

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidados Especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Vítima de Acidente Multi- vítimas e/ ou Catástrofe

Ivo Manuel Traquina Belo Cardoso

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidados Especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Vítima de Acidente Multi- vítimas e/ ou Catástrofe

Ivo Manuel Traquina Belo Cardoso

Prof.^a Célia Oliveira

2014

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

RESUMO

As catástrofes e as emergências com multi-vítimas são fenómenos que se têm vindo a registar de uma forma crescente, em Portugal e no Mundo. Para fazer face a estes flagelos, nos quais se verifica um elevado número de vítimas e um reduzido número de equipas de emergência, é fundamental a Medicina de Catástrofe, de forma a otimizar o tratamento à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Ao enfermeiro que presta cuidados nestes cenários complexos é exigido um conjunto de conhecimentos e competências instrumentais, competências interpessoais e competências sistémicas, de forma a garantir qualidade e segurança no tratamento da PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas. A PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas e sua família vivenciam um complexo processo transicional, onde o enfermeiro surge como um elemento facilitador do processo, através de um plano individualizado de terapêuticas de enfermagem.

Este relatório pretende espelhar o percurso desenvolvido para a aquisição de competências de enfermagem especializadas na PSC, suportado pela metodologia de trabalho de projeto e centrado na resposta ao problema: Quais as intervenções de enfermagem especializadas à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados em especial no tratamento definitivo? Ao longo do percurso foram realizadas diversas atividades, com vista a atingir os objetivos propostos. Essas atividades incluíram a realização de um estágio em duas UCI especializadas no tratamento da PSC vítima de trauma, a realização do curso SIV para enfermeiros operacionais do INEM, e outras, nomeadamente revisões da literatura. As áreas de competência que beneficiaram de maior desenvolvimento com este estágio foram: o cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a prevenção e controlo da infeção na PSC e a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Palavras-chave: Catástrofe ou Emergência com multi-vítimas; Enfermeiro; Intervenções de Enfermagem; Pessoa Situação Crítica; Transições.

ABSTRAT

The incidence of catastrophes and multi casualty events is increasing in Portugal and in the World. As a response to that, when the absolute number of victims overwhelms the available health care services, the Disaster Medicine is essential to optimize the treatment to critically ill patients. Nursing staff involved in the emergency teams response in these major incidents are required to have scientific knowledge and technical and relational skills, in order to ensure the quality and safety of the treatment to critically ill patients of disaster or multi casualty event. These critically ill patients and their families experience a complex transitional process, where nurses play a key role by developing an individualized set of nursing therapeutics.

This report is intended to reflect the skills acquisition process in Critical Care Nursing, based on the methodology of project work and focused on answering the question: Which are the critical care nursing interventions on critically ill patients of disaster or multi casualty event aimed to improve the quality of definitive treatment? During this process, were developed plenty of activities to achieve the goals, including a training period in two different Intensive Care Units, the Immediate Life Support course provided by INEM, and many others, such as a review of the literature. I managed to develop skills in different settings that go from the care of critical patients and the prevention and of infection to the management of catastrophes and multi casualty events response.

Keywords: Critically ill patients; Disaster; Multi Casualty Events; Nurse; Nursing Interventions; Transitions.

CHAVE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% – Percentagem

AACCN – *American Association of Critical Care Nurses*

ACEL – Acidentes Catastróficos de Efeitos Limitados

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CA – Cateter Arterial

CO – Monóxido de Carbono

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CTCAC – Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões

DGS – Direção Geral de Saúde

DIC – Destacamento de Intervenção em Catástrofe

EEMIH – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o – Enfermeiro

EPI – Equipamento de Proteção Individual

H – Hora

H₂O – Água

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JCI – *Joint Commission International*

Kg – Quilograma

N.^o – Número

NANDA – Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PEEP – *Positive End Expiratory Pressure*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

REPE – Regulamento para Exercício da Profissão de Enfermagem

SABA – Solução Antiséptica de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCI – Sociedade de Cuidados Intensivos

SIRS – Síndrome da Resposta Inflamatória Sistémica

SIV – Suporte Imediato de Vida

Sr.^a – Senhora

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TET – Tubo Endotraqueal

TVM – Traumatismo Vertebro Medular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP A – UCI Polivalente do Hospital X

UCIQ – Unidade de Queimados do Hospital Y

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	9
1.1. As catástrofes, as emergências com multi-vítimas e a enfermagem: um problema?	10
1.2. A importância dos cuidados de enfermagem especializados à PSC vítima de catástrofe ou emergências com multi-vítimas	14
1.3. Hierarquização das intervenções de enfermagem na resposta a catástrofe ou emergências com multi-vítimas	15
1.4. A Teoria da Transição como suporte para o desenvolvimento da prática de enfermagem	17
2.DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES E OBJETIVOS	19
3.SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE MEIOS E ESTRATÉGIAS.....	22
3.1. Alteração às atividades propostas	23
4. EXECUÇÃO: REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	24
4.1. Cuidar da PCS no contexto da UCI.....	24
4.2. Curso SIV para enfermeiros: um contributo para a aquisição de competências	46
5. AVALIAÇÃO DO PROJETO	48
6. CONCLUSÃO.....	52
7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 2º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e de acordo com o plano de estudos aprovado pelo Diário da República 2 série N.º 17 de 24 janeiro de 2014, surge o presente relatório de estágio como o culminar de um Projeto de Aprendizagem.

Este relatório pretende descrever, analisar e refletir o percurso desenvolvido para a aquisição de competências especializadas, durante 750 horas de estágio (decorridas em dois campos de estágio em UCI e na realização do curso de SIV para operacionais enfermeiros do INEM), centrado na resposta ao problema: Quais as intervenções de enfermagem especializadas à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados em especial no tratamento definitivo?

A relevância do problema enunciado prende-se com o aumento significativo da ocorrência de catástrofes e emergências com multi-vítimas, em Portugal e no mundo, ao longo dos últimos anos. Para fazer face a estes flagelos, nos quais se verifica um elevado número de vítimas e um reduzido número de equipas de emergência, é fundamental a Medicina de Catástrofe, de forma a otimizar o tratamento à PSC. Ao enfermeiro que presta cuidados nestes cenários complexos é exigido um conjunto de conhecimentos e competências instrumentais, competências interpessoais e competências sistémicas, de forma a garantir qualidade e segurança no cuidado de enfermagem e no tratamento da PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas. Por estas razões, foram utilizados como referenciais para a aquisição de competências: os Descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de formação, o Regulamento de Mestrado, o documento orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório, os documentos publicados pela OE relativos às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em PSC e o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2001).

Durante a prestação de cuidados de enfermagem, ao longo do estágio, recorri à teoria de médio alcance em enfermagem de Afaf Meleis, pois a PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas e sua família vivenciam frequentemente múltiplas, simultâneas e inesperadas transições, onde o enfermeiro surge como um elemento facilitador do processo, através da elaboração de um plano individualizado de terapêuticas de enfermagem.

Este relatório dividir-se-á em cinco capítulos, de acordo com as seis etapas da metodologia do projeto descrita por Fernandes (1999): 1) Diagnóstico de situação; 2) Determinação de prioridades; 3) Definição de objetivos; 4) Seleção e organização de meios e estratégias; 5) Execução; 6) Avaliação. No primeiro capítulo pretendo sintetizar o diagnóstico de situação relativo aos meus conhecimentos e ao conhecimento científico existente sobre o problema das intervenções de enfermagem especializadas à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, em especial no que respeita à melhoria da qualidade dos cuidados no tratamento definitivo. No segundo capítulo será feita uma hierarquização do problema, das necessidades e das expectativas identificadas, juntamente com a identificação dos objetivos que nortearam todo este percurso. Relativamente ao terceiro capítulo serão identificadas as atividades e as estratégias delineadas para atingir os objetivos. Ao longo do quarto capítulo, referente à fase de execução, será exposta uma descrição, análise e reflexão acerca das atividades desenvolvidas e sobre as competências adquiridas ao longo do percurso prático deste mestrado. Por último, o quinto capítulo, correspondente à avaliação, onde serão elencados os conhecimentos e competências adquiridas.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Na construção e organização do trabalho de projeto foram seguidas as etapas da metodologia descritas por Fernandes (1999): 1) Diagnóstico de situação; 2) Determinação de prioridades; 3) Definição de objetivos; 4) Seleção e organização de meios e estratégias; 5) Execução; 6) Avaliação. Seguindo esta metodologia, neste capítulo pretendo sintetizar/ apresentar o diagnóstico de situação realizado relativo aos meus conhecimentos e ao conhecimento científico existente (Fernandes, 1999) sobre o problema das intervenções de enfermagem especializadas à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, em especial no que respeita à melhoria da qualidade dos cuidados no tratamento definitivo.

O particular interesse e dedicação pela área da emergência médica têm sido transversais a todo o meu percurso de desenvolvimento como profissional de saúde, sendo que é sobretudo nesta área que tenho direcionado a minha aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências. A minha experiência hospitalar de cuidados à PSC, ocorre fundamentalmente em contexto da urgência/emergência, tendo tido também, ainda que durante menos tempo, experiência de cuidar da PSC em ambiente de UCI. No entanto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, à luz das recomendações da OE, deverá cuidar da PSC, desde o pré-hospitalar até à sua transferência/ alta hospitalar (OE, 2007; OE, 2011).

Para realizar o diagnóstico do conhecimento científico existente sobre o problema efetuei uma revisão da literatura, através da pesquisa em bases de dados científicas, e através da consulta de livros e outros documentos. Esta pesquisa ocorreu não só na fase de elaboração do projeto, mas também no decorrer do estágio, tendo visado dar suporte à minha intervenção e/ ou à minha fundamentação, tal como pode ser observado nos subcapítulos seguintes.

1.1. As catástrofes, as emergências com multi-vítimas e a enfermagem: um problema?

Para que consigamos compreender melhor as intervenções dos enfermeiros perante a PSC, em situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, parece-me pertinente clarificar o conceito de emergência médica que, segundo o INEM (2011), é a atividade na área da saúde que abrange desde o local onde ocorreu a situação de emergência até ao momento em que é concluído, na unidade de saúde adequada, o tratamento definitivo face à situação. Assim, a emergência médica surge como um mundo, ainda em exploração, evolução e divulgação em Portugal, sobretudo no que diz respeito à resposta e intervenção em situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas – Medicina de Catástrofe (Tavares, 2010).

Outros dois conceitos-chave que importa definir são: o de acidente grave e o de catástrofe. Segundo a Lei de Bases de Proteção Civil – Lei nº27/2006, no seu artigo 3º, alínea 1, um acidente grave“ é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.” Para Bandeira (2008), estes acidentes graves são designados de ACEL, ou seja, acidentes limitados: no tempo, uma vez que a sua resolução não excede algumas horas; no espaço, pois confinam-se ao próprio local da ocorrência ou às suas vizinhanças, sem risco de propagação e desprovido, em princípio, de riscos evolutivos. Relativamente ao conceito de catástrofe, diversas definições têm sido dadas, ao longo do tempo. Segundo a ANPC, na alínea 2, do diploma legal supracitado, catástrofe “é um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” Já a OMS, citada por Sally (2014, p.48), define catástrofe como “uma ocorrência que causa danos, desequilíbrio ecológico, perda de vidas humanas, numa escala suficiente para desencadear a necessidade de uma resposta extra à comunidade afetada.” De acordo com o ICN (2008), citado por Kingma (2008) as catástrofes têm vindo a tornar-se cada vez mais devastadoras e nefastas devido às mudanças climáticas e ambientais, ao progresso tecnológico e aos conflitos em curso.

Para fazer face a estas situações, de forma a organizar o tipo de resposta e intervenções em saúde, existe uma disciplina, designada de Medicina de Catástrofe. Segundo Bandeira (2008, p.38-39), a Medicina de Catástrofe surge, pelas ocorrências na sociedade atual e no Mundo, como “uma prioridade numa emanação dos tempos que correm”, não se tratando de “uma especialidade ou de uma competência que tenha surgido por diferenciação programada e específica, única e exclusivamente de âmbito médico, mas sim pela aglutinação de situações de extrema gravidade para pessoas e bens.” Para além disso, este autor afirma ainda que a evolução da Medicina de Catástrofe é premente, não só para exercer e aperfeiçoar um tipo de intervenção médica pluridisciplinar e polivalente, mas também porque existe frequentemente uma desadequação entre o número de vítimas e a capacidade de socorro (Bandeira, 2008).

Em medicina de catástrofe, durante as primeiras horas/ dias, as vítimas apresentam, geralmente, lesões traumáticas, sendo que essas lesões vão desde o traumatismo de um membro, até múltiplas lesões com afetação dos órgãos nobres (Henriques, 2009). Segundo Coburn (2004), muitas das vítimas encontradas dentro de edifícios danificados ou em colapso, após a ocorrência de um sismo ou outro fenómeno, sofrem de lesões traumáticas do impacto de materiais de construção ou outros objetos rígidos. Das lesões traumáticas mais comuns, destacam-se, os TCE ou as lesões do tórax, bem como os TVM. Este autor refere ainda que, quando ocorrem explosões acidentais, estas têm um potencial devastador elevado e acabam por gerar um elevado número de feridos, entre eles, queimados (Coburn, 2004).

Em Portugal, bem como no Mundo, têm ocorrido acidentes graves de diversas naturezas, com ocorrência de emergências com multi-vítimas, de que são exemplo: (1) o acidente na A23, em 2007, do qual resultaram 15 mortos e 23 feridos; (2) o acidente na A25, em 2010, do qual resultaram 6 mortos e 72 feridos; mais recentemente o (3) acidente ferroviário, ocorrido em 2012, do qual resultaram 33 feridos, sem registo de vítimas mortais.

Para fazer face a estas ocorrências, em território nacional, existem diversas equipas e um conjunto de planos de emergência, que vão desde a resposta integrada

nacional, através do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, passando pelos planos distritais e municipais (ANPC, 2008) até aos planos de emergência externos das unidades hospitalares. Para pôr em prática estes planos de ação, são necessários profissionais de saúde experientes e especializados na área, nomeadamente médicos e enfermeiros. Embora em Portugal não exista a figura do Enfermeiro de Catástrofe – *Disaster Nurse* – à luz do que acontece nos Estados Unidos da América, a OE (2007, p.1) refere que, “o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente.” A OE (2011a) refere ainda, que devido à crescente complexidade dos acidentes e ao acréscimo de catástrofes, em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir à morte, é necessário “um corpo de enfermagem qualificado para integrar equipas de atendimento em contexto extra e intra hospitalar à Pessoa/Família em situação crítica”, no qual se enquadra o Enfermeiro Especialista em PSC (OE, 2011, p.3).

Para a prestação de cuidados neste tipo de cenários complexos como são as catástrofes ou emergências com multi-vítimas, são necessários conhecimentos, competências e capacidade de gestão de um elevado número de doentes (Powers, 2010 e Sylvia & Danita, 2013). Desta forma, a enfermagem em PSC surge como a área de especialização mais direcionada para fazer face a estas situações, já que segundo a OE (2010b, p.4), o Enfermeiro Especialista em PSC tem como competência específica “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, da conceção à ação.”

Segundo o Plano Estratégico dos Recursos Humanos da Emergência Médica Pré-Hospitalar do INEM, compete ao enfermeiro “atuar em situações de exceção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais quer internacionais” (INEM, 2010, p.13-14). Segundo o ICN (2008), citado por Kingma (2008), o enfermeiro para intervir nestes cenários deve estar preparado para: (1) cuidar o sofrimento humano, (2) fazer o que estiver ao seu alcance para garantir condições de segurança, higiene e saúde durante a resposta, (3) desenvolver mecanismos de

coping para não desenvolver *stress* pós-traumático, e (4) assegurar as estruturas de apoio existentes para as equipas de apoio e para a população em geral.

Ao longo destes anos, fiz parte de equipas de emergência que responderam a algumas emergências com multi-vítimas, e participei em inúmeros exercícios de âmbito nacional e de âmbito internacional de resposta a catástrofes ou emergências com multi-vítimas, e sempre senti que, apesar da minha formação em Salvamento e Regaste Urbano e em Trauma, Emergência e Catástrofe, as minhas intervenções nesses cenários poderiam ser aperfeiçoadas no que respeita ao planeamento, incorporação e aplicação na resposta à ocorrência. Segundo a OE (2007, p.1) “só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar.” O que vai ao encontro do artigo 83º, alínea a), do Código Deontológico dos Enfermeiros, que afirma que “o enfermeiro, no respeito ao cuidado de saúde e na doença assume o dever de co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico de doença e respetivo tratamento”, e do artigo 79º, alínea d) que refere que “o enfermeiro assume o dever de ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competências”(OE, 2005, p.77-105). Apesar do dever ético de todos os enfermeiros que pressupõe que sejam solidários perante estas situações, frequentemente os enfermeiros que se voluntariam para a resposta às catástrofes, não se encontram devidamente preparados ou treinados para o seu papel (Marshall, 2007). Neste sentido, Slepski (2005) citado por Sylvia & Danita (2013), afirma que a preparação da resposta a estas emergências requer uma compreensão das habilidades, dos conhecimentos e das ações que os enfermeiros terão que desenvolver.

O facto da PSC necessitar de receber cuidados em múltiplos contextos, desde o extra hospitalar até ao intra hospitalar, para fazer face à complexidade das situações que conduzem à falência das funções vitais, torna ainda mais premente o desenvolvimento das minhas competências para situações de catástrofe ou

emergências com multi-vítimas. Este desenvolvimento de competências não se reduz apenas ao âmbito de atuação do extra hospitalar, mas também ao âmbito do tratamento definitivo da PSC, ou seja, a aquisição de competências para intervenção à pessoa em tratamento em UCI para melhorar/ aperfeiçoar as minhas intervenções em todos estes contextos. Assim, identifiquei o seguinte problema: **quais as intervenções de enfermagem especializadas à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados em especial no tratamento definitivo?**

1.2. A importância dos cuidados de enfermagem especializados à PSC vítima de catástrofe ou emergências com multi-vítimas

Na resposta a situações de catástrofe ou emergências com multi-vítimas, os enfermeiros desempenham, cada vez mais, um papel preponderante, em especial os enfermeiros de cuidados críticos – *Critical Care Nurses* – que começam a emergir nestes cenários (Cox & Briggs, 2004). Segundo a *American Association of Critical Care Nurses* (2014), o enfermeiro de cuidados críticos “é um especialista em enfermagem que presta cuidados específicos na resposta a situações de falência ou de risco de falência das funções vitais.” Segundo esta mesma associação “é um profissional de enfermagem especializado que tem como responsabilidade assegurar cuidados otimizados aos doentes críticos e suas famílias.” Estas definições da AACCN vão ao encontro das definições e das competências preconizadas pela OE (2010b) para o Enfermeiro Especialista em PSC.

Os enfermeiros são essenciais nas equipas médicas, quer de resposta imediata, quer ainda na reabilitação da saúde da comunidade afetada (Sally, 2014, p.48). Assim, os enfermeiros devem ter presente que o seu papel, durante as catástrofes, não se esgota na prestação de cuidados diretos à PSC, incorporando também diversas outras funções como o controlo de infeção, a participação em planos de contingência, a triagem, a imunização em massa, a evacuação em massa e o tratamento em massa (Sylvia & Danita, 2013). Corroborando esta ideia, Cox & Briggs (2004) afirmam que o enfermeiro de cuidados críticos é o que se encontra

numa posição única para participar em todos os aspetos da resposta à catástrofe, incluindo a triagem, a estabilização do doente, a evacuação para tratamento definitivo e o tratamento definitivo. Estes cuidados, prestados pelo enfermeiro de cuidados críticos, não têm que obrigatoriamente ser prestados no local do sinistro ou em postos médicos avançados, podendo constituir-se como elemento de suporte às equipas das unidades de saúde, que irão receber os doentes provenientes da ocorrência, aumentando a capacidade de resposta dessas equipas no atendimento de doentes com necessidades especiais, como crianças, queimados, doentes dependentes e doentes mentais (Cox & Briggs, 2004; Sylvia & Danita, 2013).

Dentro dos campos de atuação dos enfermeiros de cuidados críticos devem estar: (1) a triagem, (2) os cuidados básicos e avançados ao doente de trauma, (2) a gestão de operações/ comando e controlo e (3) o transporte de doentes (Cox & Briggs, 2004). Estes enfermeiros desempenham também um papel fundamental na educação, e na prevenção da doença (Cox & Briggs, 2004). Para além disso, os enfermeiros de cuidados críticos possuem capacidades únicas, que se prendem com o seu conhecimento diversificado, com as habilidades de avaliação e com o forte compromisso com o bem-estar (Cox & Briggs, 2004). Perante tudo isto, as intervenções do enfermeiro de cuidados críticos (Cox & Briggs, 2004), tal como as do Enfermeiro Especialista em PSC (OE, 2010b), visam minimizar as lesões traumáticas e a morte associada a catástrofes ou emergências com multi-vítimas, tendo um papel cada vez maior na resposta a estas ocorrências. Estes enfermeiros devem enfrentar este desafio, expandido e especializando a sua prática (Cox & Briggs, 2004).

1.3. Hierarquização das intervenções de enfermagem na resposta a catástrofe ou emergências com multi-vítimas

Nas situações de catástrofe existe, como já foi referido anteriormente, uma desadequação entre as necessidades e os recursos disponíveis, razão pela qual os primeiros cuidados devem ser reduzidos ao essencial a fim de não atrasar a evacuação e conseqüente tratamento definitivo a nível hospitalar. Devido à tipologia da grande maioria das vítimas, é necessário ter-se sempre presente, durante a

prestação de cuidados a estes doentes, o respeito pelo princípio da Hora de Ouro – *Golden Hour* (Henriques, 2009), também designado de Período de Ouro, que consiste em assegurar que o doente traumatizado chega ao hospital, onde será instituído o tratamento definitivo, no mais curto espaço de tempo possível. Assim, num doente vítima de trauma com hemorragia, enquanto esta não for controlada e a oxigenação restabelecida as suas hipóteses de sobre vivência diminuem vertiginosamente (NAEMT, 2004).

A instituição do tratamento inicial ou do tratamento definitivo depende essencialmente do tipo de lesões que a PSC apresenta. Este tratamento pode divergir entre a necessidade imediata de uma intervenção cirúrgica ou, por outro lado, a estabilização e tratamento em ambiente de cuidados intensivos (Carley & Mackway-Jones, 2005). Segundo estes autores, e de acordo com o descrito no *Major Incident Medical Management Support*, a resposta hospitalar às vítimas de catástrofe ou emergência com multi-vítimas dividem-se em 4 fases: (1) atendimento pré-hospitalar, (2) receção hospitalar, (3) tratamento definitivo e (4) recuperação.

No que respeita ao tratamento, este deve ser planeado de forma simples, para permitir uma fácil adaptação ao imprevisível, e os procedimentos terapêuticos devem ser tão próximos quanto possível das ações de emergência do dia-a-dia (Henriques, 2009). Assim, a abordagem a estes doentes deverá ser realizada através da sistematização ABCDE, sendo: A) via aérea; B) ventilação, C) circulação, D) disfunção neurológica, E) exposição; permitindo assim, a estabilização de funções potencialmente ameaçadoras da vida o mais precocemente possível, de forma hierarquizada no que respeita à gravidade, evitando a morte e prevenindo a morbilidade grave (Marques & Sousa, 2004; Thim *et al*, 2012). Em associação a esta abordagem sistematizada deverá ser tida especial atenção aos aspetos relacionados com o tratamento do choque, da dor, da infeção e das lesões graves da cabeça (Henriques, 2009).

1.4. A Teoria da Transição como suporte para o desenvolvimento da prática de enfermagem

A Pessoa, ao longo da vida, está sujeita a vários tipos de transições que, muitas vezes, têm origem em eventos que se encontram fora do controlo do cliente (Meleis, 2010). O mesmo acontece com a PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas que enfrenta uma transição (no mínimo) resultante de um evento fora do seu controlo.

Para Meleis, a teoria da transição tem como intuito servir de suporte para compreender o fenómeno das transições, providenciando orientações para a prática e direcionando para as questões de pesquisa mais específicas e coerentes, através de uma prática reflexiva (Meleis *et al*, 2000; Meleis, 2007). Esta autora refere que Transição “é um processo de passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outra”, ocorrendo em determinado período de tempo. A Transição “refere-se tanto ao processo como ao resultado das complexas interações entre a pessoa e o ambiente”. A Transição pode ainda, “envolver mais de uma pessoa e está inserida num contexto e numa situação” (Meleis, 2010, p.25).

Segundo Meleis (2010), a Transição é um dos conceitos fundamentais para a disciplina de Enfermagem, uma vez que a vulnerabilidade em que as pessoas se encontram implica um esforço intenso no sentido de reorganizar os momentos transacionais (Meleis *et al*, 2000). Para esta autora, Enfermagem é entendida como a arte de facilitar os processos de transição (Cuidar) de forma saudável, englobando as experiências anteriores no sentido da mestria, bem-estar, bem-estar relacional e reformulação da entidade. O destinatário das intervenções de enfermagem é entendido como Cliente (Meleis *et al*, 2000).

Para Meleis (2010), no processo de transição o cliente pode vivenciar um tipo de transição ou vários tipos de transição em associação. As transições poderão ser: (1) transição saúde-doença, (2) transição situacional, (3) transição organizacional e (4) transição de desenvolvimento. A transição de saúde-doença ocorre quando existe uma alteração, súbita ou progressiva, do estado saudável para o estado de doença

ou vice-versa; a transição situacional ocorre quando existe a necessidade de alteração ou reorganização de papéis e comportamentos; a transição organizacional ocorre quando existem alterações na estrutura e dinâmicas organizacionais, como por exemplo no contexto da alteração das organizações; a transição de desenvolvimento ocorre quando acontece um processo de maturação no decurso do ciclo de vida do cliente (Meleis, 2010).

Ao observarmos os diferentes tipos de transição, facilmente percebemos que durante os períodos catástrofe ou emergência com multi-vítimas as vítimas vivenciam transições situacionais e transições saúde-doença. No entanto, as transições são vividas por cada cliente de forma distinta. Durante a transição existe vulnerabilidade do cliente que está relacionada com a transição entre experiências, as interações, e as condições ambientais. Esta vulnerabilidade expõe os clientes a potenciais danos, recuperações prolongadas e/ ou manutenção de doença (Meleis *et al*, 2000). Os enfermeiros deverão na sua prestação de cuidados, intervir no sentido de facilitar a adaptação à nova forma de ser e de estar, promovendo e incentivando novas aprendizagens para novas habilidades. Para que o enfermeiro seja um elemento facilitador neste processo, é necessário que compreenda que tipo de transição o cliente está a vivenciar, quais as suas prioridades, quais as dimensões e que tipo de resposta o cliente está a desenvolver face à situação, de forma a delinear uma estratégia em conjunto com o cliente, para cada situação de transição (Meleis, 2010). Meleis (2010) refere ainda que, a principal razão de ser da enfermagem é o cuidar e que este envolve o conhecimento de estratégias para melhor cuidar, como as terapêuticas de enfermagem, que consistem num conjunto de intervenções realizadas com vista a prevenir transições negativas, promover a perceção de bem-estar e lidar com a experiência de transição. Estas terapêuticas são a compreensão da situação transicional a partir da perspectiva do cliente, a preparação para a transição e a suplementação de papéis.

Perante o cliente vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas e face à transição situacional e/ou de saúde-doença que este está a vivenciar, o enfermeiro terá que compreender a situação transicional do mesmo, perceber até que ponto este está preparado para a transição e apoiar na suplementação de novos papeis.

2.DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES E OBJETIVOS

Neste capítulo irei enunciar a determinação de prioridades realizada na fase de projeto, que segundo Fernandes (1999, p.235), “consiste na hierarquização dos problemas, necessidades e expectativas identificadas.” De igual forma, serão também apresentados os objetivos propostos para o estágio, sendo que, segundo Fernandes (1999, p.235) definir objetivos, “consiste em determinar até aonde queremos chegar.”

Durante o período que antecedeu a elaboração do projeto de estágio, tive oportunidade de realizar um estágio de observação num hospital de campanha, no seu módulo de SUB, onde vivenciei uma panóplia de experiências relacionadas com a assistência a um evento *mass gathering*, isto é, um evento social com elevado número de participantes e espectadores, podendo ser de ordem desportiva, cultural, política e/ou religiosa (Arbon, 2007). Segundo Milsten *et al* (2002), perante estes eventos de massas existe a necessidade de planear e assegurar tratamento médico inicial no local do evento – *Mass Gathering Medical Care*. Durante a realização do evento, presenciei diversas situações em que foi necessário cuidar da PSC, como por exemplo um doente que deu entrada no SUB em edema agudo do pulmão, com exaustão respiratória, necessitando de VMI. Após o contacto com situações como esta, pareceu-me pertinente, tendo em conta, por um lado, a minha experiência profissional, que incide sobre tudo em urgência/ emergência, e por outro, a amplitude de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em PSC (OE, 2010b), traçar um percurso de aprendizagem centrado na prestação de cuidados de enfermagem à PSC em ambiente de cuidados intensivos.

Em situação de catástrofe existe, muitas vezes, a necessidade de se montar e tornar operacional hospitais de campanha com os recursos disponíveis, o que faz com que os enfermeiros que diariamente cuidam no contexto hospitalar de um SU, se vejam confrontados, por vezes, com a necessidade de cuidar numa UCI improvisada. Esta situação faz com que o enfermeiro especialista na PSC faça a diferença na polivalência do cuidar, ou seja, pelas suas competências, o enfermeiro especialista na PSC, deverá ter a flexibilidade de adequar o cuidar à PSC em qualquer contexto,

quer seja no contexto hospitalar (SU e/ou UCI), quer seja, no contexto pré-hospitalar (OE, 2010b).

Neste sentido, a finalidade do estágio que realizei em ambiente de UCI, foi de desenvolver competências de forma a otimizar a intervenção especializada de enfermagem à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas. Na “aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de desempenho: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p.43). Nesta visão e porque como referido anteriormente, a minha experiência profissional incide sobretudo no contexto de urgência/ emergência, então, ao realizar um estágio em UCI, procurei desenvolver competências, neste contexto, ao nível de competente, o que me permitirá, numa experiência consistente posterior, alcançar o nível de enfermeiro perito. Para Benner (2001, p.53), o enfermeiro competente compreende os seus atos em termos objetivos identificando “quais os atributos e aspetos da situação presente ou prevista que devem ser considerados como os mais importantes, e os que podem ser ignorados.” Esta autora refere ainda, que o enfermeiro competente “não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem” (Benner, 2001, p.53).

Assim, para alcançar o nível de competente e para guiar o meu percurso de aquisição de competências durante o estágio, propus-me atingir os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem à PSC, em particular à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, em particular à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;

- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Desenvolver uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Respeitar os princípios técnico-científicos e procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;
- Demonstrar conhecer os princípios de atuação em situações de catástrofe ou emergências com multi-vítimas;
- Sistematizar as intervenções de enfermagem a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas;
- Demonstrar conhecimento do Plano Nacional de Emergência.

3. SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE MEIOS E ESTRATÉGIAS

Para Fernandes (1999, p.235) a seleção e organização de meios e estratégias é a fase onde se deverá “escolher as atividades que mais contribuem para a consecução dos objetivos.”

Neste sentido, perspetivei realizar estágio em quatro campos de estágio. O primeiro campo de estágio que selecionei foi (1) a UCIP A, durante um período de 10 semanas (350 horas). Devido à existência de duas UCI Polivalentes no hospital X, foi necessário perceber qual das UCI atendia um maior número de PSC vítimas de trauma. Para tal, realizei uma visita a cada um desses locais, tendo percebido que as duas UCI recebiam aproximadamente o mesmo número de PSC vítimas de trauma, bem como, existia uma preocupação patente com o controlo da infeção, com a relação e apoio à família e com o controlo da dor. Assim, deixei que a escolha fosse feita pela coordenação do curso, dado que ambas pareciam permitir as experiências necessárias à conquista dos objetivos traçados, o que se veio a confirmar, pois durante o estágio acabei por ter uma casuística de cuidados à PSC vítimas de trauma considerável. O campo de estágio que selecionei em seguida foi (2) a UCIQ, durante um período de 4 semanas (140 horas). Selecionei este campo de estágio por se tratar de uma UCI de Queimados, de um hospital de referência para o tratamento dos doentes queimados. Na seleção dos dois campos de estágio anteriormente referidos esteve também presente, como critério de seleção, o facto de existir a possibilidade de melhoria das competências para o cuidado especializado à PSC vítima de trauma (torácico, abdominal, crânio-encefálico, vertebro-medular, das extremidades e queimaduras) sob ventilação mecânica, e ainda o desenvolver de competências para o cuidado especializado na estabilização hemodinâmica da PSC vítima de trauma.

Como terceiro campo de estágio perspetivei (3) o DIC dos Bombeiros A, durante um período de 2 semanas (70 horas). Tal escolha deveu-se ao facto de o DIC ser um dos destacamentos de resposta à catástrofe ou emergência com multi-vítimas nacionais. Por último, selecionei (4) o SAMUR, num período de 1 semana (35 horas). Esta seleção prendeu-se com o facto de esta entidade ter a responsabilidade

da resposta às situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, numa capital europeia.

Para uma melhor planificação das atividades, e de acordo com Fernandes (1999), elaborei um cronograma de GANT com os períodos de permanência em cada campo de estágio. De igual forma, face a cada objetivo proposto, foram planeadas atividades e identificados os recursos necessários para a sua consecução, o que será explicado no capítulo 4 deste relatório.

3.1. Alteração às atividades propostas

No decorrer do estágio existiu a necessidade de redefinir atividades que substituíssem as dos campos de estágio do DIC e do SAMUR, face a acontecimentos de ordem pessoal e profissional. Segundo Brand (1992), citado por Fernandes (1999, p.235), “o projeto é dinâmico, evolutivo e flexível (...) permite-lhe ajustamentos contínuos, contingentes ao meio e aos autores que o desenvolvem.” Assim, e face às contingências, ao frequentar o curso de SIV para operacionais enfermeiros do INEM, com uma duração de 130 horas, tive a oportunidade de adquirir as competências e concretizar dois dos objetivos propostos para o campo de estágio do DIC e para o campo de estágio do SAMUR.

Um dos módulos que compôs este curso foi o módulo de Transporte do Doente Crítico e Situações de Exceção. Segundo o INEM (2012), uma situação de exceção consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, sendo que esta desigualdade condiciona a atuação das equipas de emergência médica. Assim, quando falamos de situações de exceção estamos também a falar de situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, pois todas estas situações assentam num tipo de intervenção médica pluridisciplinar e polivalente onde se junta uma preocupação constante com o número de vítimas e a capacidade de socorro (Bandeira, 2008).

4. EXECUÇÃO: REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Segundo Fernandes (1999), a fase da execução prende-se com a implementação do projeto, ou seja, neste caso a realização do estágio. Assim, neste capítulo irei descrever, analisar e refletir o percurso por mim percorrido durante o estágio e as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos propostos.

4.1. Cuidar da PCS no contexto da UCI

Por eleição as UCI “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003a, p.6). Segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, citado pela DGS (2003a), as UCI podem ser estratificadas em três níveis de diferenciação de cuidados, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Os locais onde estagiei correspondiam a UCI de nível II e de nível III, de acordo com as características preconizadas pela DGS (2003a). As UCI de nível II, usualmente designadas de unidades de cuidados intermédios, apresentam capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, devendo ter acesso permanente a médico com preparação específica (DGS, 2003a). Já as UCI de nível III pressupõem a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários para fazer face às situações de risco de vida e falência multiorgânica, devendo, para tal, possuir quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), que possibilitem assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas. Para garantir todas estas funcionalidades estas unidades deverão possuir medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003a).

A UCIP A caracterizava-se por ser uma UCI que congregava no seu interior dois níveis de diferenciação de cuidados, ou seja, era constituída por seis salas de nível III, com lotação de duas camas por sala, e duas salas de nível II, com num total de oito camas. Era ainda constituída por uma sala de isolamento, que poderia ser utilizada para prestação de cuidados de nível II ou de nível III, uma sala com duas

camas preferencialmente para realização de técnicas dialíticas a clientes que não estivessem internados na UCI e que necessitassem desse procedimento de urgência, uma sala para realização de exames endoscópicos e colocação de *pacemaker* externo, para clientes não internados na unidade, bem como um espaço para acolhimento aos familiares dos clientes internados na unidade. Existia ainda uma panóplia de outros espaços administrativos e logísticos necessários ao desenvolvimento da atividade da UCI (como por exemplo salas de trabalho, copa, casas de banho, área administrativa, armazéns, entre outros). Em relação à organização e aos rácios enfermeiro/doente por turno, nesta UCI, era de 1:2 nas camas de nível III e de 1:4 nas camas de nível II, tal como preconizado pela DGS (2003a).

Já a UCIQ caracterizava-se por ser uma UCI de nível III específica para doentes queimados, com cinco camas de isolamento sem antecâmara e com pressão positiva. Devido às características e necessidades específicas dos clientes aí internados era ainda constituída por uma sala de balneoterapia e um bloco operatório. Existiam ainda espaços de apoio logístico e administrativos iguais aos anteriormente referidos. Relativamente aos rácios, nesta UCI, estes correspondiam a 1:2 ou 1:1, de acordo com a carga de trabalho de enfermagem.

Para estes campos de estágio em UCI propus-me atingir os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem à PSC, em particular à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, em particular à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

- Desenvolver da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Respeitar os princípios técnico-científicos e procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para dar resposta a estes objetivos, durante o primeiro dia de estágio na UCIPA e na UCIQ, realizei uma reunião com Sr.^a Enf.^a Chefe e com o Enf.^o orientador onde me foi apresentada a estrutura física, a organização e o funcionamento do serviço, seguindo-se uma visita guiada pelo mesmo. Durante a reunião e visita à UCI tive oportunidade de conhecer os protocolos e o circuito da PSC desde a admissão no serviço até à sua transferência/ alta da UCI. Tive ainda oportunidade de presenciar e colaborar nessa mesma dinâmica e circuito, através da receção de clientes vindos do SU e de clientes vindos diretamente do ambiente pré-hospitalar. Colaborei também na transferência de clientes das UCI para serviços de internamento.

No decorrer do período de estágio na UCIP A tive a oportunidade de participar, de forma informal, na implementação da EEMIH no serviço. Segundo Laurens (2010), a EEMIH é uma equipa constituída por médicos e enfermeiros especializados em situações de doença crítica e que procedem a uma intervenção precoce nas situações de risco para o doente. Pretende-se com uma intervenção precoce adequada, diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo (DGS, 2010b). A DGS (2010b) e Laurens (2010) defendem que para diminuir a mortalidade e a morbilidade é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a rápida identificação da deterioração clínica aguda e instituição atempada de terapêutica otimizada. A minha participação na implementação da EEMIH ocorreu através da partilha de experiências, de conhecimentos e de pesquisa bibliográfica, através de estudos, livros, manuais e normas, uma vez que no hospital em que trabalho, já tinha participado, quanto formador, na implementação de uma EEMIH. Apesar de inicialmente não ter sido uma atividade que fizesse parte dos meus objetivos de estágio, a verdade é que esta minha participação permitiu-me também a aquisição

de competências relacionadas com a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, tal como é descrito no Regulamento de Competência Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a).

Durante o período de estágio na UCIP A e na UCIQ tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, e em especial à PSC vítima de trauma. Ao acompanhar e colaborar com os enfermeiros peritos pude observar e realizar uma abordagem sistematizada (ABCDE) e uma monitorização contínua da PSC, permitindo assim não só identificar precocemente lesões que comprometam a vida do cliente, mas também instituir tratamento imediato aos compromissos identificados (Thim *et al*, 2012). Apesar da abordagem poder ser aplicada a todos os clientes, existe um cuidado especial que deve ser tido em conta relativamente aos clientes vítimas de trauma, uma vez que na abordagem e permeabilização da via aérea (A), deverá ser realizada estabilização da coluna cervical, tal como recomenda o *American College of Surgeons* (CTCAC, 2008).

Durante a minha permanência na UCIQ, tive a oportunidade de observar e colaborar na receção de um cliente queimado, vindo diretamente do contexto da emergência pré-hospitalar para a UCI. O cliente foi recebido na área de balneoterapia, onde estavam presentes um médico anestesiológista e três enfermeiros. Para Sousa, Nunes & Santos (2003), a organização e o funcionamento da área de balneoterapia é muito similar à organização e funcionamento de um bloco operatório, existindo a necessidade de um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista, sendo que devido à especificidade dos clientes que são cuidados nesta área, acaba por existir a necessidade de dois enfermeiros a realizar a higiene corporal e prestar cuidados às feridas. Na receção deste cliente, a minha colaboração nos cuidados foi nas funções de enfermeiro de anestesia, colaborando diretamente com o anestesiológista, nos cuidados à via aérea (A), respiração (B) e circulação (C). Durante esta abordagem e porque existiam indícios que levavam a suspeitar de TCE e/ou TVM associados às lesões por queimadura, pude sugerir a imobilização da coluna cervical, como proposto pelo *Pré-hospital Trauma Life Support* (NAEMT, 2004) e pelo *American College of Surgeons* (CTCAC, 2008) que

referem que, em caso de dúvida, os doentes queimados com alteração do estado de consciência deverão ser abordados respeitando os princípios de abordagem do doente vítima de trauma, suspeitando sempre de um TCE e/ ou TVM associado às queimaduras.

Este cliente, como muitos outros aos quais prestei cuidados nas duas UCI, necessitava de VMI através de entubação traqueal. Para Urden, Stacy & Lough (2008) a VMI é um método administração de ventilação a pressão positiva ou negativa, com o objetivo de suporte das trocas gasosas através da ventilação alveolar e oxigenação arterial, aumento do volume do pulmão através da insuflação pulmonar no final da expiração e capacidade residual funcional, e redução do trabalho respiratório. Esta redução do trabalho respiratório está intimamente relacionado com os objetivos clínicos da VMI na reversão da hipoxémia e da acidose respiratória aguda, no alívio da angústia respiratória, na prevenção ou reversão de atelectasias e fadiga dos músculos respiratórios, no diminuir do consumo de O₂, no permitir a sedação e/ou o bloqueio neuromuscular, no estabilizar a parede torácica e reduzir a pressão intracraniana.

Perante estes clientes sedados e com necessidade de suporte através de VMI enunciei o diagnóstico de enfermagem de **Limpeza Ineficaz das Vias Aéreas** (NANDA, 2007), relacionada com alteração da estrutura anatómica por presença de TET, manifestado por presença de secreções traqueobrônquicas, sendo que o resultado esperado era que o cliente mantivesse sempre a via aérea permeável. Neste sentido, existiu por vezes a necessidade de proceder à aspiração secreções, que segundo Urden *et al* (2008), é um procedimento estéril que só deve ser realizado, quando o doente precisa e não por rotina, sendo que é uma técnica requerida para a manutenção da permeabilidade da via aérea. Quando realizei a aspiração de secreções, fi-lo sem recurso à instilação de soro fisiológico no TET, o que vai ao encontro do descrito por Urden *et al* (2008), Coffin *et al* (2008) e Pina, Ferreira, Marques & Matos (2010), que referem que a instilação de soro fisiológico para facilitar a remoção das secreções não revela qualquer benefício, podendo ser um contributo para a hipoxémia e para a colonização das vias aéreas inferiores, consequentemente contribuindo para pneumonias associadas à VMI. Nas UCI a

técnica de instalação de soro fisiológico só era utilizada quando existiam grande quantidade de secreções espessas, na tentativa de as tornar mais fluidas e aspiráveis.

Relacionado ainda com os clientes submetidos a VMI, durante a minha prestação de cuidados enunciei o diagnóstico de enfermagem **Compromisso das Trocas Gasosas** (NANDA, 2007), relacionado com intoxicação por CO (no cliente queimado), manifestado por trocas gasosas desadequadas, sendo que o resultado esperado era que os clientes apresentassem trocas gasosas adequadas. Perante estes clientes com intoxicação com CO a minha intervenção, numa fase inicial, foi administrar oxigenioterapia a um FiO_2 de 100% e colaborar na regulação do PEEP no ventilador, sendo que à posteriori a administração de O_2 ia sendo reavaliada e administrada em conformidade com os valores presentes nas gasometrias e na monitorização contínua da saturação de O_2 periférico e da capnografia. Para Seeley, Stephens e Tate (2005), o CO partilha a mesma ligação que o O_2 na molécula de hemoglobina, tendo contudo, muito maior afinidade com esta. Essa afinidade do CO com a hemoglobina é 240 vezes maior do que a afinidade com o O_2 , sendo que o CO dissocia-se muito lentamente e a sua semivida é de 250 minutos (4 horas) em ar ambiente e de 40 minutos se o doente estiver sujeito a um FiO_2 de 100% (CTCAC, 2008). Segundo Echinard & Latarjet (2012), a existência de PEEP, programada no ventilador, luta contra o colapso alveolar, melhorando a *compliance* pulmonar, sendo que um valor de 5cm H_2O melhora o recrutamento de territórios pulmonares em caso de intoxicação por inalação. Esta experiência revelou-se importante para mim, não só pela experiência prática mais prolongada no tempo, uma vez que no SU ou nos cuidados prestados no contexto pré-hospitalar, estes clientes apenas estão sob os meus cuidados um curto período de tempo, mas também pela aquisição destes conhecimentos teóricos que me fizeram cuidar de acordo com a evidência científica.

Relativamente à monitorização do padrão das trocas gasosas, tal como anteriormente referido, tive ainda oportunidade de pôr em prática a técnica de avaliação do CO_2 através do ar expirado ($EtCO_2$), sendo esta uma técnica de análise com muitas aplicações em UCI, (Urden *et al*, 2008) quer em doentes submetidos a VMI, quer em doentes sob oxigenioterapia, por método não invasivo. Para Deakin

(2010), a onda de capnografia é a forma mais sensível e específica de monitorizar continuamente a permanência do TET na traqueia. Nunca tinha aplicado esta técnica em clientes não submetidos a VMI, e foi muito importante ter tido esta experiência, por ser transferível para a minha prática quotidiana de cuidados, sendo esta uma técnica de avaliação das trocas gasosas mais amigável para o cliente.

Nos cuidados a estes clientes internados na UCI tive igualmente oportunidade de participar na sua estabilização hemodinâmica, através dos cuidados às alterações da estabilidade hemodinâmica identificados. Esta estabilização hemodinâmica está intimamente relacionada com o estado dos líquidos orgânicos, refletindo-se através da avaliação cardiovascular (Urden *et al*, 2008). Para estes autores a PVC, a PAM, a pressão de encravamento da artéria pulmonar e o índice cardíaco contribuem para uma imagem clara do aumento ou diminuição do volume vascular que retorna ou é injetado do coração. Estas monitorizações invasivas da PVC e da PAM através de CA são práticas comuns no contexto da UCI (Pina *et al*, 2010), no entanto isso já não é inteiramente verdade no que respeita à minha experiência no contexto do SU, onde é pouco habitual a utilização destas técnicas diagnósticas, em especial no que respeita ao CA. Segundo Swearingen & Keen (2003), o CA, também vulgarmente designado de linha arterial, é a inserção de um cateter pela artéria, principalmente pela artéria radial, por ser de fácil acesso e com circulação sanguínea colateral habitualmente adequada. No entanto, pode também ser inserida na artéria femoral ou braquial, de forma a possibilitar que seja observado continuamente no monitor do doente a onda da pressão arterial e a pressão sistólica, diastólica e média. Em relação à PVC esta é a medição da pressão venosa sistémica, a nível da aurícula direita, podendo ser medida através de um cateter introduzido na veia jugular interna, na veia subclávia, na veia femoral ou ainda através do orifício do cateter da artéria pulmonar (Swearingen & Keen, 2003). Este tipo de monitorização está indicado sempre que um doente tenha alteração significativa no volume de líquidos, o que é particularmente relevante no cliente queimado para orientar a sua reposição na hipovolémia, bem como na avaliação do impacto da diurese após administração de um diurético nos casos de sobrecarga hídrica (Urden *et al*, 2008).

Muitos dos clientes que cuidei apresentavam-se em choque, principalmente hipovolémico, resultante dos traumatismos que sofreram, o que levou ao diagnóstico de enfermagem **Défice de Volume de Líquidos** (NANDA, 2007), relacionado com múltiplos traumatismos ou queimaduras, manifestado por perda ativa de volume de líquidos pelas queimaduras, fraturas e outras lesões, sendo que o resultado esperado era que o cliente apresentasse uma PAM ≥ 65 mmHg e um débito urinário de 0,5ml/Kg/h. Para a *Society of Critical Care Medicine* (SCI, 2008), no doente queimado a permeabilidade capilar aumentada é um dos principais componentes da resposta no choque por queimadura, sendo que a perda de volume plasmático manifesta-se como hipovolémia, coincidindo com a formação de edema e aumento da quantidade de líquido extracelular. A primeira meta no tratamento do choque hipovolémico é alcançar uma pressão arterial mínima (pressão de perfusão), ou seja, uma PAM ≥ 65 mmHg e é geralmente recomendada como meta inicial para manter o fluxo sanguíneo para o coração e outros órgãos (SCI, 2008). Muitas vezes, para travar este ciclo de perda de líquidos não basta repor, é necessário controlar o foco do problema, sendo que uma das experiências que tive com um cliente politraumatizado, que apresentava uma lesão da bacia de padrão complexo, foi aplicar uma técnica simples para estabilização da fratura pélvica, de forma a diminuir a hemorragia interna através da diminuição do volume da cavidade pélvica. Esta hemorragia interna pela fratura pélvica era o principal foco de instabilidade e ao aplicarmos um lençol de forma a causar uma rotação interna dos membros inferiores o volume da cavidade pélvica diminuiu, tendo a pressão arterial do cliente ficado mais estável (CTCAC, 2008).

No âmbito da gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos tive oportunidade de vivenciar experiências muito enriquecedoras, não só relacionadas com a mobilização dos conhecimentos prévios ao estágio, mas também novas aquisições de conhecimentos. Uma das situações em que aperfeiçoei os meus conhecimentos foi em relação à aplicação da fórmula de *Parkland*, utilizada na reposição hidro-electrolítica no cliente queimado para fazer face ao diagnóstico de enfermagem **Défice de Volume de Líquidos** (NANDA, 2007) anteriormente referido. Esta fórmula é calculada a partir do enunciado: 4ml/Kg/% de superfície corporal queimada. O resultado obtido corresponde ao volume de líquidos a administrar nas

primeiras 24 horas, sendo que metade desse volume deverá ser administrado nas primeiras 8 horas e a restante metade nas 16 horas subsequentes, com o objetivo de manter o débito urinário entre 0,5 a 1ml/Kg/h no doente adulto (CTCAC, 2008). Antes do estágio, habitualmente na aplicação desta fórmula não tinha em conta uma variável descrita por Echinard & Latarjet (2012), e que me parece extremamente importante. Segundo estes autores, quando ocorre queimadura da via aérea, deverá ser somado um valor adicional de mais 30 a 50% ao total da percentagem de superfície corporal queimada (Echinard & Latarjet, 2012). Este pormenor faz toda a diferença, uma vez que a perda para o espaço extracelular, a perda de volume plasmático e o edema também ocorrem ao nível do parênquima pulmonar quando este sofre queimadura (SCI, 2008).

Outra vivência importante, diz respeito ao tratamento e aos cuidados de enfermagem perante o SIRS, através da administração de antibióticos por perfusão contínua. Segundo Bone *et al* (1992), o SIRS pode estar associada a inúmeras condições clínicas, entre elas doentes com múltiplos traumatismos, lesões dos tecidos e choque hipovolémico. Para Pereira (2006) e Pina *et al* (2010), a administração precoce do antibiótico diminui a mortalidade nos episódios de sépsis grave, sendo que o objetivo farmacocinético deste tipo de fármacos é manter a sua concentração, acima da concentração inibitória mínima, durante o máximo de tempo possível. A melhor forma de garantir que isso aconteça, é através da administração por perfusão contínua, evitando oscilações da concentração, obtendo assim concentrações séricas médias mais elevadas do que com a mesma dose total administrada intermitentemente (Pereira, 2006; Pea & Viale, 2009; Pina *et al*, 2010).

Ao longo do estágio, toda a administração de terapêutica foi realizada de acordo com os 9 certos na administração de terapêutica descritos por Silva & Camerini (2012), de forma a garantir maior segurança para os clientes e maior rigor técnico científico aos cuidados prestados aos clientes. Esta prática de cuidados vai ao encontro dos padrões de qualidade descritos pela OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (OE, 2011), sendo esta prática de cuidados – gestão protocolos terapêuticos complexos – considerada como um dos elementos importantes face à prevenção de

complicações na PSC. Estes meus cuidados vão também ao encontro do disposto na alínea e) do ponto 4 do artigo 9º do REPE, que afirma que os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (OE, 1998, p.3).

Durante a minha passagem na UCIQ fui escutando uma unanimidade de opiniões, da parte da equipa de enfermagem e médica, relacionadas com duas situações de prestação de cuidados iniciais à PSC queimada, que poderiam ser melhoradas no contexto pré-hospitalar. Uma era que seria desejável a entubação endotraqueal precoce na suspeita de queimadura da via aérea, com a colocação do TET com maior diâmetro possível, e a outra relacionava-se com o início precoce da primeira fase da aplicação da reposição hidro-electrolítica através da fórmula de *Parkland*. O *trigger* para a entubação endotraqueal no contexto pré-hospitalar é: queimadura de cílios nasais, cabelo ou da face, existência de fuligem na cavidade orofaríngea, alteração do estado de consciência, e incêndio num espaço confinado/ indicadores de intoxicação grave por CO (NAEMT, 2004). Durante a entubação endotraqueal quanto maior for o diâmetro do TET introduzido melhor será a capacidade de ventilar eficazmente a PSC, possibilitando uma melhor entrada do volume/minuto programado e reduzindo as resistências, para melhor oxigenação (CTCAC, 2008). Este princípio possibilita igualmente maior qualidade na realização da broncofibroscopia (CTCAC, 2008). Ao ter tido oportunidade de receber na UCIQ clientes vindos diretamente do contexto pré-hospitalar, tive oportunidade de vivenciar estas necessidades apontadas pelas equipas, o que me fez refletir e melhorar a minha prática de cuidados em situações semelhantes.

Em relação à avaliação da dor, Swearingen & Keen (2003, p.73) afirmam que “a existência de dor é um fator de *stress* significativo nos doentes em estado crítico e contribui para outros problemas”. Os mesmos autores afirmam ainda que “os doentes em estado crítico sofrem dor substancial em consequência de situações patológicas, traumatismos, intervenções terapêuticas como cirurgias e múltiplos procedimentos de diagnóstico invasivos. Mesmo até os doentes aparentemente

inconscientes sofrem de dor” (Swearingen & Keen, 2003, p.73). Segundo a *International Association for the Study of Pain*, citado pela OE (2008, p.25), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.” É importante considerarmos esta definição, pois um dos aspetos que pude constatar durante o período de estágio foi que os clientes podem ter dor associada a uma lesão efetiva, como uma fratura ou queimadura, mas podem também ter dor não relacionada com a lesão primária, mas antes com outros aspetos, como por exemplo, procedimentos efetuados, posicionamentos, patologias de esforço de membros não lesados ou infeções adquiridas no hospital. Ou seja, um doente pode ter dor sem que esta tenha resultado necessariamente da lesão inicial, o que me fez estar muito mais atento na avaliação da mesma.

A dor referida pelos clientes a quem prestei cuidados durante o estágio, quanto à duração, inseria-se na definição de dor aguda, que é uma “dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ ou causal” (OE, 2008, p.25). De acordo com Swearingen & Keen (2003) a dor constitui um sinal de alarme do organismo, a que o corpo responde na tentativa de prevenir um agravamento da lesão. No entanto, uma vez identificada a sua etiologia, esta perde a sua importância passando a ser desnecessária e desejavelmente evitada.

Um dos aspetos que passei a valorizar de uma forma especial foi a importância do controlo da dor na PSC, por diversos motivos. Por um lado, o tratamento da dor aguda após um traumatismo deve iniciar-se tão cedo quanto possível, uma vez que a dor desencadeia respostas fisiológicas e psicológicas anormais, capazes de agravar o estado geral do doente, aumentando a morbilidade e mortalidade (Pardina & Genové, 2003). Para além disso, tal como afirma a OE (2008, p.17) “o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis para a pessoa.” É então dever do enfermeiro e um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados, promover o controlo da dor, libertando o cliente de um sofrimento desnecessário, sobretudo quando estamos na presença de lesões que provocam dor intensa e prolongada, como acontece com os clientes politraumatizados e os clientes queimados. Importa ainda

referir que segundo Meleis *et al* (2000), o desconforto físico pode ser um fator negativo na experiência transicional do cliente, pelo que a promoção do conforto físico surge como um dos aspetos essenciais no cuidado transicional.

Por todas estas razões e porque “o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (OE, 2008, p.9), a dor é considerada o 5º sinal vital (DGS, 2003b) e é premente a sua avaliação e controlo, que foi o que procurei fazer ao longo do estágio. Para a avaliação da dor existem escalas de avaliação multidimensionais e unidimensionais e dentro destas, escalas de auto e heteroavaliação (OE, 2008). As escalas de avaliação de dor multidimensionais avaliam a intensidade de dor, a forma como esta afeta o dia-a-dia do indivíduo e a sua qualidade de vida. As escalas de avaliação unidimensionais são utilizadas para avaliar a intensidade da dor (OE, 2008). A dor deve ser, sempre que possível, avaliada pelo doente, através de escalas de autoavaliação, nas quais o doente identifica a intensidade de dor, após lhe ter sido apresentada uma explicação pormenorizada da escala. Para além disso, a escala utilizada deve ser sempre a mesma em cada doente, desde que o seu estado de consciência o permita, para que as reavaliações sejam fidedignas (DGS, 2003b). Assim, durante o estágio nas duas UCI, utilizei as escalas unidimensionais de autoavaliação de dor, que se encontravam já implementadas nos serviços, para avaliar a dor dos clientes conscientes e orientados, recorrendo à escala numérica, tal como recomenda a DGS (2003b). Apenas nos casos em que a capacidade cognitiva do cliente não lhe permitiu compreender esta escala, utilizei a escala qualitativa, também implementada nos serviços, para avaliar a intensidade da dor, tal como recomenda a DGS (2003b).

Nos clientes que se encontravam inconscientes ou incapazes de se exprimir, em ambas as UCI, pude recorrer a uma escala de heteroavaliação da dor, no caso concreto, a BPS, por ser a escala implementada nas duas UCI. A BPS é composta três grupos de comportamentos, que são a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adequação da pessoa à ventilação mecânica. Dentro destes três grupos, pontua-se de 1 a 4 de acordo com os comportamentos observados no cliente, sendo que no final, a soma das pontuações tem um valor

mínimo de 3, interpretado como sem dor, e um valor máximo de 12, interpretado como dor máxima (Stites, 2013). Esta escala comportamental mostrou ser válida e confiável para doentes adultos sobre ventilação mecânica internados nos cuidados intensivos, em vários países e também em Portugal (Batalha *et al*, 2013). No entanto, apresenta algumas limitações, associadas ao facto de ser uma escala unidimensional, e por isso, apenas permitir avaliar a intensidade da dor e não as outras características da dor, e associadas às próprias condicionantes de uma UCI, tais como, a utilização de fármacos sedativos ou relaxantes musculares e a utilização de contenção física, que condicionam largamente a capacidade dos clientes em se movimentarem e apresentarem determinados comportamentos, avaliados através da escala.

Durante o estágio, em ambas as UCI, pude avaliar a dor de hora a hora, juntamente com os restantes sinais vitais, sendo que também a reavaliei após a instituição de medidas terapêuticas para o seu alívio. Assim, perante o diagnóstico de enfermagem **Dor** (NANDA, 2007) relacionada com traumatismo, manifestado por presença de índice de dor na avaliação da escala BPS e da escala numérica, o resultado pretendido era que o cliente verbalizasse ou não apresentasse manifestações comportamentais de dor. Para alcançar este resultado realizei intervenções farmacológicas e intervenções não farmacológicas em complementaridade.

No que diz respeito às medidas farmacológicas para o controlo da dor, pude assistir a várias práticas, que constituíram momentos de aprendizagem. Um desses momentos foi relacionado com a administração de opióides sem administração concomitante de um fármaco antiemético, de forma profilática. Esta é uma prática que habitualmente não se verifica, quer no contexto do SU, quer no contexto pré-hospitalar. No entanto, após pesquisa bibliográfica, pude confirmar que é corroborada por vários estudos elaborados por Bradshaw & Sen (2006), Simpson *et al* (2011) e Paoloni *et al* (2002). Estes estudos defendem que a administração endovenosa do fármaco metoclopramida não previne profilaticamente as náuseas e vômitos induzidos por opióides, defendendo também que a ocorrência de náuseas e vômitos induzidos pela administração endovenosa de opióides é baixa (Bradshaw &

Sen, 2006; Paoloni *et al*, 2002). Para Simpson *et al* (2011, p.456), a “administração rotineira de metoclopramida pode causar prejuízo pela exposição desnecessária dos doentes a terapêutica que pode trazer efeitos secundários.” Assim, procedi à administração de antieméticos, nomeadamente a metoclopramida, apenas nos casos em que os clientes apresentavam náuseas ou vômitos após a administração de opióides. Ainda no que respeita às intervenções farmacológicas, durante o ensino clínico na UCIQ assisti a uma enorme preocupação dos profissionais em relação ao controlo da dor e à utilização de perfusões contínuas com doses consideráveis de opióides para esse fim, bem como a administração de opióides de ação curta antes do tratamento de feridas, pois tal como afirma Martin & Genové (2003, p.201) “a substituição de ligaduras e o tratamento de feridas são os procedimentos mais dolorosos que o queimado sofre.”

Meleis (2010) refere que, a principal razão de ser da enfermagem é o cuidar e que este envolve o conhecimento de estratégias para melhor cuidar, como as terapêuticas de enfermagem, que consistem num conjunto de intervenções realizadas com vista a prevenir transições negativas, promover a perceção de bem-estar e lidar com a experiência de transição. Um exemplo disto são as intervenções não farmacológicas para o controlo da dor, que consistem na “aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos” (OE, 2008, p.26). Estas, na maioria dos casos “aumentam e reforçam o tratamento farmacológico da dor do doente” (Urden *et al*, 2008, p. 146). Destas, as que tive oportunidade de praticar foram: a massagem, as aplicações de calor ou frio, a imobilização, bem como técnicas de relaxamento e distração, como a colocação de música relaxante, aquando da realização dos cuidados de higiene ou tratamento de feridas.

Neste meu percurso de estágio tive também oportunidade de treinar e melhorar a minha competência no estabelecimento da relação terapêutica, que segundo Phaneuf (2005, p.324) é aquela que “ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que uma pessoa tem necessidade no decurso de uma prova”, o que ocorre com a PSC e sua família. O enfermeiro ao estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e ao promover o

seu bem-estar físico e emocional, está também, segundo Meleis *et al* (2000), a criar condições pessoais facilitadoras de uma transição saudável.

Alguns dos clientes a quem prestei cuidados referiram sentir-se assustados, preocupados e ansiosos face à sua situação de saúde. Perante o diagnóstico de enfermagem **Ansiedade** (NANDA, 2007), relacionada com alteração do estado de saúde e pessoas/ambiente estranhos, manifestado: (1) pela verbalização de ansiedade e preocupação nos clientes com comunicação verbal mantida; (2) aumento da frequência cardíaca ou da frequência respiratória, no caso dos clientes com a comunicação verbal comprometida. O resultado esperado era que após as intervenções de enfermagem o cliente: (1) referisse redução ou ausência de ansiedade, preocupação; e (2) apresentasse valores de frequência cardíaca ou frequência respiratória dentro dos valores normais. Com vista a esse fim, tive oportunidade de treinar algumas atitudes favorecedoras de uma relação terapêutica, tais como, a escuta ativa, o tocar caloroso e o contacto prolongado do olhar (Phaneuf, 2005). Para além disso, pude também verbalizar e demonstrar, através da comunicação não-verbal, uma disponibilidade e preocupação permanentes para com o cliente, a fim de facilitar o estabelecimento da relação terapêutica.

Durante o estágio, um momento importante para fortalecer o laço entre o enfermeiro e o cliente foi aquando da comunicação de más notícias pelo médico, através da minha presença e apoio ao cliente. Durante estes momentos, envolvidos de sentimentos e emoções, quer por parte da PSC, quer por parte dos familiares, foi importante assegurar um ambiente tranquilo e de privacidade, a disponibilidade que mostrei para os escutar, esclarecer dúvidas e para os ajudar a encontrar estratégias que lhes permitissem vivenciar a situação de uma forma menos sofrida, tal como defende Silva (2013).

No contexto da prática assistencial de enfermagem, a comunicação constitui-se um instrumento básico do cuidar, fundamental no desenvolvimento da relação terapêutica e na satisfação das necessidades do cliente (Silva, 2013). Assim, a comunicação é transversal a todas as intervenções de enfermagem e influencia a qualidade dos cuidados prestados. Uma das mais óbvias barreiras à comunicação

com a PSC é o facto de esta não conseguir verbalizar, por exemplo, quando se encontra com TET (Urden *et al*, 2008). Esta foi uma das condicionantes transversais a vários clientes, e que condicionou aspetos da comunicação, tais como, a avaliação da dor e a interação do cliente com a família. Face a esta situação surgiu o diagnóstico de enfermagem **Compromisso da Comunicação Verbal** (NANDA, 2007) relacionado com défice neurológico e barreiras físicas, manifestado por presença de TET, necessidade de VMI e sedação/ bloqueio neuromuscular. O resultado perante este diagnóstico tinha duas variáveis e dependia do momento terapêutico, em que o cliente se encontrava. No cliente com VMI e sedação/ bloqueio neuromuscular o objetivo era que eu e os outros profissionais conseguíssemos compreendê-lo através da comunicação não-verbal. Segundo Bolander (1998, p.531), a comunicação não-verbal é “o conjunto de comportamentos que comunica mensagens quer sem usar palavras, quer como suplemento da comunicação verbal”, fornecendo pistas acerca da mensagem que o cliente ou família nos querem transmitir.

No cliente consciente em processo de desmame da VMI, mas que mantinha o TET, o objetivo era estabelecer uma forma de comunicação o mais adaptada ao cliente possível. Para Bolander (1998, p.529), a comunicação verbal é “um conjunto de palavras com significados compreensíveis dentro de um grupo”, ocorrendo através da fala ou da escrita. Assim, uma das estratégias que utilizei com estes clientes foi o recurso a abecedários onde o cliente apontava as letras e eu construía e verbalizava a frase. Outra das estratégias que utilizei foi o recurso a uma caneta e uma folha de papel em branco para que a mensagem pudesse ser escrita. Bolander (1998) afirma que, a utilização da escrita pode ser especialmente útil na comunicação com os doentes que têm algum grau de incapacidade para ouvir ou falar com clareza, ou mesmo que não falam. Na sua utilização, esta deve ser de linguagem simples e vocabulário adequado ao nível de compreensão do doente (Bolander, 1998). Para além disso, outra preocupação que tive foi certificar-me que a caligrafia era suficientemente grande e carregada para ser entendida pelo cliente, proporcionando a este todas as condições para que responda, possibilitando assim a comunicação eficaz entre ambos (Bolander, 1998). O recurso a estas duas técnicas foi muito

importante, pois permitiu um entendimento, não só entre mim e o cliente, mas também entre o cliente e a família e outros profissionais.

Outra experiência que me marcou foi ter cuidado de um cliente que se encontrava internado há já vários anos na UCI, por necessidade de suporte de VMI por traqueostomia e que comunicava através de sons. Levei alguns dias a aprender o que cada som queria dizer, mas consegui perceber os mais utilizados. Para Urden, *et al* (2008), com os doentes que não verbalizam o enfermeiro baseia-se em pistas comportamentais e fisiológicas. Por outro lado, foram também os comportamentos não-verbais dos clientes que reforçaram a mensagem que pretendia transmitir, bem como os seus sentimentos e sensações.

Embora o binómio cliente/família seja há muito referenciado como o alvo dos cuidados de enfermagem, a verdade é que muitas vezes “a família circula num corredor paralelo ao doente, é neste contexto que a família é abordada, num plano secundário” (Moreira, 2001, p.140). Várias são as definições de família e o próprio conceito tem-se vindo a modificar ao longo dos anos. Para Moreira (2001, p.19), a família é “a instituição sustentadora do desenvolvimento social, psicológico, cultural e económico do homem”. Segundo Relvas (2006) a família é uma teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afetivos entre os vários elementos que se conhecem e reconhecem, o que também vai ao encontro da definição de família de Wright & Leahey (2002, p. 68) que afirma que esta “é quem os seus membros dizem que são”. Tomando por base estas definições facilmente se depreende a importância da família no contexto da doença e concretamente da PSC internada na UCI. Qualquer doença ou internamento hospitalar causa *stress* na família, perturbando o seu equilíbrio e eventualmente as funções dos seus elementos. Os familiares de doentes internados em UCI estão permanentemente a ser submetidos a situações muito difíceis de enfrentar e às quais não estão acostumados, devido à quebra do papel desse elemento na família, ao impacto que o próprio ambiente da unidade provoca e à situação de doença, que muitas vezes acarreta risco de vida do seu ente querido. Para Martins (2000), a hospitalização de um elemento da família, obriga a que os restantes elementos alterem as suas rotinas e estilos de vida, quer para visitar o doente, quer para cumprir as suas tarefas habituais, levando por vezes

ao absentismo profissional ou até mesmo ao abandono do doente nas instituições de saúde. O enfermeiro, ao estabelecer uma relação terapêutica com a família da PSC não se pode descentrar da experiência relacionada com a transição situacional que estes estão a vivenciar através da reorganização dos papéis e respostas comportamentais que vivenciam ao longo do processo de transição (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis *et al* 2000).

De acordo com Bolander (1998, p.399), "embora os cuidados de enfermagem incidam mais sobre os indivíduos, é importante reconhecer-se que existe uma resposta da família às necessidades de saúde e de doença dos seus membros". Perante os clientes que cuidei com o diagnóstico de enfermagem **Alteração dos processos familiares** (NANDA, 2007), relacionada com a doença/ internamento em UCI e manifestada por visitas de membros da família fora dos períodos estabelecidos para visita, o resultado esperado era que esses elementos da família demonstrassem adaptação efetiva à mudança de papéis. Nas UCI por onde passei, e com o intuito de minimizar o impacto destas alterações de papéis por parte de alguns membros no seio da família, existiam políticas de períodos de visita alargados, estando instituídos dois horários de visita diários: um no período da manhã, perto da hora de almoço, e outro ao final da tarde. No entanto, e porque a presença da família ou da pessoa significativa pode contribuir para o bem-estar emocional da pessoa internada (Meleis *et al*, 2000), sempre que foi necessário os familiares, puderam visitar os seus entes queridos fora dos períodos estabelecidos, de forma a poderem organizar o seu dia e as suas tarefas (novo papel na família).

Para Phaneuf (2005, p.461), o apoio à família é uma das funções fundamentais dos enfermeiros, definindo-o como o conjunto de intervenções de enfermagem, que procuram levar apoio emocional às pessoas próximas do doente, ajudando-as a "atravessar este momento penoso, compreender o problema de saúde e enfrentá-lo calmamente". Da mesma forma, e de acordo com Meleis (2010) o cliente não pode ser considerado como uma unidade isolada, devendo ser visto inserido numa rede de pessoas que lhe são significativas. Assim, ao enfermeiro compete aproximar-se da família, compreender como é que ela está a lidar com a situação, desempenhando um papel de suporte e educativo que, promove na família, uma

resposta benéfica, sendo que não implica grande dispêndio de tempo e pode trazer um grande alívio à sua inquietude (Phaneuf, 2005). O apoio à família foi uma preocupação que tive durante todo o estágio. O escutar, demonstrar disponibilidade, demonstrar preocupação para com o outro foram algumas das estratégias que utilizei para conseguir estabelecer uma relação terapêutica com algumas das pessoas significativas dos clientes a quem prestei cuidados. Desta forma, foi possível que estas pessoas expressassem alguns medos, ansiedades e dificuldades em virtude do ponto crítico que enfrentavam, tendo eu prestado esclarecimentos acerca da UCI, do próprio ambiente hospitalar e de dúvidas relativas à evolução clínica dos clientes. Pude também fornecer indicações acerca de diversas formas possíveis para encontrarem as respostas que procuravam para os problemas, encaminhando-os, sempre que pertinente, para outros profissionais, como a assistente social, por exemplo. Constatei também que, muitas vezes, pelo simples facto de estar presente e de escutar os familiares, fez com que eles próprios conseguissem encontrar estratégias e apoios, que não estavam a identificar. Ou seja, muitas vezes apenas temos de escutar com uma atitude empática e eles mesmos, que nos colocam os problemas, acabam também por identificar as soluções.

Na UCIP A existia uma sala de acolhimento, onde era recebida a família pelo enfermeiro responsável pelo cliente, antes da sua primeira visita. Essa entrevista inicial, que tive oportunidade de realizar, era fundamental numa primeira fase para explicar à família o que iria observar e qual o estado de saúde do seu familiar. Numa segunda fase procurei compreender as suas dúvidas e necessidades, tentando de acordo com isso, desmistificar ideias erradas, esclarecer questões e ajudá-los a encontrar estratégias para satisfazer as suas necessidades. Seguidamente, era entregue um guia de acolhimento com as regras de funcionamento da unidade, o contacto da unidade, e o horário de visita, reforçando a disponibilidade dos profissionais de saúde para esclarecer dúvidas, apoiar na resolução de problemas ou simplesmente escutar. A realização do acolhimento, segundo alguns familiares com quem contactei, permitiu diminuir a ansiedade e o medo face ao ambiente hostil de uma UCI, bem como aproximar os familiares da equipa de enfermagem.

Outro momento que se revelou importante para conseguir uma aproximação com os familiares, no momento da visita, foi ficar junto do cliente, para poder estabelecer a ponte entre o cliente e a família, e vice-versa, esclarecendo questões e desmistificando os mitos relacionados com as inúmeras “máquinas” que se encontravam ligadas ao cliente. Para Meleis, esta mediação, por parte do enfermeiro, entre o cliente e a família, permite-lhes perceber e descobrir o processo transicional, bem como as novas respostas geradas (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis *et al*, 2000).

Um das grandes preocupações também no contexto da UCI e nos cuidados de saúde em geral são as IACS, também conhecidas como infeções nosocomiais. A IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados de saúde prestados (DGS 2007; Pina *et al*, 2010), e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007). Segundo a OMS (2005), a nível mundial, pelo menos 25% dos doentes admitidos em UCI desenvolve uma IACS. Para fazer face a este flagelo nos cuidados de saúde, em Portugal, foi criado pela DGS, em 2007, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS. E como forma de mitigação desta problemática a DGS, em parceria com a OMS, tem vindo a apostar em campanhas de formação dos profissionais de saúde, em especial na higiene das mãos e na utilização de EPI durante a prestação de cuidados (Pina *et al*, 2010). Segundo a Pina *et al* (2010) e a JCI (2013), os programas de prevenção e redução das infeções hospitalares incluem medidas de higienização das mãos, bem como um conjunto alargado de estratégias e de investigação para determinar a taxa de infeções nosocomiais, metas de redução do risco de infeção e normas que promovam uma adequada utilização de antibióticos.

Durante o estágio esteve sempre presente o diagnóstico de enfermagem **Risco de Infeção** (NANDA, 2007), relacionado com exposição ambiental, inadequação das principais defesas, a destruição dos tecidos e procedimentos invasivos, tais como, entubação endotraqueal, aspiração de secreções, presença de cateteres e sondas nasogástricas ou algalias. Perante este diagnóstico de enfermagem o resultado esperado era que o cliente não apresentasse sinais de infeção, mantendo-se

normotérmico e com expetoração límpida. Era prática instituída nas UCI e por mim aplicada que sempre que ia prestar cuidados aos clientes colocava: luvas, avental e máscara de proteção. No entanto, antes de me equipar e depois de retirar o equipamento de proteção individual realizava a higienização das mãos. Esta prática vai ao encontro das boas práticas recomendadas por Pina *et al* (2010), pela DGS (2012) e pela JCI (2013).

Junto de cada cama do cliente existia sempre uma SABA e em cada sala existia um lavatório com água corrente e sabonete antiséptico para a higienização das mãos (DGS, 2012). Existiam ainda diversos cartazes com os 5 momentos da higienização das mãos, e com a técnica de lavagem das mesmas, não só nas salas dos clientes, mas também nas salas de trabalho e nas instalações sanitárias (DGS, 2012). De acordo com a JCI (2013), as infeções podem entrar no hospital através dos doentes, dos familiares ou dos visitantes. Assim, na tentativa de prevenir e controlar a possibilidade de infeção vinda da comunidade ou vice-versa, na UCIP A existia um momento inicial de ensino aos familiares, no qual pude participar diversas vezes ao longo do estágio, acerca de várias práticas de controlo de infeção hospitalar preconizadas pelo serviço, nomeadamente a higienização das mãos antes e após a visita ao cliente. Esta prática vai ao encontro do descrito na orientação de boas práticas para a higienização das mãos nas unidades de saúde (DGS, 2010; DGS, 2012).

Na UCIQ as visitas dos familiares eram feitas através de um corredor envidraçado com um intercomunicador com o quarto de isolamento do cliente, sendo que apenas eram autorizadas a entrada de familiares junto do cliente em situações muito pontuais e recorrendo à utilização de EPI, após ter sido efetuado ensino prévio aos familiares. Tal prática está de acordo com o preconizado pela DGS (2102) e pela JCI (2013), que afirma que devem ser providenciadas, pelo hospital, barreiras de precaução e procedimentos de isolamento que protejam os doentes, visitantes e profissionais de infeções cruzadas, dando especial ênfase à proteção de clientes altamente vulneráveis à infeção, como é o caso dos queimados. Todas estas medidas são preocupações e boas práticas cada vez mais recomendadas pela OE, tal como se torna perceptível através dos artigos publicados por Salgueiro (2007) no

Jornal da Seção Regional do Centro da OE, tornando-se ainda mais importante no âmbito das competências a desenvolver pelos enfermeiros especialistas. Esta tem sido também para mim uma preocupação, sendo que durante e após o estágio reforcei a importância da utilização da SABA ao longo de cada um dos cinco momentos preconizados pela DGS (2012) e pela JCI (2013) nos cuidados à PSC no contexto do SU e no contexto pré-hospitalar, tornando consciente a sua utilização em cada um dos momentos. Para além disso, desenvolvi uma maior preocupação com a desinfeção das superfícies e equipamentos (Pina *et al*, 2010), sobretudo no pré-hospitalar, onde esta prática, por vezes é esquecida, o que vai ao encontro do descrito por McDonell (2008) que refere, que a limpeza adequada, desinfeção e esterilização dos equipamentos são essenciais para proteger os doentes e os profissionais do pré-hospitalar de microrganismos patogénicos, sendo que é necessário desenvolver políticas de controlo de infeção também neste contexto.

A PSC internada em UCI está também exposta a potenciais focos de infeção relacionados com os procedimentos invasivos, que são realizados neste contexto, razão pela qual podemos considerar a UCI como um local onde os programas de controlo de infeção têm elevada importância (Pina *et al*, 2010; JCI, 2013). Procedimentos como a entubação endotraqueal, a algaliação, a colocação e manipulação de cateteres centrais e periféricos, ou a manipulação de qualquer dispositivo urinário, são considerados momentos críticos de elevado risco de infeção (Pina *et al*, 2010; JCI, 2013).

Face ao exposto, importa referir que existiu uma melhoria da minha competência neste campo, pois tive oportunidade de realizar novas aprendizagens e refletir acerca de algumas práticas, tais como a utilização de avental sempre que fui prestar cuidados a um cliente, o reforço da importância da higienização das mãos dos familiares antes e após contato com o cliente, higiene oral e descontaminação oral com clorhexidina no cliente sobre VMI, tornando-me consciente da sua importância na prevenção das IACS.

4.2. Curso SIV para enfermeiros: um contributo para a aquisição de competências

O curso de SIV para operacionais enfermeiros, foi ministrado e acreditado pelo INEM. Este curso teve uma duração de 74 horas letivas, mais 56 horas de estágio no contexto de ambulância SIV INEM, num total de 130 horas.

O objetivo deste curso foi “consolidar conhecimentos e adquirir competências na área da emergência médica pré-hospitalar” (INEM, 2013, p.1). Face ao objetivo do curso considero que este deu contributos para a consecução dos objetivos de estágio: (1) Demonstrar conhecer os princípios de atuação em situações de catástrofe ou emergências com multi-vítimas; (2) Sistematizar as intervenções de enfermagem a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas.

O curso foi constituído por 5 módulos teórico-práticos, com avaliação: (1) Módulo de SAV; (2) Módulo de Pediatria e Obstetrícia; (3) Módulo de Emergências Médicas; (4) Módulo de Emergências em Trauma; e (5) Módulo de Transporte do Doente Crítico e Situações de Exceção. Durante os módulos de SAV, Emergências Médicas e Emergências de Trauma tive a oportunidade de praticar várias vezes em banca prática, a abordagem da PSC vítima de doença súbita ou vítima de trauma, através da sistematização da abordagem ABCDE. De igual forma, pratiquei intervenções de enfermagem no tratamento da PSC nestas duas vertentes. O módulo de Transporte de Doente Crítico e Situações de Exceção foi dividido em dois dias. O primeiro dia correspondia ao transporte do doente crítico com uma carga horária de 8 horas teórico-prático. O segundo dia correspondia à intervenção em situações de exceção, com uma carga horária de 8 horas teórico-prático. Durante o segundo dia deste módulo, tive ainda oportunidade de assistir a uma palestra onde foram abordados os temas: (1) hierarquização da resposta, (2) comando e controlo da resposta, (3) organização de teatros de operações, (4) triagem de catástrofe e (5) hierarquia de resposta médica, o que vai ao encontro dos princípios enunciados no *Major Incident Medical Management Support*, por Carley & Mackway-Jones (2005).

Nas situações de acidente grave ou catástrofe, ou no risco de ocorrência de um destes fenómenos, são desencadeadas operações de proteção e socorro em harmonia com os planos de emergência, previamente elaborados, com o objetivo de promover a unidade de direção nas ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a alocar e a adequação das medidas de caráter excecional a adotar (INEM, 2012). As intervenções do enfermeiro, integrado na equipa de emergência médica, que primeiro chegar a uma ocorrência dentro desta tipologia, deverão ser: (1) garantir segurança no cenário, (2) avaliar o cenário, (3) informar, (4) assumir o comando da resposta em saúde, (5) triar (INEM, 2012). No entanto, as intervenções do enfermeiro não se esgota aqui, pois ele não integra apenas a primeira equipa de resposta, mas também as restantes equipas de SAV que são necessárias deslocar para responder a um cenário desta magnitude, sendo necessário a sua intervenção no tratamento e transporte dos clientes para a unidade de saúde mais indicada, tal como defende Carley & Mackway-Jones (2005), bem como Bandeira (2008), Henrique (2009) e INEM (2012).

Com a frequência deste curso, tive oportunidade de demonstrar conhecer e treinar os princípios de atuação em situações de catástrofe ou emergências com multi-vítimas e de sistematizar as intervenções de enfermagem a desenvolver nestas situações.

5. AVALIAÇÃO DO PROJETO

Neste último capítulo do relatório farei a avaliação de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio e do global do projeto, constituindo assim a etapa final do mesmo (Fernandes, 1999).

No âmbito dos cuidados à PSC em contexto de UCI tinha proposto 7 objetivos. Um dos objetivos era (1) Prestar cuidados de enfermagem à PSC, em particular à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Em relação a este objetivo tive oportunidade de prestar cuidados a clientes vítimas de trauma, alguns deles decorrentes de emergências com multi-vítimas. Durante a prestação desses cuidados: a) adquiri novos conhecimentos relativos à aspiração de secreções, sobretudo no que respeita à não instilação de soro fisiológico pelo TET no cliente sob VMI, pelo risco de desenvolvimento de PAV; b) adquiri competências relativas à monitorização das trocas gasosas através da técnica de capnografia, quer no cliente sob VMI, VNI ou oxigenioterapia; c) adquiri competências face à monitorização do cliente através de CA e PVC, com o objetivo de detetar e corrigir precocemente focos de instabilidade hemodinâmica; d) tive oportunidade de mobilizar conhecimentos, enunciando diversos diagnósticos de enfermagem, antecipando a instabilidade hemodinâmica do cliente e realizando propostas práticas para a melhoria dos cuidados, tais como: a estabilização da coluna cervical perante suspeita de TCE/ TVM e a estabilização simples da cavidade pélvica perante fratura da bacia de padrão complexa; e) incorporei ainda a necessidade de colocação precoce de TET no cliente com suspeita de queimadura da via aérea, não só pelos benefícios na VMI, mas também pela necessidade de contribuir para uma melhor qualidade na realização da broncofibroscopia.

No que respeita ao objetivo (2) Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, tive a possibilidade de gerir protocolos terapêuticos complexos e adquirir novos conhecimentos: a) em relação aos 9 certos na segurança da administração terapêutica, passando a incorporar os 9 certos em detrimento dos 5 certos, que aplicava até este momento; b) no que respeita à administração de antibioterapia em

perfusão contínua, com o objetivo evitar oscilações da sua concentração e manter concentrações séricas médias mais elevadas do que se fossem administrados de forma intermitente, tentando contribuir assim para uma diminuição da mortalidade do cliente em sépsis; c) no que respeita à aplicação da fórmula de *Parkland*, tendo incorporado a importância da soma de um valor entre 30 a 50%, à variável da fórmula relativa à percentagem de superfície corporal queimada, sempre que existir suspeita de queimadura da via aérea, para uma reposição de volume mais eficaz.

No que concerne ao objetivo (3) Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, em particular à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, pude fazer a gestão da dor dos clientes e assim: a) adquirir competência na utilização da BPS enquanto escala da heteroavaliação da dor, no contexto do cliente com alteração do estado de consciência, tendo-se revelado um instrumento muito importante na avaliação da dor; b) adquirir conhecimentos relativos à não administração concomitante de antieméticos aquando da administração de opióides, pois não é evidente que tenha benefícios para o cliente na prevenção de náuseas e vômitos induzidos pelos opióides.

No que respeita ao objetivo (4) Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, pude gerir a comunicação com o cliente e família, e com outros profissionais, tendo: a) treinado competências de forma a adaptar a comunicação a cada cliente, recorrendo, como por exemplo à utilização do bloco e caneta ou do abecedário para comunicar com o cliente consciente, com limitações na comunicação verbal; b) treinado a minha comunicação não-verbal, através de gestos e postura de forma a mostrar uma disponibilidade constante. O recurso a estas estratégias de comunicação permitiu fortalecer o estabelecimento da relação terapêutica, o que vai ao encontro do objetivo (5) Desenvolver uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, tendo ao longo do estágio desenvolvido uma relação terapêutica com os clientes a quem prestei cuidados, relação essa que provou ser fundamental para que o cliente e família se sentissem apoiados no complexo processo de transição que estavam a viver. Incorporei ainda a importância e treinei: a) a entrevista inicial; b) a mais-valia

da presença na sala dos clientes durante as visitas; c) a mais-valia da flexibilidade nas normas dos serviços, nomeadamente no que diz respeito ao horário das visitas dos familiares, mesmo que fora dos horários previstos.

Com o estabelecimento desta relação terapêutica, consegui ir ao encontro de outro dos objetivos: (6) Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. Ao longo do estágio, pude constatar que sentimentos como o medo, a angústia, a ansiedade e a dúvida eram transversais à maioria dos clientes e seus familiares. Estes estavam sobre tudo, associados ao ambiente hostil da UCI e à própria situação de doença grave dos clientes. Assim através de atitudes como escutar, o permanecer junto do cliente e o mostrar disponibilidade pude constituir um apoio importante para a PSC e seus familiares, tal como foi verbalizado por diversas pessoas, através de palavras de agradecimento.

Como último objetivo, para a área dos cuidados à PSC em UCI, existiu ainda o (7) Respeitar os princípios técnico-científicos e procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Ao longo do estágio respeitei sempre os princípios técnico-científicos e procedimentos estabelecidos para a prevenção e controlo das IACS, tendo realizado não só a consulta dos protocolos de serviço antes da realização de procedimentos, mas também, efetuando pesquisa bibliográfica relativa a este tema. Com este objetivo: a) aprendi que um dos maiores flagelos associado aos cuidados de saúde são as IACS, em especial na PSC; b) incorporei a necessidade de utilização de EPI, em especial o avental na prestação de cuidados, como forma de diminuir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um cliente para outro, através da farda; c) constatee a importância de promover a higienização das mãos por parte dos familiares antes e após a visita ao seu ente querido; d) incorporei ainda a importância que os dispositivos invasivos têm no risco de IACS na PSC.

Em relação aos objetivos (8) Demonstrar conhecer os princípios de atuação em situações de catástrofe ou emergências com multi-vítimas; e (9) Sistematizar as

intervenções de enfermagem a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas; com a frequência do curso SIV pode realizar prática simulada da abordagem de cenários de catástrofe ou emergências com multi-vítimas, através da aplicação dos princípios: garantir segurança no cenário, avaliar o cenário, informar o CODU, assumir o comando da resposta em saúde, realizar a triagem, estabilização e tratamento hierarquizado pela prioridade estabelecida na triagem, e evacuação para tratamento definitivo, tendo ficado mais claro quais as intervenções e em que momento as devo aplicar na resposta a situações de catástrofe ou emergências com multi-vítimas.

No que respeita ao objetivo (10) Demonstrar conhecimento do Plano Nacional de Emergência, não tive oportunidade, durante o estágio de desenvolver atividades de forma a tornar possível atingir este objetivo. Deixo assim a aquisição destes conhecimentos para aprendizagens futuras.

Por último gostaria ainda de referir que apesar de não ter sido delineado um objetivo específico para a Gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e a articulação na equipa multiprofissional, este acabou por também estar presente durante o estágio, e em especial na minha participação na implementação da EEMIH na UCIP A. Assim, acabei também por ir ao encontro de competências comuns do enfermeiro especialista.

Após análise do estágio e das atividades e aprendizagens alcançadas considero que foram praticamente atingidos os objetivos a que me propus, bem como alcançadas várias unidades de competência do Regulamento de Competências do Enf.º Especialista em PSC (2010b) e do Regulamento de Competências Comuns do Enf.º Especialista (OE, 210a), tal como refletem as aprendizagens em cada objetivo.

Por todas estas razões, ficou para mim claro a resposta ao problema identificado, começando aqui mais um longo caminho de aquisição de competências de um nível de enfermeiro competente para um nível enfermeiro perito, nesta área de cuidados especializados à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas.

6. CONCLUSÃO

O saber de Enfermagem é um saber de ação e fundamentado através da pesquisa e aquisição contínua de conhecimentos técnico-científicos, para uma prática com maior competência e qualidade nos cuidados prestados ao cliente, não se limitando apenas à execução repetitiva de atos. É na capacidade de adaptação da prática de cuidados ao cliente em determinado contexto que possa surgir, que se torna necessário uma maior mobilização de saberes cada vez mais especializados.

Ao longo do estágio vivenciei uma panóplia de experiências enriquecedoras que me permitem expressar alegria e satisfação pelo caminho percorrido na aquisição de competências especializadas à PSC, e em especial à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas.

Neste momento, posso afirmar que houve uma evolução na minha prática de cuidados, dando mais relevo a algumas intervenções adquiridas que até aqui não dava. Por exemplo, aumentou a minha preocupação em desenvolver estratégias e atitudes facilitadoras do estabelecimento da relação terapêutica com a família dos clientes que cuido, escutando as suas ansiedades e receios e esclarecendo as suas dúvidas, de forma a tornar o seu processo de transição positivo.

Tal como referido no capítulo anterior, os objetivos a que me propus foram atingidos praticamente na sua totalidade, existindo apenas um objetivo que não foi alcançado com o caminho percorrido. No entanto, a minha aquisição de competências especializadas à PSC, e à PSC vítima de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, não acaba aqui. Pelo contrário, começa aqui um percurso de aquisição de competências que no futuro me permitirá alcançar o nível de enfermeiro perito.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acidente na A23 provocou 15 mortos e 23 feridos. (2007). *Portugal diário*. Acedido em 15-05-2012. Disponível em:

<http://canilho.wordpress.com/2007/11/06/acidente-na-a23-provocou-15-mortos-e-23-feridos/>

American Association of Critical Care Nurses. (2014). About Critical Care Nursing. Disponível em:

<http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=publications>

Arbon, P. (2007). Mass-Gathering Medicine: A review of the Evidence and Future Directions for Research. *Prehospital and Disaster Medicine*. 22. pp. 131-135.

Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2008). *Manual de Apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Protecção Civil*. Caderno Técnico N.º 3. Lisboa: ANPC.

Bandeira, R. (2008) – *Medicina de Catástrofe: Da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Porto: Editora da Universidade do Porto.

Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M. & Bizarro, V. (2013) Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient. *Revista de Enfermagem Referencia*. 3. pp. 7-16.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coleção Enfermagemn.º3. Coimbra: Quarteto Editora.

Bolander, V. R. (1998). *Sorensen, Luckmann: Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (M. T. Leal, A. G. Almeida, F. Gaspar, G. Mouga, I. Albernaz, J. Reis, L. Abecacis, L. Andrade, M. R. E. Reis, M. A. Madeira, M.

- C. Durão, M. C. Simões, M. Saraiva, S. Ribeiro, Trad.). Lisboa: Lusodidacta. (Sorensen and Luckmann's Basic Nursing: A Psychophysiologic Approach, 3rd ed., 1994. Pennsylvania: W. B. Saunders Company).
- Bone, R. C., Balk, R. A., Cerra, F. B., Dellinger, R. P., F..., Sibbald, W. J. (1992). Definitions for Sepsis and Organ Failure and Cuidelines for the Use of Innovative Therapies in Sepsis. American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine. *Chest*.101. pp. 1644-1655.
- Bradshaw, M.&Sen, A. (2006).Use of a prophylactic antiemetic with morphine in acute pain: randomised controlled trial. *Emergency Medical Journal*. 23. 210-213.
- Carley, S. & Mackway-Jones, K. (2005).*Major Incident Medical Management and Support: The Pratical Approach in the Hospital*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Castro, L. B. & Ricardo, M. M. C. (2002). *Gerir Trabalho de Projeto: Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares*. Texto Editora.
- Cobrun, A. & Cohen, A. (2004).*Catastrophe, Injury, and Insurance: The Impact of Catastrophes on Workers Compensation, Life, and Health Insurance*. USA: Risk Management Solutions.
- Coffin, S. E., Klompas, M., Classen, D., Arias, K. M., C..., Yokoe, D. S. (2008). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumoniain Acute Care Hospitals. *Chicago Journals*. 29. pp. 31-40.
- Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. (2008). *Suporte Avançado de vida no Trauma para Médicos* (C. A. Cirurgiões, Trad.). Chicago.(Tradução do original do inglês Advanced Trauma Life Support, 8nd ed., 2008, Chicago: American College of Surgeons).

- Cox, E. & Briggs, S. (2004). Disaster Nursing: New Frontiers for Critical Care. *Critical Care Nurse*. 24. pp. 16-22.
- Deakin, C. D., Nolan, J. P., Soar, J., Sunde, K, K... & Perkins, G. D. (2010).Section 4. Adult advanced life support. In Bath, J.N. (Coords).Resuscitation (pp. 1305-1352). Elsevier.
- Descritores Dublin. (s.d.). *Direção Geral do Ensino Superior*. Acedido em 12-04-2013. Disponível em:
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objetivos/Descritores+Dublin/>
- Direção Geral da Saúde. (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2003b). *A Dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2010a). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2010b). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Lisboa: DGS.
- Dois acidentes na A25: 6 mortos e 72 feridos. (2010). *Expresso*. Acedido em 15-05-2012. Disponível em:
<http://expresso.sapo.pt/dois-acidentes-na-a25-6-mortos-e-72-feridos=f600303>

Echinard, C. & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. (L. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Les Brûlures, 2010, Paris: Elsevier).

Fernandes, M. (1999). Metodologia de Projeto. *Servir*. 47. pp. 233-236.

Henriques, J. M. P. (2009). *Da Emergência à Catástrofe: a resposta médica*. Lisboa: Scribe.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2010). *Plano Estratégico dos Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar*. Lisboa: INEM.

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

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual do Transporte do Doente Crítico e Situações de Exceção*. Lisboa: INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). Informação geral ao formando. Curso de SIV operacionais enfermeiros. Lisboa. INEM

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. Foundations in Nursing and Health Care. United Kingdom: Nelson Thomas Lda.

Joint Commission International.(2013). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. U.S.A.: Permissions Editor.

Kingma, M. (2008). International Council of Nurses: Disaster Nursing. *Prehospital and Disaster Medicine*. 3. pp. 4-5.

Laurens, N. H. (2010). The effect of medical emergency teams on patient outcome: A review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*. 16. pp. 533-544.

Lei n.º 27/2006 de 03 de Junho (2006). Aprovação Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República I Série. N.º 126 (03/06/2006). pp. 4696-4706.

Mackway-Jones, K. (2012). *Major Incident Medical Management and Support: The Practical Approach at the Scene*. Oxford: Wiley-Blackwell P.

Magnaye, B., Muñoz, M. S. L., Muñoz, M. A., Muñoz, R. G. & Muro, J. H. M. (2011). The Role, Preparedness and Management of Nurses During Disasters. *E-International Scientific Research Journal*.3. pp.1-11.

Marques, A. & Sousa, J. P. A. (2004). *Medicina de Emergência: dos princípios à organização*. Porto: Marques & Sousa.

Marshall, M. C. (2007). The Next Disaster: Are You Ready?. *Perspectives in Psychiatric Care*. 43. pp. 1-2.

Martin, B. & Genové, M. (2003). Dor nos grandes queimados. In J. M. Caseiro (Coords). *Manual de Tratamento da Dor*. (pp.195-203) Lisboa: Permanyer Portugal.

McDonell, A. (2008). Issues of infection control in prehospital settings. *Journal of Emergency Primary health Care*. 6.

Martins, C. (2000). A família e a hospitalização/ a participação da família no cuidar. *Servir*. 48. pp. 133-135.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and Progress*. (4th ed.) New York: Lippincott, Williams, & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

- Meleis, A.I., Sawyer, L. M., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23. pp.12-28.
- Milsten, A. M. & Maguire, B. J., Bissell, R. A., Seamam, K. G. (2002). Mass-Gathering Medical Care: A Review of the Literature. *Prehospital and Disaster Medicine*. 17. pp. 151-162.
- Moreira, I. (2001). *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiencia de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Monteiro, F. M. (2009). Os Riscos e o Sistema Europeu de Proteção Civil. *Territorium*. 15. pp. 228-232.
- National Association of Emergency Medical Technicians em cooperação com Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. (2004). *Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado: Básico e Avançado* (R. S. Poggetti, Trad.). (5ª ed.). São Paulo: Elsevier. (Tradução do original do inglês PHTLS Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support. 5th ed. 2004. Mosby).
- North American Nursing Diagnosis Association (2007). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação*. (C. Correia, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Tradução do original em inglês NANDA I – Nursing Diagnosis: Defenition & Classification. 2007-2008. Artmad).
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem: Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril que procede à alteração ao aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem no Pré-Hospitalar: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary. França: WHO
- Paoloni, R. & Talbot-Stern, J. (2002). Low Incidence of Nausea and Vomiting With Intravenous Opiate Analgesia in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 20. pp. 604-608.
- Pardina, A. & Genové, M. (2003). Dor nos doentes politraumatizados. J. M. Caseiro. (Coords). *Manual de Tratamento da Dor*. (pp.177-194). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Pereira, J. G. (2006). *Antibioterapia: considerações práticas*. Amadora: Abbott.
- Pea, F. & Viale, P. (2009). Bench-to-bedside review: Appropriate antibiotic therapy in severe sepsis and septic shock - does the dose matter?. *Critical Care*. 13.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. (N. Salgueiro, R. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência (Traduzido do original do

francês Communication, Entretien, Relation D'Aide Et Validation, 2002, Cheneliere Mcgraw-Hill).

Pina, E., Ferreira, E., Marques, M., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*. 10. Pp. 27-39.

Powers, R., (2010). Introduction to Disasters and Disaster Nursing International Disaster Nursing. *Cambridge University Press*. Editora: Wadem. pp. 269-294.

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

Salgueiro, N. (2007). As Mãos, Ferramenta Mágica: Manter as mãos limpas e seguras, um dever de cidadania. *Enfermagem e o Cidadão: Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. 11. pp. 11-14.

Sally, A. J. (2014). The impact of a nurse as part of disaster response team. *Australian Nursing*. 48. pp.48.

Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 26. pp. 199-127.

Seeley, R. R., Stephens, T. D., Tate, P. (2005). Anatomia e Fisiologia (M. T. Leal, M. C. Durão, L. Abecasis, Trad.). (6ª ed.). Loures: Lusociência. (Traduzido do original do inglês Anatomy & Physiology. 6nd ed. 2003. McGraw-Hill Companies).

Silva, L. D., Camerini, F. G. (2012). Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. *Contexto Enferm*. 21. pp. 633-641.

Silva, M. J. (2013). O poder da comunicação em enfermagem. *OE*.

Simpson, P. M., Bendall, J. C. & Middleton, P. M. (2011). Review article: Prophylactic metoclopramide for patients receiving intravenous morphine in the emergency setting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Emergency Medicine Australasia*. 23, pp. 452-457.

Sobe para 33 o número de feridos na colisão de comboios em Caxias. (2012). *Diário digital*. Acedido em 18-05-2012. Disponível em:
http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=570691

Sociedade de Cuidados Intensivos. (2008). Suporte básico em cuidados intensivos (M. V. Vicari, Trad.) (2ª ed.). São Paulo: AWW. (Tradução do original do inglês *Fundamental Critical Care Support*, 4th ed., 2008, Society of Critical Care Medicine).

Sousa, A., Nunes, F. & Santos, R. (2003). *Balneoterapia: Um tratamento sem dor. Cuidados de Enfermagem: Reflexões, Investigação e Partilha de Experiências*. Coimbra: Direcção do Serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*. 33. pp. 68-78.

Swearingen, P. L. & Keen, J. H. (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes* (L. Abecasis, T. Leal, C. Durão, R. Inês, Trad.). (4ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Manual of Critical Care Nursing: Nursing Interventions and Collaborative Management*, 4th ed., 2001, Mosby).

Sylvia, B. & Danita, A. (2013). Nurses' Preparedness and Perceived Competence in Managing Disaster. *Journal of Nursing Scholarship*. 45. pp. 281-287.

- Tavares, C. G. (2010) *Catástrofe em Aviação Civil: Revisão dos princípios de medicina de catástrofe aplicados ao acidente com voo martinair MP495 no aeroporto de faro em 1992*. Instituto Abel Salazar Tese de Mestrado. Porto.
- Thim, T., Krarup, Grove, E. L., Rohde, C. V. & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE). *International Journal of General Medicine*. 5. pp. 117-121.
- Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2008). *Thelan's: Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (L. Abecasis, F. Silva, M. T. Leal, Trad.). (5ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Thelan's Critical Care Nursing: diagnosis and management, 5nd ed., 2006, New York: Elsevier).
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. (S. Spada, Trad.) (3ª ed.). São Paulo: Roca. (Tradução do original do inglês Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. 6nd ed. 2000. Philadelphia: F. A. Davis Company).