exposição e programa de vacinação.

O referido autor afirma que, as mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais frequente na transmissão de microrganismos de doente para doente, e muitas vezes, responsáveis por transmissão de surtos. Daí a importância tão grande da correta higienização das mãos. De acordo com a WHO (2009), a higienização das mãos é um método simples e eficaz na redução da propagação da infeção e dos microrganismos multirresistentes, a nível mundial. O relatório da DGS relativamente à adesão da higienização das mãos por parte de todos os profissionais de saúde (2012), mostra uma taxa de 68%, tendo-se mantido mais ou menos estável nos três anos transatos, o que leva a refletir que é necessário mudar comportamentos. Contudo, há que destacar, que o grupo profissional com maior adesão são os enfermeiros, com 77%, ainda segundo os dados do relatório.

Como tal, verifica-se que medidas simples devem ser adotadas, pois contribuem para a diminuição das complicações da pessoa em situação crítica, nos diversos contextos desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar. Deste modo, o enfermeiro ao adotar esta conduta, promove a segurança dos cuidados que implementa, proporcionando qualidade

De facto, a prevenção e controlo, das infeções e as resistências aos antimicrobianos é um objetivo estratégico do PNSD 2015-2020, pelo que o conheci e tive oportunidade de o dar a conhecer em momentos informais aos colegas nos diversos serviços onde passei, cumprindo-o e fazendo-o cumprir.

Neste sentido, o Despacho nº 1400-A/ 2015 de 10 de fevereiro do MS, define uma série de metas para o ano de 2020, pelo que devem ser desenvolvidas ações conforme o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), entre elas: monitorizar as IACS; diminuir o consumo de antibióticos em ambulatório em meio hospitalar; notificar a resistência a antibióticos e reportar anualmente à DGS os

resultados das monitorizações realizadas. Deste modo, Ferreira e Lima (2010) afirmam que, é fundamental conhecer a dimensão da problemática e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção, através da identificação e modificação das práticas de risco, o que pressupõe a cooperação dos profissionais de saúde, das organizações e da sociedade.

Na RAM existe um grupo coordenador regional de prevenção e controlo da infeção, intitulado Grupo de Coordenação do PPCIRA, que possui como principais funções a articulação entre Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados e outras entidades prestadoras de cuidados, de modo a promover uma maior colaboração e comunicação interinstitucional, numa perspetiva de juntar esforços, recursos e saberes nesta área, bem como de partilha de responsabilidade na segurança clínica e melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste sentido o PPCIRA possui como objetivos gerais a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Como tal, formula diretrizes com os procedimentos para prevenir e controlar as infeções, tendo por base as respetivas vias de transmissão (PPCIRA, 2016).

No estágio realizado no SU polivalente do HNM, constatei que quando o doente chega em ambulância e é transferido para a maca hospitalar, não existe um dispensador de solução alcoólica para desinfeção das mãos, existindo apenas na área da triagem e na entrada para as “boxes” de observação. Esta situação já foi notificada anteriormente, contudo por constrangimentos económicos ainda não foram disponibilizados os recursos materiais necessários. Na sala de triagem, quando existe doentes admitidos que se encontram imunodeprimidos, é facultado uma máscara de proteção e é promovida orientação no sentido de ficar nos locais com menor fluxo de doentes.

Já no SO e na SCE, devido ao constante fluxo de doentes é mantida a distância mínima de segurança recomendada e há recurso a uma cortina, para individualizar a unidade, existindo ainda no SO um espaço destinado ao isolamento, que frequentemente é utilizado por doentes imunodeprimidos. Na sala de emergência, foi possível identificar e refletir sobre os momentos críticos para a transmissão de infeção, promovendo boas práticas, porém em situações *lifesaving*, foi imperativo que possuísse uma ampla capacidade de *know-how* técnico, um bom sentido intuitivo e entre outros aspetos, ser capaz de gerir o *stress*. Baseado em Figueira (2013), as situações de emergência/ urgência, pela sua natureza são propícias à infeção, onde são prestados cuidados num curto espaço de tempo, onde existem muitas situações de *lifesaving*, escassez de profissionais e número elevado de utentes. Observei

estas condições essencialmente no contexto pré-hospitalar e no SU, onde por vezes não existem recursos materiais suficientes para uma prestação de cuidados adequada, nomeadamente não existe lavatórios para a higienização das mãos, nos momentos preconizados, pelo que recorri à solução alcoólica.

Analisando os ambientes onde realizei estágio, considero que os mesmos apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento das IACS: sobrelotação, ausência de pessoal dedicado apenas os utentes infetados e/ou colonizados, as transferências frequentes de utentes entre serviços e utentes críticos internados em unidades específicas, como no caso da UCIP, SO, SCE, entre outros.

Depreende-se a necessidade da implementação de medidas básicas, de modo a reduzir a incidência de infeções. Neste sentido, durante os estágios solidifiquei os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas do curso, consultei os planos e normas que visam o controlo da infeção hospitalar e mobilizei esta panóplia de saberes para o contexto da prática. Aliado ao conhecimento, estabeleci estratégias e intervenções visando a prevenção e controlo da infeção, destaco a utilização adequado dos equipamentos de proteção individual, a higiene das mãos, a triagem segura de resíduos e o cumprimento da técnica asséptica nos procedimentos que exigem um cuidado acrescido. Também, desenvolvi a minha intervenção na educação dos clientes e familiares para o cumprimento de medidas como: a correta higienização das mãos; o não circular nas áreas de acesso restrito; o permanecer junto do familiar, evitando o contato físico com outros doentes; a utilização dos sanitários destinados às visitas e a execução de uma etiqueta respiratória adequada.

Realço que no estágio realizado na UCIP, implementei as medidas contempladas no PPCIRA. Neste programa existem diversos protocolos, nomeadamente o de prevenção da transmissão cruzada da colonização/infeção por *methicillin-resistant staphylococcus aureus* (MRSA). Destaco, este protocolo uma vez que a taxa de prevalência tem sido elevada, segundo os dados fornecidos pela equipa da PPCIRA, logo foi imperativo uma atenção redobrada, com intuito de prevenir a sua ocorrência.

O inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses, realizado em 2012, revelou que a prevalência das infeções adquiridas no hospital foi mais elevada nas UCIP (24,5%), bem como o uso de antimicrobianos (55,3%). Ainda segundo o mesmo estudo, as infeções mais frequentes no contexto hospitalar foram as infeções das vias áreas inferiores (29,3%), seguindo-se as infeções das vias urinárias (21,1%), a infeção do local cirúrgico (18%) e a infeção da corrente sanguínea (8,1%).

Tendo em conta o conhecimento proveniente destes dados, atualmente o SMI encontra-se inserido no programa HELICS-UCIP: Programa de Vigilância da Infecção nas Unidades de Cuidados Intensivos, que monitoriza as infeções mais prevalentes, especificamente a PAI, traqueobronquite, bacteriemia relacionada com o cateter venoso central e infeção do trato urinário associada ao cateter vesical. Este programa pretende com base na monitorização, identificar as áreas de intervenção a melhorar para prevenir as IACS, bem como reduzir a sua incidência. Como tal, orienta para o cumprimento das diretrizes e boas práticas, bem como implementa os contributos das últimas evidências científicas.

Ao longo do estágio na UCIP inteirei-me dos protocolos existentes no serviço, nomeadamente os correspondentes ao programa “STOP Infecção Hospitalar”. Apercebi-me e cumpri as orientações como uma boa prática, de modo a prevenir as IACS e posteriormente procedi à avaliação e registo das medidas implementadas. Este estágio proporcionou a consolidação dos conhecimentos adquiridos, pelo que passo a descrever algumas das atividades desenvolvidas neste sentido.

A UCIP integra o programa “STOP Infecção hospitalar”, o qual possui como objetivo principal reduzir em 50% a incidência de infeções hospitalares, em doze hospitais, no período de três anos, baseado numa metodologia de melhoria contínua (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). Este desafio lançado pela Fundação Calouste Gulbenkian, diz respeito à problemática das infeções hospitalares, que se constituem como eventos adversos aos doentes internados nos hospitais. Estes eventos têm um enorme impacto, pois encontram-se associados a um aumento da morbilidade e da mortalidade, prologando o tempo do internamento e potenciando o aparecimento de incapacidades. Para além disto, constituem um elevado impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral.

Com recurso ao conhecimento dos protocolos relativos à prevenção e o controlo de IACS, apliquei estratégias preconizadas e respetivos feixes de intervenção. Pela especificidade da UCIP, aprofundei conhecimentos inerentes à prevenção da PAI, uma vez que na minha prática do exercício profissional não estava “familiarizado” com estes cuidados. Neste sentido, aprofundei conhecimentos referentes às *Bundles* de prevenção da PAI, para uma prática baseada na última evidência, contribuindo para a prevenção das mesmas, e assim diminuir a taxa da pneumonia nosocomial.

Nogueira, Paiva, Pina e Silva (2013), ressaltam que existem diferenças nas taxas de infeções associadas aos dispositivos invasivos *versus* a taxa de infeções nos doentes não submetidos a esses dispositivos, sendo mais elevadas nos doentes com dispositivos invasivos.

No que se refere à prevenção das PAI, ao longo do estágio como já referi anteriormente, apliquei os feixes recomendados, particularmente mantive a cabeceira do leito em ângulo superior ou igual 30°, evitando momentos de posição supina; realizei higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2% pelo menos 3 vezes ao dia, em todos os doentes que perspetivavam um período de internamento na UCIP com duração superior a 48 horas; mantive circuitos ventilatórios (substituindo-os apenas aquando visivelmente sujos ou disfuncionais) e mantive a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 centímetros de água, tal como preconizado. Ainda tive outro cuidado relativo a este feixe, que correspondeu à revisão e possível redução e/ou suspensão da sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento. Procurei documentar em processo clínico, discutindo e avaliando diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação.

Outra medida não menos importante, refere-se aos circuitos de limpos e sujos, aquando dos procedimentos na prestação de cuidados aos doentes críticos, pelo que na minha prática constituiu uma preocupação. O circuito tanto no SU básico, como no polivalente, não está muito simplificado, pelas condições físicas e recursos disponíveis, pelo que sugeri com recetividade da equipa, e implementei a recolha de resíduos sempre junto ao cliente alvo dos cuidados. Já no contexto do UCIP pela sua organização e estrutura física, considero que o circuito cumpre com as recomendações. No contexto do pré-hospitalar, prestei atenção a esta componente, promovendo uma prática segura pelo que levei os resíduos para as instalações do SRPC, para a arrecadação destinada ao seu tratamento.

Inerente aos campos de estágio, não posso deixar de salientar novamente que a metodologia de intervenção se regeu pelas recomendações e *guidelines* existentes. Porém, o ambiente pré-hospitalar e o contexto do SU são ambientes específicos de cuidados onde grande parte das situações de doença são complexas e a vida da pessoa poderá estar em risco, no entanto as necessidades fisiológicas não devem se sobrepor às restantes. Procurei então, ter particularmente em atenção esta área de intervenção e tentei assumir o papel de “modelo” para a equipa, e ser agente de mudança.

Deste modo, senti necessidade de aprofundar conhecimentos e realizar diversas pesquisas no sentido de estar atualizado e ser capaz de intervir junto da equipa de enfermagem, lembrando a importância da consulta do Manual do PPCIRA para a adequação dos procedimentos, desde os mais invasivos, como a técnica da algaliação, aos menos ou não invasivos, como o esvaziamento dos sacos coletores de urina, medidas de isolamento, entre muitos outros. Pela minha observação, verifiquei que as atividades

desenvolvidas foram eficazes, observando mudança nos comportamentos, em virtude da qualidade e segurança na prestação dos cuidados.

Constatei também, nos estágios no SU e no SMI, que os profissionais estão alertas para o uso apropriado de antimicrobianos, havendo o cuidado de obter a colheita do produto biológico para exame microbiológico antes de iniciar o antibiótico, e a prescrição de antibióticos é efetuada em doses adequadas e em intervalos corretos, tal como é preconizado pelo PPCIRA.

No contexto geral dos estágios efetuados, especialmente no SU e no pré-hospitalar, observei que o enfermeiro está constantemente a "improvisar" pela escassez de recursos, de forma a garantir a assepsia nos procedimentos de enfermagem. Os princípios estão presentes e cabe ao enfermeiro assegurar o cumprimento dos mesmos, como por exemplo, no pré-hospitalar antes de muitos procedimentos preconiza-se a lavagem das mãos, contudo pela sua inexistência, recorre-se a solução alcoólica, entre muitos outros.

Relativamente ao pré-hospitalar, elucidei algumas das vezes os bombeiros para a importância e pertinência da desinfeção das mãos com solução alcoólica, bem como para a desinfeção da maca da ambulância e dos restantes dispositivos. Estes profissionais verbalizaram que de facto eram conhecedores desta boa prática, todavia não cumpriam sistematicamente, pelo que demonstraram receptividade perante a minha abordagem e implementação das medidas propostas.

Em síntese, sensibilizei, demonstrei e implementei medidas para controlar e prevenir as infeções, desde o contexto pré-hospitalar ao intra-hospitalar, a partir de medidas simples, assumindo-me como agente proactivo na mudança de comportamentos com vista a um ambiente seguro, tanto para os clientes, como para os profissionais.

Demonstrei conhecimentos específicos e competências na área da higiene hospitalar, nomeadamente estabeleci os procedimentos e circuitos necessários, de acordo com o plano de controlo da infeção hospitalar; zelei pelo cumprimento dos procedimentos de acordo com o referido plano; monitorizei, registei e avaliei as medidas implementadas. Observei assim, que me foi reconhecido pela equipa conhecimentos e competências científicas e técnicas especializadas nesta área específica do controlo da infeção.

Pelo exposto, ao longo deste subcapítulo considero que as unidades de competência de prevenção e controlo da infeção foram adquiridas, permitindo a prestação de cuidados segura e de qualidade, através do recurso aos procedimentos de controlo de infeção, tendo por base as normas emanadas, designadamente no que concerne às IACS.



## **CAPÍTULO III: COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM**



De acordo com o Decreto de Lei nº 74/2006 de 24 de março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o grau académico de mestre é atribuído aos que possuem um nível de conhecimento e capacidades de compreensão que possibilita o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos, constituindo-se como base do desenvolvimento e ou aplicações originais, em contexto de investigação.

Partindo deste pressuposto, pretendo demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências do grau de Mestre, nomeadamente, aplicação dos meus conhecimentos e capacidade de compreensão para a resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares; a capacidade de lidar com questões complexas; a comunicação das minhas conclusões e conhecimentos a especialistas e não especialistas e demonstrar competências que me permitiram uma aprendizagem ao longo da vida.

Assim, ao chegar a etapa final deste percurso, constato que através da descrição, reflexão e análise crítica das experiências vivenciadas ao longo dos três estágios, descritas nos capítulos anteriores, é possível verificar o aprofundamento e desenvolvimento de conhecimentos para a construção de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, concretamente na vertente da pessoa em situação crítica.

Os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo das unidades curriculares do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a pesquisa bibliográfica realizada foram cruciais para realização da minha prática, nos distintos contextos de estágio. Demonstrei a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, desde o pré-hospitalar, SU e UCIP. Destaco que no contexto do pré-hospitalar geri as diversas ocorrências, tendo em conta que a metodologia de trabalho desta equipa é diferenciada, envolvendo uma grande coordenação e trabalho em equipa, o que me proporcionou aprofundar conhecimentos, nomeadamente no cuidar da pessoa vítima de trauma em contexto extra-hospitalar, o qual ainda não tinha tido essa oportunidade, por desempenhar o meu exercício profissional apenas no intra-hospitalar.

Entendo que, a postura que adotei e as intervenções que implementei nas diferentes experiências e situações de aprendizagem que me deparei ao longo do estágio, permitiram o desenvolvimento de diversas competências, nomeadamente a aplicação de conhecimentos e compreensão, bem como a competência referente à realização de julgamento/ tomada de decisão, as quais foram alvo de reflexão individual e em equipa, por se tratarem de situações complexas que envolvem problemas e/ou dilemas éticos.

No contexto dos estágios, essencialmente no SU básico e polivalente, bem como no pré-hospitalar, o cuidar da pessoa e da família implicou uma avaliação criteriosa. No caso da pessoa em situação crítica, a avaliação foi detalhada com recurso à metodologia ABCDE, aliada aos achados provenientes da monitorização e fazendo uma ligação com o quadro clínico. Já na UCIP, foi possível interpretar os dados provenientes do suporte tecnológico e relacioná-los com a clínica, o que foi uma experiência verdadeiramente enriquecedora que permitiu refletir e adquirir em cada caso clínico novos conhecimentos.

Ao longo dos estágios, consegui transmitir as minhas conclusões e raciocínios subjacentes sobre as intervenções planeadas e implementadas, a enfermeiros especialistas e não especialistas, bem como a outras classes profissionais. Enfatizo a formação em serviço realizada no estágio do SMI sobre o *delirium*, bem como a construção e apresentação do fluxograma - Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar, no estágio III no SEMER e SU básico, como atividades que subsidiaram o desenvolvimento desta competência. Também, ressalto que o meu *know-how* e as situações experienciadas permitiram o desenvolvimento da minha capacidade de tomar decisões, conhecendo as implicações e assumindo as minhas responsabilidades.

A tomada de decisão, segundo Fonseca (2006), deve ser refletida e fundamentada. Como tal, a pesquisa e a capacidade/desenvolvimento de reflexão crítica, assumiram-se como uma conduta ética e deontológica em *prol* da melhoria contínua dos cuidados.

Perante a complexidade dos problemas de saúde apresentados pelos doentes e a imprescindibilidade dos cuidados de saúde, evidenciada no cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, uma das minhas prioridades de atuação era detetar e despistar os focos de maior instabilidade, com base na avaliação, de modo a mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Desta forma, fui capaz de intervir prevenindo complicações, limitando as incapacidades e concomitantemente prestando apoio/assistência à família.

No que concerne à competência de autoaprendizagem, considero que a aprendizagem é um processo inacabado. Como tal, na minha atividade profissional, bem como no decorrer do curso de mestrado e respetivos estágios, procurei aprofundar os conhecimentos e novas oportunidades de aprendizagem, visto a abrangência e complexidade de cuidados que esta área de especialidade na vertente da pessoa em situação crítica pressupõe. Posto isto, aprecio que os estágios proporcionaram a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes ao grau do mestre em enfermagem, bem como do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

## **CONCLUSÃO**

O enfermeiro especialista é aquele que detém um “conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (Regulamento nº 122/2011, p.8648).

Assim, no findar deste trabalho, no qual procedi à construção deste relatório de estágio intitulado *Competências Especializadas no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: do Intra-hospitalar ao Transporte Inter-hospitalar*, considero que atingi os objetivos a que me propus inicialmente. Evidenciei o percurso realizado e as competências desenvolvidas nos estágios realizados na UCIP; SU polivalente do HNM; SU básico da unidade de saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim e no SEMER.

Deste modo, o curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a elaboração deste relatório, possibilitou-me analisar criticamente o percurso desenvolvido numa perspetiva de crescimento pessoal e profissional. Permitiu, também evidenciar o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências a nível reflexivo, de pensamento crítico, tomada de decisão, resolução de problemas e comunicação, promotor do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como especializadas e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica.

Os estágios, assumiram-se como promotores do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, nomeadamente o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

No intra-hospitalar, o estágio efetuado no SU polivalente proporcionou-me muitas situações de aprendizagem, nomeadamente na funcionalidade do processo de triagem de Manchester e na ativação das vias verdes; no atendimento à pessoa em situação crítica vítima

de: PCR; edema agudo do pulmão; enfarte do miocárdio, AVC; trauma, intoxicação, entre outras. Por sua vez, no estágio da UCIP mobilizei os conhecimentos adquiridos durante o período teórico, e prática anterior, que contribuíram para a prestação de cuidados seguros aos doentes com falência multiorgânica. Detetei uma necessidade formativa sobre o *delirium* em UCIP e realizei uma formação com apresentação da escala de monitorização. Já no estágio de opção, cuja temática foi o TIH da pessoa em situação crítica, aprofundei os conhecimentos sobre o transporte inter-hospitalar e coloquei-os em prática, tanto nos transportes terrestres como nos aéreos, de modo a prevenir complicações e garantir a segurança e qualidade do transporte. Constatei uma necessidade formativa sobre a avaliação dos meios para o TIH, pelo que elaborei um fluxograma e apresentei-o à equipa em contexto formativo, bem como outros documentos de suporte.

Concomitantemente este relatório reflete competências que coadunem com o grau de mestre em enfermagem: capacidade de aplicação dos meus conhecimentos e capacidade de compreensão para a resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares; a capacidade de lidar com questões complexas; a comunicação das minhas conclusões e conhecimentos a especialistas e não especialistas e, demonstra competências que me permitiram uma aprendizagem ao longo da vida.

Gostaria de salientar o acolhimento e disponibilidade pelas equipas onde estagiei, que facilitaram o meu processo de aprendizagem e se assumiu como promotor do desenvolvimento das diversas competências nos variados domínios.

Como apreciações finais, e efetuando uma breve análise a toda a elaboração do presente relatório, considero que consegui mobilizar os conhecimentos, que permitiram concretizar os objetivos pretendidos com sucesso e satisfação. Porém, aqui fica o sentimento dos seus defeitos e imperfeições, devido à sua enorme abrangência, sentindo dificuldade em impor limites quanto ao relevante para o autoconhecimento e autoaperfeiçoamento. Destaco igualmente, que proporcionou experiências verdadeiramente enriquecedoras, na certeza de que as mesmas me acompanharam na prática profissional atual e futura.

Ao longo da realização do relatório senti algumas dificuldades, que se prenderam com as limitações de tempo, cansaço pela sobrecarga de trabalho, como na própria redação e síntese dos conteúdos. No entanto, foi mais um desafio no processo de aprendizagem pessoal e profissional, considerando que as metodologias adotadas foram eficazes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Duque, A., Paulino, C., Brito, J., Silvestre, J., Gonçalves-Pereira, J., ... Póvoa, P. (2011). Papel neuroprotector da hipotermia terapêutica pós paragem cardio-respiratória. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(4), 455-461. Retrieved from [rbti.org.br/exportar-pdf/v23n4a10.pdf](http://rbti.org.br/exportar-pdf/v23n4a10.pdf)
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Um ano de reflexão e mudança!*. Retrieved from [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro\\_CRDC.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf).
- Alamanou, D., & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transports policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8, 166-178. Retrieved from <http://www.hsj.gr/medicine/intrahospital-transport-policies-the-contribution-of-the-nurse.php?aid=2749>
- Almeida, A. C. (2001). As evacuações aeromédicas no contexto nacional do transporte de doentes. *Sinais Vitais*, 37, 43-49.
- American Heart Association. (2015). *Destaques da American heart association 2015: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE*. Retrieved from <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of American psychological association* (6<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração universal dos direitos do Homem*. Retrieved from <http://afilosofia.no.sapo.pt/cidadania1.htm>.
- Augusto, M. C. B. (2013). *Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão em Portugal: Estudo exploratório* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Gestão e desenvolvimento de Recursos Humanos). Instituto Politécnico do Porto, Porto. Retrieved from [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3534/3/DM\\_CristinaAugusto\\_2013.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3534/3/DM_CristinaAugusto_2013.pdf)

- Azoulay, E., Capuzzo, M., Chiche, J., Delgado, M., Eddleston, J., Endacoot, R., Valentin, A. (2012). Prospectively defined indicators to improve the safety and Quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Med*, 38 (4), 569-605, doi: 10.1007/s00134-011-2462-3
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gelinas, C., Dasta, J. F., & ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine Journal*, 41, 263-306, doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudo versão I*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
- Brito, F. M., Costa, I. C. P., Costa, S. F. G., Andrade, C. G., Santos, K. F. O., & Francisco, D. P. (2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 18(2), 317-322, doi: 10.5935/1414-8145.20140046
- Candeias, A., Hoffmeister, L., Lage, M., Macedo, A., Mendes, C., & Sousa, M. (2016). Validação do nursing activities score em unidades de cuidados intensivos portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 826-832, doi: 10.1590/0034-7167-2016-0147
- Castellan, C., Sluga, S., Spina, E., & Sanson, G. (2015). Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *Journal Of Advanced Nursing*, 72 (6), 1273-1286, doi:10.1111/jan.12913.

- Comissão Nacional da UNESCO. (2005). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>
- Consejería de Sanidad. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Correia, C. (2013). *Papel do enfermeiro na sala de emergência e no transporte inter-hospitalar do doente crítico*. (Tese para obtenção do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCIP*. (Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901\\_td\\_Maria\\_Correia.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf)
- Coutinho, P., Esteves, F., Granja, C., Nóbrega, J., Paiva, J., Ribeiro, J., ... & Vaz, J. (2016). *Rede de referência de medicina intensiva*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/Uploads/2016/11/rrh-medicina-intensiva.pdf>.
- Deodato, S. J. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Dias, D. C. (2005). *Bioética: Implicações para o Cuidado de Enfermagem*. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste.

- Direção de Serviços de Planeamento & Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal: Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números: 2015: Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: Author. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Droogh, J. M., Smit, M., Hut, J., De Vos, R., Ligtenberg, J. M. , & Zijlstra, J. C. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients, expect surprises. *Critical Care*, *16*(1), doi: 10.1186/cc11191.
- Encarnação, P. S., Melo, M. M., & Lage, M. I. (2014). A Pessoa em Situação Crítica Helitransportada: história do passado recente e panorama atual. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(2), 171-183, doi: 10.12707/RIII13151.
- Errasti-Ibarrondo, B., & Tricas-Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de Cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, (4), 179-188. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-s1130239912000715>
- Faria, P. (2010). Perspetivas do direito em segurança do doente com base na experiência norte-americana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *10*, 81-88.
- Ferdinande, P., & Valenti, A. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, *37*(10), 1575-1587, doi: 10.1007/s00134-011-2300-7
- Fernandes, I. (2010). Protocolos no serviço de urgência. *Nursing*, (259).
- Ferreira, E., Marques, A., Matos, B., & Pina, E. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. (Vol. Temático). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39. Retrieved from <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-e-seguranca-do-X0870902510898567>

- Ferreira, S., & Lima, A. (2010). *Projeto segurança do paciente mãos limpas são mãos mais seguras*. Retrieved from <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/infeccao-hospitalar/projeto/material/capacitacao/apresentacaodoprojeto.pdf>
- Figueira, A. (2013). *Prevenção e Controlo da Infecção no Serviço de Urgência – A higienização das mãos* (Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão de ensinios clínicos de enfermagem: Perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-70. Retrieved from [http://bibliobase.sermis.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449\\_RevPortCliGer al.pdf](http://bibliobase.sermis.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGer al.pdf)
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar: Um desafio Gulbenkian*. Retrieved from <https://gulbenkian.pt/publication/stop-infecao-hospitalar-booklet/>
- Gonçalves, J. (2006). *A boa morte: Ética no fim de vida* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Bioética). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20no%20Fim%20da%20Vida.pdf>
- Grilo, E., & Mendes, F. (2012). *O estudo de caso como estratégia de investigação em enfermagem*. In Congresso de Investigação Ibero-Americano de Países de Língua Oficial Portuguesa, Coimbra.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Holleran, R. (2010). Transporte aéreo e terrestre de doentes. In S. Sheely, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6ª ed.) (pp. 89- 105). Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2015* (Trans. Ordem dos Enfermeiros) Genebra: Author.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Transporte do doente crítico*. Lisboa: Author.

Knapp, S. J. & Sole, M. L. (2013). Patient and Family Response to the Critical Care Experience. In M. L. Sole, D. G. Klein, M. J. & Moseley (Eds). *Introduction to critical care nursing* (pp. 14-25). Missouri: Elsevier.

Koerich, M. S., Machado, R. R. & Costa, E. (2005). Ética e bioética: Para dar início à reflexão. *Contexto Enfermagem*, 14(1), 106-10.

Le Boterf, G. (2005). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto alegre: Artmed.

Martins, L., Oliveira, R., Santo, M., & Silva, L. (2014). Índices prognósticos na prática Clínica de enfermagem em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 179-190.

Martins, M. M., Martinho, M. J., Carvalho, J. C., Fernandes, I., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2012). Enfermagem e Família: concepções dos enfermeiros em unidades de internamento. In Escola Superior de Enfermagem do Porto. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44-54). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde. (2009). *Carta dos direitos do doente internado*. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaosaude/carta\\_direitos\\_doente\\_internado.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaosaude/carta_direitos_doente_internado.pdf).

Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: Author.

Morais, C. M. F. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Morais, J. (2015). *Fatores determinantes de úlceras de pressão na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos*. (Tese para obtenção do grau de Mestre em Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny – Hélder Bacalhau

- Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politénico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. Retrieved from [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1452/1/Jorge\\_Morais.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1452/1/Jorge_Morais.pdf)
- Nogueira, P., Paiva, J., Pina, E., & Silva, M. (2013). *Relatório preliminar do inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>.
- Nunes, L. (2008). Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 29, 72-80.
- Nunes, L. (2015a). Enunciado de posição relativo à perspetiva ética e deontológica da segurança dos clientes. In *Ordem dos Enfermeiros, Deontologia Profissional de Enfermagem* (pp. 212-219). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2015b). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Author.
- Ordem Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Pardavila Belio, M., & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460>
- Pina, J. A. E. (2013). *Ética, deontologia e direito médico*. Lisboa: Lidel.

Pinto, A. (2016). *Via verde dos Avc's*. In Sessões Clínicas do Hospital Fernando Fonseca Serviço de Neurologia. Amadora.

PORTUGAL. Assembleia da República (16 jul. 2012). Lei nº 25/2012. *Diário da República* nº 136, I Série.

PORTUGAL. Assembleia da República (3 jul. 2006). Lei nº 27/2006. *Diário da República* nº 126, I Série.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Grupo Português de Triagem - Norma 002/2015. 2015-06-06. Acessível na DGS, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 set. 1996). Decreto-lei nº 161/96. *Diário da República* nº 205, I Série-A.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO. 2010-03-31. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acessível na DGS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular normativa nº 09/DGCG. A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. 2003-06-14. Acessível na DGS.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (18 fev. 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* nº 35, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (18 fev. 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da república* nº 35, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento nº 361/2015. *Diário da República* nº 123, II Série.

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. Hospital Central do Funchal. (2008). *Plano de resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas*. Funchal.

Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Raimundo, H. (2012). *Relato de erros de medicação: Percepções dos enfermeiros* (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1634>
- Rello, J., Lode, H., Cornaglia, G., & Masterton, R. (2010). VAP care bundle contributors. *Intensive Care Medicine*, 36(5), 773-80, doi: 10.1007/s00134-010-1841-5.
- Rodrigues, L. & Martins, J. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 26-41. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012\\_16\\_1\\_26-41.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_26-41.pdf)
- Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In M. Costa, M. Mestrinho, & M. Sampaio, *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação* (pp. 39-48). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saiote, E., & Mendes, F. (2011). A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: Importância atribuída por enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 219-225. Retrieved from <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/21814/14224>.
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Retrieved from <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/429/1/FORMA%20E%20SERVI%20E%20DESENVOLVIMENTO%20PROFISSIONAL.pdf>.
- Saraiva, A. (2012). Suspensão de tratamentos em unidades de terapia intensiva e seus fundamentos éticos. *Revista Bioética*, 20 (1), 150-163. Retrieved from [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/721](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/721)
- Schweitzer, G., Nascimento, E. R. P., Nascimento, K. C., Moreira, A., & Bertoncello, K. (2011). Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: Cuidados durante e após o voo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 478-485, doi: 10.1590/S0104-07072011000300008
- Serviço de Emergência Médica Regional. (2011). *Manual de suporte avançado de vida*. Funchal: Serviço Regional de Protecção Civil.

- Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Tese para obtenção do grau de Doutor em Didática). Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD\\_T\\_Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf)
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6.<sup>a</sup> ed). Loures: Lusociência.
- Silva, A. & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Formasau: Coimbra.
- Silva, H. (2009). Importância da Avaliação das necessidades da família do doente, para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem. *Revista de Sinais Vitais*, (85), 45-48.
- Silva, N. D. (2010). Sedação e tratamento da dor no doente crítico. In P. Ponce (Coord.). *Manual de terapêutica médica* (pp. 338-345). Lisboa: Lidel.
- Sousa, J. P. A. (2012). A resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*, 25(1), 37-43. Retrieved from <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/.../11>
- Sousa, P. (2006). Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Revista Nascer e Crescer*, 15(3), 163-167.
- Teixeira, C., Carneiro, J. & Matos, F. (2017). Monitorização do *Delirium* em UCI de Adultos. In *IV Congresso Internacional e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto*. Matosinhos.
- Teixeira, V. A, Oselame, G. B, & Neves, E. B. (2006). O protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. *Revista Três Corações*, 12(2), 905-920.
- Urden, L. (2008). Prática de enfermagem em Cuidados Intensivos. In K. Lough, K. Stacy, & L. Urden, *Thelan`s enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (5th ed.). Loures: Lusodidacta.
- Warren, J., Fromm, R. J., Orr, R. A., Rotello, L. C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny – Hélder Bacalhau

32(1), 256-262. Retrieved from  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=15&sid=d064c698-bed7-41c3-a7b09356c2eac486%40sessionmgr103&hid=118&bdata=Jmxhbmc9cHQ tYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=14707589&db=mdc>.

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144013/pdf/TOC.pdf>.

Wilson, J. (2004). *Controlo da infeção na prática clínica*. Loures: Lusociência.



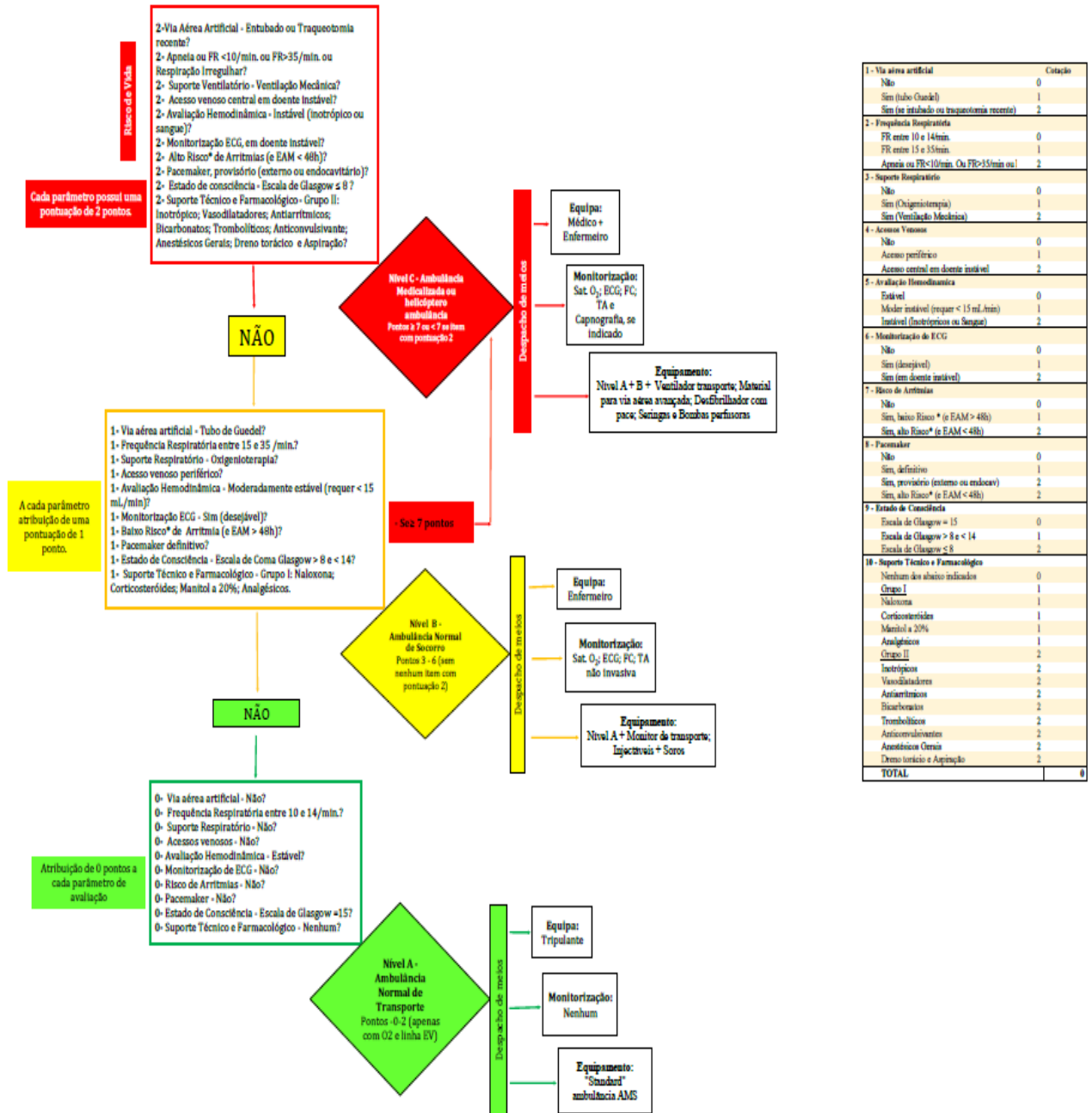
## **APÊNDICE**



# APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DE TRABALHO: AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

## FLUXOGRAMA DE TRABALHO

### Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar



\* Baixo Risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto Risco = risco imediato de vida ou necessita de intervenção terapêutica imediata.

\* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

## LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

### I. CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

- Registrar no impresso de transporte a identificação do doente
- Os familiares foram informados da transferência e destino final
- Nº telefone direto do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
- Nº telefone direto do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
- Registrar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte

### II. AVALIAÇÃO DO DOENTE

- Motivo e data de admissão no hospital de origem
- História clínica
- Antecedentes pessoais
- Motivo de transferência
- Nota de transferência
- Verificação dos exames complementares relevantes
- Registrar pontos relevantes do exame físico

### III. OBSERVAÇÃO DO DOENTE

#### A. VIA AÉREA

- Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
- Necessidade de adjuvantes da via aérea
- Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
- Excluir causas que indique entubação traqueal

#### B. VENTILAÇÃO

- O2 suplementar
- Óculos nasais \_\_\_\_\_ litros/min.
- Máscara: FIO2 \_\_\_\_\_ %
- Entubação traqueal \_\_\_\_\_ litros/min.
- Ventilação artificial
- Modo Ventilatório \_\_\_\_\_ Vol/min \_\_\_\_\_ Fresp \_\_\_\_\_ /min FIO2 \_\_\_\_\_ % Peep \_\_\_\_\_
- Gasimetria ( h min): pH \_\_\_\_\_ Pa O2 \_\_\_\_\_ Pa CO2 \_\_\_\_\_ Pi O2 \_\_\_\_\_ %
- HCO3-

#### C. HEMODINÂMICA

- PC \_\_\_\_\_ p.p.m. TA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg
- Hemorragia ativa na última hora
- Suporte transfusional
- Acesso vascular - 2 Acessos periféricos \_\_\_\_\_ G/ \_\_\_\_\_ G Cateter Central (lúmen) \_\_\_\_\_
- Linha arterial
- Débito urinário/h (última hora) \_\_\_\_\_ ml
- Anestésicos vasoativos: Dopamina \_\_\_\_\_ Dobutamina \_\_\_\_\_ Noradrenalina \_\_\_\_\_

#### D. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- Convulsão na última hora
- G.C.S. \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_
- Sinais de hipertensão intra-craniana
- Pupílas anormais
- Sedação - Fármaco \_\_\_\_\_ RASS \_\_\_\_\_
- Agitação psicomotora

#### E. TRAUMA

- Coluna cervical imobilizada
- Excluir a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
- Excluir a hemorragia abdominal/ pélvica
- Imobilização osso longos/ bacia

### F. AVALIAÇÃO LABORATORIAL (data/ hora) \_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_h \_\_\_\_ min.

- Hgb/Hct
- Na +
- K+
- Glicémia

### G. MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM (registar últimos valores antes da mudança de cama)

- BCG
- TA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg
- SaO2 \_\_\_\_\_ %
- ET CO2
- Temperatura \_\_\_\_\_ °C
- Outros: \_\_\_\_\_

### H. VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE (antes da mudança de cama)

- Reserva de O2 (O2 necessário = ((20+Vres) x FIO2 x tempo de transporte em minutos) + 50%)
- Monitor/ desfibrilador com "pacemaker"
- Material de via aérea
- Fármacos ( estimar quantidades necessárias em perfusões contínuas)

### IV. INÍCIO DE TRANSPORTE

- Mudança para a maca de transporte
- Mudança de prótese ventilatória
- Mudança equipamento de perfusão
- Mudança de monitorização
- Fiação redundante de tubos e linhas
- Tapar o doente
- Fiação correta do doente e do equipamento
- Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
- Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
- Registo à saída do serviço

### V. NA AMBULÂNCIA

- Fiação da maca
- Fiação e conexão de equipamento
- Observação do doente
- Registo, antes do início da marcha
- Verificação final do equipamento da ambulância

### VI. TRAJETO

- Registrar parâmetros
- Registrar terapêutica/ intervenções efetuadas e hora
- Registrar hora de início e fim de marcha

### VII. ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO

- História clínica e antecedentes
- Motivo de transferência
- Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajeto
- Passagem dos exames complementares e dados administrativos
- Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
- Complicações durante o transporte

### VIII. REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM

- Informar serviço de origem do resultado do transporte
- Preencher hora de regresso
- Devolver equipamentos e reportar qualquer falta
- Arquivar em local próprio as folhas de registo

Adaptado de " Transporte de Doentes Críticos - Recomendações", SPCI & OM, Lisboa,

## **ANEXOS**



# ANEXO A - FORMULÁRIO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

NOME _____	DIAGNÓSTICO 1: _____
IDADE _____	DIAGNÓSTICO 2: _____
HOSPITAL ORIGEM: _____	DIAGNÓSTICO 3: _____
HOSPITAL DESTINO: _____	
MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE: _____	
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE: _____	

**A - VIA AÉREA**

Origénio ventimask     FI O2 (%)     Tubo Oro-traqueal     Tubo Naso-traqueal     Outra via aérea

Dreno Torácico     Onde: \_\_\_\_\_

**B - VENTILAÇÃO**

Espontânea     Controlada

**C - CIRCULAÇÃO**

Acessos venosos _____	Onde _____	Fluidos (> 2000 ml) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quais: _____
Linha arterial _____	Onde _____	Aminas/Inotrópicos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quais: _____
Cateter central _____	Onde _____		
Diurese (ml) _____			

**D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA**

Traumatismo vértebro-medular  SIM  NÃO    Lesões neurológicas  SIM  NÃO    Nível \_\_\_\_\_

Score Coma Glasgow (entrada hospital origem)	Abertura olhos _____	Resposta motora _____	Resposta verbal _____	TOTAL
Score Coma Glasgow (saída hospital origem)	Abertura olhos _____	Resposta motora _____	Resposta verbal _____	

**E - EXPOSIÇÃO**

Queimado  SIM  NÃO    % atingida \_\_\_\_\_    Envolvimento de: FACE \_\_\_\_\_ MÃOS \_\_\_\_\_ PÉS \_\_\_\_\_ PERÍNEO \_\_\_\_\_

Tipo de queimadura: FOGO \_\_\_\_\_    ÁGUA \_\_\_\_\_    QUÍMICO \_\_\_\_\_    EXPLOSÃO \_\_\_\_\_

Feridas  SIM  NÃO    Tipo: \_\_\_\_\_    Local: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Cirurgia no Hospital de origem:  SIM  NÃO    Qual: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_    Drenos  SIM  NÃO    Locais: \_\_\_\_\_

Anestesiasta: \_\_\_\_\_

Imagiologia

TAC _____	Fracturas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Ecografia _____	Locais: _____
RX cervical (face+perfil) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RX tórax <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RX bacia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Sinais vitais (saída hospital de origem)    TA \_\_\_\_\_    FR \_\_\_\_\_    FC \_\_\_\_\_    Sat.O2 \_\_\_\_\_    Temp. \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)**

Sinais vitais (chegada hospital de destino)    TA \_\_\_\_\_    FR \_\_\_\_\_    FC \_\_\_\_\_    Sat.O2 \_\_\_\_\_    Temp. \_\_\_\_\_

TERAPÉUTICA EM CURSO	DOSE
SEDAÇÃO RELAXANTES MUSCULARES AMINAS INOTRÓPICOS MANITOL OUTROS	

O Médico do Transporte

O Médico do Hospital destino

## **ANEXO B – LISTA DE FÁRMACOS PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR**

### **LISTA MÍNIMA RECOMENDADA:**

- Adenosina;
- Adrenalina;
- Amiodarona;
- Atropina;
- Bicarbonato de Sódio;
- Captopril;
- Diazepam;
- Dinitrato de Isossorbido;
- Dobutamina;
- Dopamina;
- Etomidato;
- Fenobarbital;
- Flumazenil;
- Furosemida;
- Gluconato de Cálcio;
- Glucose Hipertónica;
- Heparina;
- Insulina Actrapid;
- Isoprenalina;
- Labetalol;
- Lidocaína (parentérica, gel e spray);
- Manitol;
- Metilprednisolona;
- Midazolam;
- Morfina;
- Naloxona;
- Nitroglicerina S.L.;
- Noradrenalina;
- Paracetamol;
- Succinilcolina;
- Sulfato de Magnésio;
- Tiopental sódico;
- Vecurónio;
- Verapamil;
- Cristalóides/ colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte.
- Equipamento para perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa.

(Adaptado de Recomendações da OM & SPCI, 2008)

## ANEXO C – LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

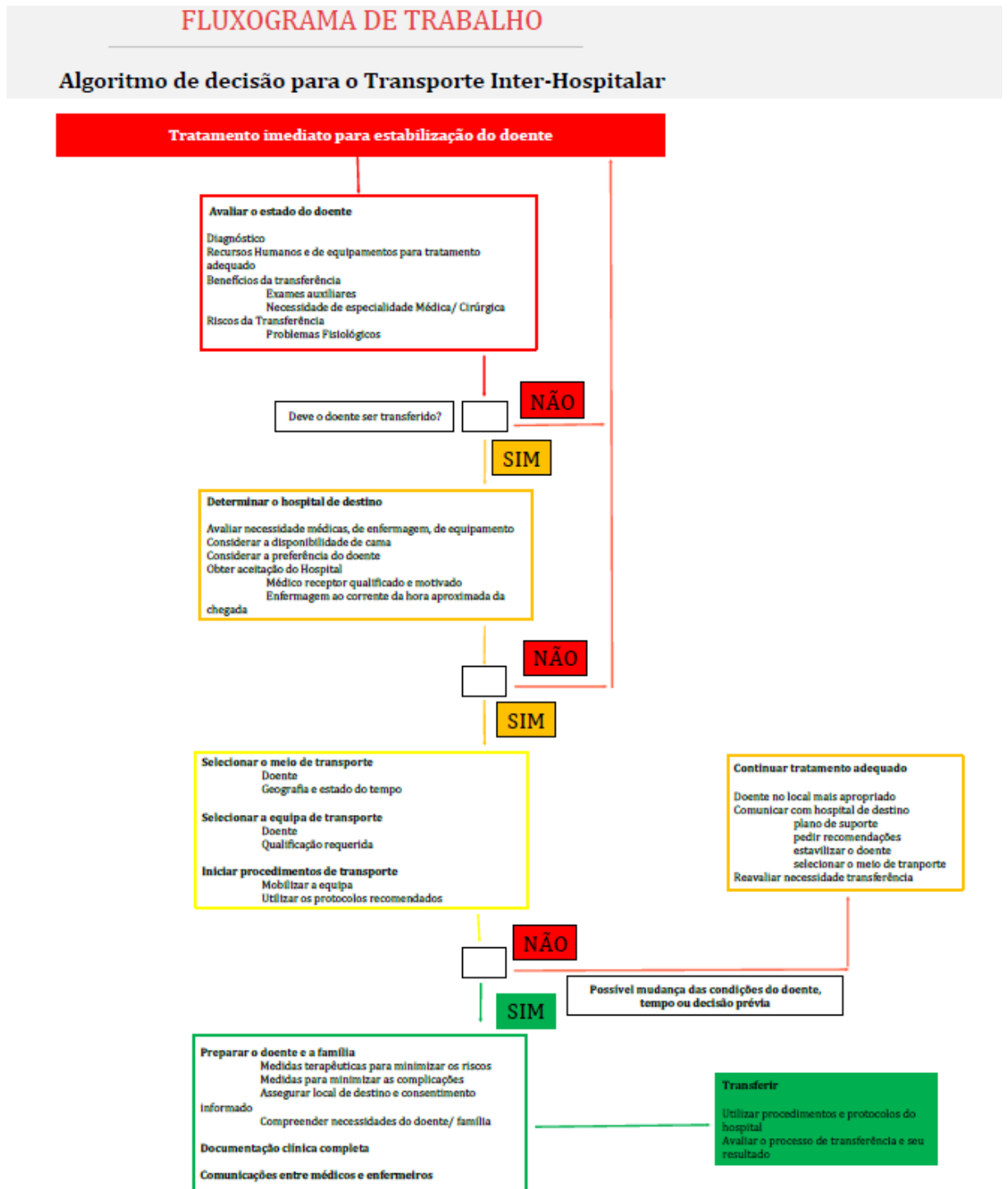
<b>I</b>	<b>CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA</b>
	Registrar no impresso de transporte a identificação do doente
	Os familiares foram informados da transferência e destino final
	Nº telefone direto do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	Nº telefone direto do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	Registrar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte
<b>II</b>	<b>AVALIAÇÃO DO DOENTE</b>
	Motivo e data de admissão no hospital de origem
	História clínica
	Antecedentes pessoais
	Motivo de transferência
	Nota de transferência
	Verificação dos exames complementares relevantes
	Registrar pontos relevantes do exame físico
<b>III</b>	<b>OBSERVAÇÃO DO DOENTE</b>
<b>A</b>	<b>VIA AÉREA</b>
	Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	Necessidade de adjuvantes da via aérea
	Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
	Excluída causa que indique entubação traqueal
<b>B</b>	<b>VENTILAÇÃO</b>
	O <sub>2</sub> suplementar
	Óculos nasais _____ litros/min.
	Máscara: FiO <sub>2</sub> _____ %
	Entubação traqueal _____ litros/min.
	Ventilação artificial
	Modo Ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp _____ /min FiO <sub>2</sub> _____ % Peep _____
	Gasimetria ( h min): pH _____ Pa O <sub>2</sub> _____ Pa CO <sub>2</sub> _____ Fi O <sub>2</sub> _____ % HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> _____
<b>C</b>	<b>HEMODINÂMICA</b>
	FC _____ p.p.m. TA _____ / _____ mmHg
	Hemorragia ativa na última hora
	Suporte transfusional

	Acesso vascular – 2 Acessos periféricos _____G/_____G    Catéter Central (lúmen) _____
	Linha arterial _____
	Débito urinário/h (última hora) _____ ml
	Aminas vasoativas: Dopamina _____ Dobutamina _____ Noradrenalina _____
<b>D</b>	<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b>
	Convulsão na última hora
	G.C.S. _____O _____V _____M_____
	Sinais de hipertensão intra-craniana
	Pupilas anormais _____
	Sedação – Fármaco _____ RASS _____
	Agitação psicomotora
<b>E</b>	<b>TRAUMA</b>
	Coluna cervical imobilizada
	Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	Imobilização ossos longos/ bacia
<b>F</b>	<b>AVALIAÇÃO LABORATORIAL</b> (data/ hora) ____/____ ____h ____ min.
	Hgb/Hct
	Na <sup>+</sup>
	K <sup>+</sup>
	Glicémia
<b>G</b>	<b>MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM</b> (registar últimos valores antes da mudança de cama)
	ECG
	TA _____/_____ mmHg
	SaO <sub>2</sub> _____%
	ET CO <sub>2</sub>
	Temperatura _____ °C
	Outros: _____ –
<b>H</b>	<b>VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE</b> (antes da mudança de cama)
	Reserva de O <sub>2</sub> (O <sub>2</sub> necessário = ((20+Vmin)x FiO <sub>2</sub> x tempo de transporte em minutos) + 50%)
	Monitor/ desfibrilhador com “pacemaker”
	Material de via aérea
	Fármacos (estimar quantidades necessárias em perfusões contínuas)
<b>IV</b>	

	<b>INÍCIO DE TRANSPORTE</b>
	Mudança para a maca de transporte
	Mudança de prótese ventilatória
	Mudança equipamento de perfusão
	Mudança de monitorização
	Fixação redundante de tubos e linhas
	Tapar o doente
	Fixação correta do doente e do equipamento
	Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	Registos à saída do serviço
<b>V</b>	<b>NA AMBULÂNCIA</b>
	Fixação da maca
	Fixação e conexão de equipamento
	Observação do doente
	Registos, antes do início da marcha
	Verificação final do equipamento da ambulância
<b>VI</b>	<b>TRAJETO</b>
	Registar parâmetros
	Registar terapêutica/ intervenções efetuadas e hora
	Registar hora de início e fim de marcha
<b>VII</b>	<b>ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO</b>
	História clínica e antecedentes
	Motivo de transferência
	Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajeto
	Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	Complicações durante o transporte
<b>VII</b>	<b>REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM</b>
<b>I</b>	
	Informar serviço de origem do resultado do transporte
	Preencher hora de regresso
	Devolver equipamentos e reportar qualquer falha
	Arquivar em local próprio as folhas de registo

(Adaptado de Recomendações da OM & SPCI, 2008)

# ANEXO D - FLUXOGRAMA DE TRABALHO: ALGORITMO DE DECISÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR



Adaptado de " Transporte de Doentes Críticos - Recomendações", SPCI & OM, Lisboa,