



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**Intervenções Especializadas de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do
Miocárdio**

**Specialized Nursing Interventions for People in
Critical Situation with Acute Myocardial Infarction**

Fernando Moisés Florindo Parente

Almada

2024



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**Intervenções Especializadas de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica com Enfarte Agudo do
Miocárdio**

**Specialized Nursing Interventions for People in
Critical Situation with Acute Myocardial Infarction**

Fernando Moisés Florindo Parente

Orientadora: Professora Doutora Vanessa Antunes

Almada

2024

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

“Deus escolhe os melhores Guerreiros
para as Batalhas mais difíceis.”

Papa Francisco



AGRADECIMENTOS

A caminhada foi longa, teve momentos bons e outros menos bons, foi repleta de experiências e desafios, que com maior ou menor dificuldade fui conseguindo ultrapassar.

Tenho de agradecer em primeiro lugar a quem me encorajou e desafiou para esta jornada. Deu-me sempre apoio incondicional, e foi fundamental para que este barco chegasse a bom porto. Obrigado

Ana Teresa Martins.

Depois agradecer a orientação dada pela Professora Doutora Vanessa Antunes, sei bem a quantidade enorme de trabalho que tem, mas sempre se mostrou disponível para me orientar e esclarecer dúvidas.

Uma palavra de apreço também para os enfermeiros orientadores que tive nos vários locais de estágio, todos contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, e crescimento como enfermeiro.

Aos meus colegas de curso, obrigado pelos momentos bem passados, principalmente, Rita Figueiredo, obrigado pela paciência.

Finalmente, mas não mesmo importante à minha família e amigos que durante vários meses se viram privados da atenção, que não lhe consegui dar, por falta de tempo.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



RESUMO

Este relatório tem como objetivo, refletir o planeamento e estruturação das atividades desenvolvidas durante o estágio, no sentido da aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Os Estágios ocorreram no Serviço de Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I, e Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, do Hospital Garcia de Orta, num total de 180 + 360 horas.

Neste relatório serão apresentadas as atividades e estratégias usadas, para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro especialista, bem como a revisão Scoping efetuada no sentido do desenvolvimento de competências de investigação, sobre os cuidados de enfermagem especializados à pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio.

Considero que os objetivos propostos foram atingidos, e consegui desenvolver todos os domínios de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sempre com o intuito da melhoria contínua e da excelência no cuidar.

Permitiu também desenvolver o meu autoconhecimento e a consciência que tenho de mim enquanto enfermeiro e como pessoa, gerindo melhor a minha capacidade de adaptação às diferentes situações e reconhecer onde posso melhorar a minha prestação de cuidados.

Palavras-chave: Competências de enfermeiro especialista, Cuidados de Enfermagem, Controlo de infeção, Enfarte Agudo Miocárdio.



ABSTRACT

The aim of this report is to reflect on the planning and structuring of the activities carried out during the internship, with a view to acquiring and consolidating the common and specific knowledge and skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing the Critically Ill Person.

The internships took place in the General Emergency Service, the Multipurpose Intensive Care Unit I, and the Local Coordination Group - Program for the Prevention and Control of Infection and Antimicrobial Resistance, at Hospital Garcia de Orta, for a total of 180 + 360 hours.

This report will present the activities and strategies used to develop the skills of a specialist nurse, as well as the scoping review carried out to develop research skills, on specialized nursing care for people with Acute Myocardial Infarction.

I believe that the proposed objectives were achieved, and I was able to develop all the competency domains of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, always with the aim of continuous improvement and excellence in care.

It also allowed me to develop my self-knowledge and awareness of myself as a nurse and as a person, better managing my ability to adapt to different situations and recognizing where I can improve my care.

Keywords: Nurse specialist skills, Nursing care, Infection control, Acute myocardial infarction.



LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADR – Área de Doentes Respiratórios

AOC – Área de Observação Clínica

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral Saúde

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

EEEMC – Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EPI – Equipamento de proteção individual

HER+/RISI – Health Event and Risk Management

HGO – Hospital Garcia de Orta

INCS – Infecção na Corrente Sanguínea

LASA – Look Alike Sound Alike

NAS – Nursing Activities Score

NPSA – National Patient Safety Agency

MEWS – Modified Early Warning Scale

OE – Ordem Enfermeiros



OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas em Controlo de Infeção

PNS – Plano Nacional Segurança do Doente

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SCC – Síndrome Coronária Crónica

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCLA – Universidade da Califórnia Los Angeles

UIMC – Unidade de Internamento Médico Cirúrgica

VV – Via Verde

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1 Enfarte Agudo Miocárdio.....	15
1.2 Teorias de Enfermagem.....	19
2. DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	27
2.1 Caracterização dos locais de estágio.....	27
2.1.1 Serviço de Urgência Geral.....	27
2.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I.....	29
2.1.3 Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos	29
2.2 Desenvolvimento de competências para o cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica.....	30
2.2.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista	31
2.2.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	44
2.3 Desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem	54
2.4 Considerações éticas	55
3. CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo Scoping Review	
Apêndice II – Objetivos e Estratégias	
Apêndice III – Norma de Procedimento de Controlo Ambiental	
Apêndice IV – Formação em Serviço “Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com PaceMaker Provisório”	
Apêndice V – Jornal de Aprendizagem I	
Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem II	



Apêndice VII – Póster “Imobilização total da coluna vertebral – Prática Baseada na Evidência ou Tradição”

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Apresentação de póster

Anexo II – Certificado de Formação em Serviço

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria das Transições

INTRODUÇÃO

Este relatório insere-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, mais especificamente na unidade curricular Estágio-relatório, com um total de 540 horas, referente ao ano letivo de 2023/2024, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Pretende refletir o planeamento e estruturação das atividades desenvolvidas durante o estágio, no sentido da aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O Estágio foi desenvolvido no Serviço de Urgência Geral (SUG), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP I), e Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), do Hospital Garcia de Orta (HGO). Em relação ao serviço de urgência, a escolha recaiu neste serviço, dado ser um SUG polivalente, com grande afluência, cerca de 300 episódios por dia, e que, dada a sua complexidade, podia permitir desenvolver a maioria das competências relacionadas com os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), nas suas mais variadas vertentes, incluindo a Pessoa vítima de Enfarte Agudo Miocárdio (EAM). A escolha da UCIP I, teve em conta a complexidade de cuidados que nela se presta, recebendo todo o tipo de Pessoas a necessitarem de cuidados intensivos, desde Neuro críticos, Politraumatizados, Cirúrgicos e Médicos Complexos. Foi também realizado um pequeno estágio no GCL-PPCIRA, no sentido de aprofundar o conhecimento sobre as atividades realizadas por este grupo, e assim trazer aportes para o desenvolvimento de competências nesta área.

O Referencial teórico adotado foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), na medida em que coloca a pessoa na centralidade dos cuidados de enfermagem, que em interação com o ambiente, necessita de um reforço para vivenciar de forma positiva o processo de transição saúde/doença.

A análise/reflexão crítica acerca do percurso e da aquisição de competências durante o ensino clínico foi efetuada com base nos estádios de desenvolvimento de Benner.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2010), os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Neste sentido foi também adotado o referencial dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

enunciados pela OE (Regulamento número [n.º] 361/2015 de 26 de Junho). Neste documento a OE refere que é a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo.

Este relatório permitiu a sistematização e análise crítica das atividades desenvolvidas e estratégias adotadas para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área da PSC com EAM. Serão analisadas as competências comuns do enfermeiro especialista nos seus quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de cuidados, gestão da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como as competências específicas. Faz-se ainda uma reflexão sobre a aquisição de competências de mestre em enfermagem.

O relatório inicia-se com o enquadramento teórico, onde se aborda o enfarte agudo do miocárdio e a teoria de enfermagem, que norteou a construção do conhecimento durante este percurso. Seguidamente é feita uma contextualização dos locais de estágio e uma análise crítica da aquisição e desenvolvimento de competências. Apresentam-se ainda algumas considerações éticas. Por fim, na conclusão fazem-se as considerações finais sobre os resultados alcançados neste percurso de aprendizagem.

Este documento encontra-se redigido com base no novo acordo ortográfico da língua portuguesa, e na sua elaboração foi utilizado o guia orientador para elaboração das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. As referências bibliográficas estão elaboradas pelo estilo da American Psychological Association (APA) sétima edição.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – Enfarte Agudo do Miocárdio

Segundo Ferreira et al., (2019), as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de mortalidade à escala mundial. Dentro das doenças cardiovasculares, a cardiopatia isquémica é a que apresenta maior mortalidade. As mortes por enfarte agudo miocárdio em Portugal representaram 3,8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doenças isquémicas do coração em 2019 (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

Homem et al. (2023), constata que a mortalidade por doença isquémica cardíaca tem se mantido inalterada, nos últimos anos, apesar dos avanços tecnológicos, verificando-se mesmo um agravamento da mortalidade prematura, abaixo dos 70 anos. Este facto deve constituir um alerta, reforçando a necessidade de manter esta patologia dentro das prioridades de atuação dos profissionais e das instituições de saúde.

A DCV aterosclerótica é uma doença crónica que progride muitas vezes silenciosamente ao longo da vida até à altura em que ocorrem sintomas, provocados pela formação de placas de ateroma nas paredes das artérias, diminuindo o fluxo sanguíneo. Estas placas podem evoluir para a formação de trombos que podem ocluir as artérias, nomeadamente no coração, provocando o EAM (Homem et al., 2023).

Esta doença está relacionada diretamente com os fatores de risco cardiovascular, como, a hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e hábitos de vida pouco saudáveis, sedentarismo, obesidade, stress, hábitos alimentares pouco saudáveis. A correção destes fatores de risco, reduz a probabilidade de recorrência da doença e melhora a qualidade de vida (Homem et al., 2023).

Sendo uma doença que está relacionada com os hábitos de vida, existe um enorme potencial de intervenção de enfermagem, no controle dos fatores de risco, bem como na adesão ao regime medicamentoso.

Segundo Fernandes (2021), o EAM é um processo de morte do tecido (necrose) de parte do músculo cardíaco por falta de oxigênio, devido à obstrução das artérias coronárias. O grande motivo é a aterosclerose, doença em que, placas de gordura se acumulam no interior das artérias coronárias, chegando a obstruí-las. Em grande parte dos casos isso acontece porque se formam coágulos nas artérias que já estão com o seu calibre reduzido devido às camadas de gordura no seu interior, impedindo o fluxo sanguíneo coronário adequado.

As apresentações clínicas de doença coronária podem ser classificadas de síndromes coronárias agudas (SCA) ou de síndromes coronárias crónicas (SCC), sendo que a primeira tem tendência para evoluir para a segunda (Thygesen et al., 2019).

De acordo com Byrne et al., (2023), a lesão de células cardíacas deve ser monitorizada através da elevação do biomarcador cardíaco, troponina, mas, esta elevação pode estar relacionada com outros fatores, como por exemplo, anemia, taquicardia ventricular, insuficiência cardíaca, doença renal, hipotensão/choque e hipoxemia.

As síndromes coronárias agudas podem ser divididas em: Angina Instável, quando não há elevação do segmento ST no eletrocardiograma (ECG), nem elevação dos biomarcadores cardíacos, EAM sem elevação do segmento ST, quando há aumento dos biomarcadores cardíacos, mas não há elevação do segmento ST no ECG, ou EAM com elevação do segmento ST, quando há alteração dos biomarcadores e elevação do segmento ST (Byrne et al., 2023).

Segundo Thygesen et al. (2019), podemos classificar o EAM, consoante a situação que leva ao aumento da troponina, sendo mais comuns estes três tipos:

- EAM tipo 1, como resultante de rutura de placa de aterosclerose e formação de trombo intra coronário.
- EAM tipo 2, por desequilíbrio entre a irrigação e as necessidades sanguíneas do miocárdio em isquemia, provocada por anemia, disritmias, hipertensão arterial, espasmo ou embolias.
- EAM MINOCA, que se define como um EAM sem artérias coronárias obstruídas, a prevalência de MINOCA estima-se que seja entre 6-8 % dos utentes diagnosticados com EAM.

Byrne et al. (2023), define como principais sintomas a dor torácica, dispneia, síncope e palpitações.

A dor deve ser bem caracterizada, de forma a distinguir dor torácica de origem cardíaca e de origem não cardíaca. Habitualmente a dor pré cordial caracteriza-se por um aperto ou desconforto na região precordial, retrosternal ou epigástrica, que irradia para mandíbula, ou para ambos os membros, que melhora com o repouso e agrava com a atividade física ou stress. É importante caracterizar a dor, início, cronologia, localização, qualidade, duração, intensidade, manifestações associadas, fatores precipitantes, agravantes e de alívio.

O diagnóstico de SCA é fundamental para a ativação rápida da via verde coronária e baseia-se na interpretação do ECG com a presença ou não de supra desnivelamento do segmento ST e alteração dos biomarcadores cardíacos (Troponina) (Byrne et al., 2023).

Em Pessoas sujeitas a reanimação pós paragem cardíaca e em situações cujo ECG apresente elevação do segmento ST, o tratamento de eleição deverá ser a referência para angiografia imediata, com o objetivo de realizar uma Intervenção Coronária Percutânea. É uma técnica suportada no procedimento de cateterismo cardíaco, que permite realizar a revascularização coronária de uma forma minimamente invasiva (Byrne et al., 2023).

Posteriormente a esta intervenção o tratamento deve ser continuado com fármacos, nomeadamente anti trombóticos, que reduzem a formação de coágulos sanguíneos. Anti dislipidémicos, que tem como objetivo diminuir os níveis de lípidos sanguíneos (triglicerídeos e LDL) e o desenvolvimento de aterosclerose. Anti anginosos, utilizados no tratamento e prevenção da angina de peito. Anti hipertensores que são importantes para reduzir, a longo prazo, o risco de eventos cardiovasculares (Byrne et al., 2023).

Antes da alta Hospitalar o enfermeiro deve fazer a reconciliação da medicação, como preconizado pela norma 018/2016 da DGS, a reconciliação terapêutica é um processo de análise da medicação da pessoa, tem como objetivo evitar discrepâncias, omissões ou duplicações, promovendo a adesão ao regime medicamentoso e prevenindo incidentes.

O regime medicamentoso deve ser revisto junto da pessoa e apresentado de forma esquemática, dando ênfase ao nome dos medicamentos, quais as suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos colaterais.

A Pessoa vítima deste tipo de patologias enquadra-se na definição da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2010), de PSC é “aquela em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

Segundo Tsabedze et al. (2021), durante o internamento é frequente o individuo apresentar níveis elevados de ansiedade, de medo e de stress, e muitas vezes com a presença de dor intensa. A independência, muitas vezes dá lugar á dependência, e a atividade e a mobilidade muitas vezes estão restritas. As intervenções de enfermagem devem ser de forma a dar resposta a estes anseios e privações, bem como a prevenir possíveis complicações.

É importante também referir que a pessoa não é a única a sofrer com a doença e com o internamento (muitas vezes coincidente com o processo de transição saúde-doença), sendo que a família/pessoa significativa vivencia também sentimentos de angústia, medo e sofrimento, sobretudo se se tratar de um internamento numa UCI, uma vez que estas unidades envolvem características peculiares associadas à gravidade do quadro.

Segundo Avendaño et al. (2015), os familiares das pessoas internadas em UCI com EAM, devem receber informação, educação e apoio psico-emocional apropriado e bem estruturado, por forma a adaptarem-se e ultrapassarem com mais eficácia a situação de saúde doença que estão a vivenciar. O cuidado prestado à família deve ser visto como um complemento do cuidado prestado à pessoa internada, uma vez que o bem-estar de um afeta o bem-estar do outro.

A prestação de cuidados à PSC implica um grau de vigilância e monitorização bastante elevado e, por norma, os profissionais de saúde responsáveis por tal são os enfermeiros. Assim sendo, necessitam estar despertos e preparados para prevenir complicações ou para identificar sinais das mesmas da forma mais precoce possível (Tsabedze et al., 2021).

De acordo com a OE (2018), é imprescindível que os enfermeiros assegurem de forma competente a vigilância dos parâmetros fisiológicos e a prevenção de complicações ao cuidar da PSC; contudo, o cuidado emocional/psicológico, bem como o esclarecimento adequado do doente e família/pessoas significativas, relativamente à situação, representam aspetos preponderantes para que a prática de enfermagem se revista de maior eficácia, o que implica a criação de uma relação terapêutica de confiança e, subjacentemente, o fornecimento de informações/explicações fidedignas sobre a situação ao doente e família/pessoas significativas.

Também de acordo com a OE (2010), o enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem resultante de um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. “Envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010). Por sua vez, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica presta cuidados altamente qualificados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação da pessoa.

Uma pesquisa preliminar da literatura revelou escassez de estudos sobre os cuidados de enfermagem especializados à PSC com EAM, revelando-se pertinente uma atualização da evidência sobre esta temática. Face ao exposto, foi realizada uma revisão *scoping* com recurso à metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI). A mesma encontra-se no apêndice I.

1.2. Teorias de Enfermagem

É importante definir um modelo teórico onde assenta a prática. A importância da escolha destes modelos deve-se ao facto de a teoria orientar a prática e ser uma ferramenta útil para a atribuição de maior eficiência e eficácia à mesma, isto porque, a teoria apoia a identificação do foco, das hipóteses e dos objetivos da prática. Não obstante, melhora a comunicação, aumenta a autonomia e a responsabilidade para cuidar (Meleis, 1991).

Os referenciais teóricos são fundamentais para a profissão de enfermagem por permitirem uma visão holística dos cuidados de enfermagem, são úteis para a prática porque propiciam uma estrutura de pensamento, observação e interpretação daquilo que é vivenciado, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Atendendo à área temática escolhida e ao facto de muitas vezes os indivíduos vítimas de EAM passarem de um estado de saúde para um estado de doença grave, num curto espaço de tempo, resolvei optar pelo Modelo das Transições de Afaf Meleis.

Esta teoria tem por base a teoria do autocuidado de Orem, em que, o autocuidado pode ser concebido como as atividades auto iniciadas pela pessoa, que visam a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar contínuo. Cada pessoa tem o direito e a responsabilidade de cuidar de si mesmo, mas, perante um problema de saúde, é possível que as capacidades usuais sejam insuficientes para lidar com a situação, o que gera um défice de autocuidado (Orem, 2001).

Ao identificar um défice no autocuidado da pessoa, o enfermeiro atua estabelecendo com a mesma um plano de intervenção, em que a substitui ou promove estratégias de educação para a saúde ou outras, no sentido de desenvolver a maior autonomia possível (Orem, 2001).

O quadro conceptual da teoria das transições, teoria de médio alcance assenta em três grandes conceitos: a natureza da transição, as condicionantes da transição e os padrões de resposta; transversalmente a estes surgem as intervenções terapêuticas de enfermagem.

É um processo complexo que pode envolver diversos tipos de transição, alguns dos quais podem acontecer em simultâneo, ou isoladamente, a saber: desenvolvimento, situacional, saúde-doença ou organizacional; sendo que as mudanças que daí resultam são passíveis de gerar alterações profundas na vida dos indivíduos e famílias/pessoas significativas, com implicações marcantes no seu bem-estar e saúde. Por norma, a interação enfermeiro-doente surge durante estes períodos de transição e os enfermeiros como são, muitas vezes, os principais prestadores de cuidados aos doentes e famílias/pessoas significativas, devem ser competentes, no sentido de os preparar para as transições iminentes e para facilitar as aprendizagens intrínsecas às mesmas (Meleis et al., 2000).

O desenvolvimento da Teoria das Transições iniciou-se em meados da década de 1960, quando a enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis frequentava o doutoramento na Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA). Para a sua construção, investigou o planeamento familiar e os processos envolvidos como o tornar-se mãe/pai e o domínio dos papéis parentais. Posteriormente, o seu interesse de investigação foram as intervenções que podem facilitar o processo de transição e as pessoas que não conseguem realizar transições saudáveis (Aligood, 2013).

Para Meleis, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self. Os seus resultados foram compilados num artigo internacional e contribuíram para a construção de um modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance (Meleis et al., 2000) (Figura 1).

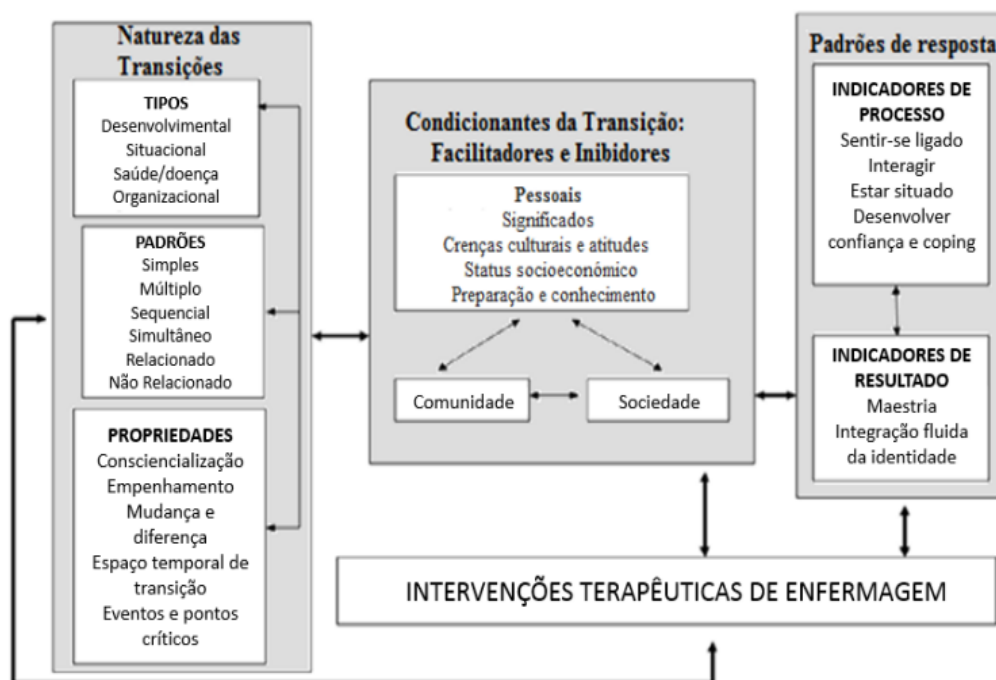


Figura 1 – Teoria das Transições
 (Guimarães & Silva, 2016)

Os principais conceitos desta teoria são a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes da transição, facilitadores e inibidores (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem. Esta teoria de médio alcance aborda fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática (Meleis et al., 2000).

O processo de transição é caracterizado por diversos fatores, como a singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões aos quais são atribuídos significados diferentes, determinados pela percepção dos indivíduos que sofrem essas transições. Estas são os resultados de mudanças no ambiente, saúde ou relacionamentos (Meleis et al., 2000).

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas com mudanças ao longo do ciclo de vida), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis previamente desempenhados), saúde/doença (quando implica mudança de um estado saudável para um estado de doença) e organizacional (relacionadas com o

ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas) (Meleis et al., 2000). A Pessoa com EAM, vivencia uma transição de natureza saúde/doença.

Os padrões das transições incluem as seguintes: simples (transição única) ou múltiplas; sequenciais (quando ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são importantes nas experiências de transição, como são o caso da: consciencialização, empenho, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos críticos (Meleis et al., 2000).

A consciencialização é uma característica definidora da transição, está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. A sua ausência significa que a pessoa pode não ter iniciado a experiência de transição. O grau de consciencialização tem implicações na forma como a pessoa demonstra empenho e envolvimento no processo de transição. A pessoa só consegue estar envolvida no processo de transição de uma forma eficaz, depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais, por que está a passar. A procura de informações e a proatividade demonstrada são exemplos de como a pessoa pode demonstrar empenho (Meleis et al., 2000). Esta consciencialização é importante, no sentido em que o Enfermeiro não deve programar as suas atividades de readaptação funcional, nomeadamente ensinamentos sobre mudança de hábitos de vida, sem antes existir uma consciencialização por parte da Pessoa da sua nova condição de saúde.

Está implícito em todos os processos de transição, a ocorrência de uma mudança e para compreendê-la é necessário identificar os seus efeitos e significados. As transições devem ser compreendidas segundo a sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nos ideais, perceções, identidades, relações e rotinas (Meleis et al., 2000). A PSC, muitas vezes fica com alteração da sua imagem, com limitações físicas, mentais ou emocionais, cabendo ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) ajudar a Pessoa a viver com essas mesmas limitações e adaptar-se à sua nova condição.

A diferença é outra propriedade da transição que está relacionada com as expectativas não atendidas; como por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de forma diferente (Meleis et al., 2000).

Segundo Amirtharaj, (2024) a pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória por EAM, passa inicialmente por um processo de negação, e tem dificuldade em aceitar a dependência da família e dos

profissionais de saúde, estando sempre presente a falsa esperança que tudo vai ser como antes, e não haverá implicações na sua vida futura.

As transições são também definidas de acordo com o espaço temporal, começa com os primeiros sinais demonstrados pela percepção por parte da pessoa da mudança, pode posteriormente passar por períodos de instabilidade, confusão e stress até um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade (Meleis et al., 2000).

Os eventos críticos ou pontos de viragem estão, habitualmente, associados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição. Estes podem ocorrer, por exemplo, pela necessidade de lidar com as seguintes situações: o nascimento, a morte, a menopausa, o diagnóstico de uma doença crónica (Meleis et al., 2000).

A pessoa vítima de EAM, pode ficar com vários tipos de limitações, físicas ou mentais, que podem ter interferência na sua vida pessoal, familiar e profissional, o medo da morte e da incapacidade temporária ou permanente, muitas vezes está presente na pessoa e na família (Amirtharaj, 2024).

Cada evento crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para as pessoas (Meleis et al., 2000).

Para compreender as experiências vivenciadas pelas pessoas durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, estes podem facilitar ou dificultar o processo para que a pessoa atinja uma transição saudável, com a conseqüente reformulação da sua identidade, a aquisição de novas habilidades e alteração de comportamentos (Meleis et al., 2000). Sendo o EAM uma doença em que é importante o controlo dos fatores de risco cardiovasculares, e adoção de hábitos de vida saudáveis, é importante conhecer bem as pessoas e a comunidade em que estão inseridas. Uma vez que na prática verifica-se que as pessoas frequentemente não aderem à terapêutica, mantendo comportamentos de RCV (Reveles, 2018).

As condicionantes pessoais envolvem os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição. As crenças e cultura da pessoa, influenciam a forma como esta expressa as emoções relacionadas com a transição, habitualmente, pessoas com status socioeconómico mais baixo estão mais vulneráveis a sintomas psicológicos e factos que dificultam a transição, ao passo que, a preparação e o conhecimento facilitam a experiência de transição, ao invés, a falta de preparação e de conhecimento é um fator que dificulta a forma como a pessoa vive o processo de transição, ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e ajudar na vivência de uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

As condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição (Meleis et al., 2000). O EEMC, deve estar atento, identificar quando existem estas necessidades e providenciar o apoio de outros profissionais, como por exemplo o Serviço Social, ou apoio Psicológico.

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta da pessoa ao processo de transição, que podem ser medidos através dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se a pessoa, que vivencia a transição, se encontra na direção da saúde e bem-estar, ou na direção da vulnerabilidade e riscos (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de processo podem ser entendidos como, os “*outcomes*” positivos obtidos pela pessoa durante o processo de transição, no caso da pessoa com EAM, a adoção de estilos de vida saudáveis e controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Ou por outro lado, demonstram vulnerabilidades ou riscos, sobre os quais os enfermeiros devem intervir, de forma a que a transição seja saudável para a pessoa e para a família.

Os indicadores de processo estão relacionados com: o sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores familiares) como forma de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado (no tempo, espaço e relações) permite que a pessoa se desvincule de seu passado e enfrente os novos desafios; e ao Desenvolver confiança e *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos, relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a nova situação (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração da nova identidade. A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir o processo de transição com sucesso. Ambos são definidores de uma transição efetuada de forma saudável (Meleis et al., 2000).

Os principais objetivos dos enfermeiros são preparar os indivíduos e famílias com base no tipo de transições, prestar cuidados durante a transição e melhorar o seu bem-estar e a qualidade de vida. Os objetivos são garantir que eles sejam capazes de lidar com as mudanças que experimentam na sua

saúde e encontram no seu ambiente, sendo capazes de viver na plenitude das suas capacidades (Amirtharaj, 2024).

A fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspetiva do exercício da enfermagem mais humanizado, científico, e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento da pessoa e da sua família, no decorrer de todo o seu ciclo vital, estando consciente das dificuldades e das adaptações necessárias, vivenciadas pela pessoa, estando desperto e atento às situações que geram instabilidade (Meleis, 2007).

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000).

Os enfermeiros que prestam cuidados, baseando a sua prática nesta teoria, promovem a valorização da pessoa, uma vez que os cuidados prestados estão de acordo com o desenvolvimento pessoal de cada um, tendo em conta as diferentes fases do ciclo vital, e as diferentes fases de maturidade e crescimento apresentados por cada pessoa, visando sempre atingir um estado de equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2007).

O enfermeiro deve atuar enquanto agente facilitador do processo de transição. E o cuidado transicional deve ser um foco de atenção para as práticas da Enfermagem.

Estes pressupostos justificam a aplicação deste referencial teórico à pessoa com EAM, o tipo de transição saúde-doença foi aquela que mais se destacou ao longo da prestação de cuidados. É fundamental entender como a pessoa e família/pessoas significativas vivenciam o processo de transição e como é que os enfermeiros podem intervir nesse mesmo processo de forma facilitadora.

Nesta perspetiva, é de grande importância que os profissionais de saúde compreendam os conceitos da Teoria das Transições de Meleis e os utilizem na sua prestação de cuidados, já que os indivíduos aos quais prestamos cuidados de enfermagem normalmente apresentam transições ao longo de sua vida, como exemplo, as desencadeadas pelo processo Saúde/Doença. Através de um cuidado coerente com as reais necessidades da Pessoa podemos ajudá-la de forma eficaz a alcançar o seu estado de bem-estar, bem como facilitar a reformulação da sua identidade e a mudança de comportamentos, que por sua vez podem evitar recaídas e levar a novos internamentos.

Como referencial teórico devemos também ter sempre presente os enunciados descritivos da OE.



De acordo com a o Regulamento nº 361/2015 (2015), foram emanados Padrões de Qualidade nos cuidados de Enfermagem especializados à PSC, no sentido de os mesmos servirem de norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC, sendo os mesmos simples e de fácil utilização e aplicabilidade.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, neste sentido o meu desempenho profissional e desenvolvimento de competências, foi norteado pelos pressupostos destes padrões de qualidade. A saber: satisfação do cliente, Promoção da Saúde, prevenção de complicações, Bem-estar e o Autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados Especializados, prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Por forma a dar cumprimento ao plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, e ao previsto para a unidade curricular “Estágio com relatório”, o estágio foi realizado em dois períodos distintos com 190 e 360 horas cada, num total de 540 horas.

Numa primeira fase o estágio decorreu no Serviço de Urgência Geral (SUG) (190 horas), numa segunda fase na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP I) (336 horas), e Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) (24 horas), do Hospital Garcia de Orta (HGO). Em relação ao serviço de urgência, a escolha recaiu neste serviço, dado ser um SUG polivalente, com grande afluência, cerca de 300 episódios por dia, e que, dada a sua complexidade, podia permitir desenvolver a maioria das competências relacionadas com os cuidados de Enfermagem à PSC, nas suas mais variadas vertentes, incluindo a Pessoa vítima de EAM. A escolha da UCIP I, teve em conta a complexidade de cuidados que nela se presta, recebendo todo o tipo de Pessoas a necessitarem de cuidados intensivos, desde neuro críticos, politraumatizados, cirúrgicos e médicos complexos. Foi também realizado um pequeno estágio no GCL-PPCIRA, no sentido de aprofundar o conhecimento sobre as atividades realizadas por este grupo, e assim trazer aportes para o desenvolvimento de competências nesta área.

2.1.1 – Serviço de Urgência Geral

O SUG do HGO divide-se em 3 áreas, Admissão, Ambulatório/Observação e Internamento.

Na área da admissão existe o secretariado onde é feita a admissão das Pessoas, 2 gabinetes de triagem e 1 sala de reanimação com capacidade para 2 Pessoas. Nesta área está também o gabinete de informações com um Enfermeiro, uma Assistente Operacional e uma Administrativa.

A área de Ambulatório/Observação é composta por gabinetes médicos (10) e de Enfermagem (2). Esta área em termos de cuidados de enfermagem divide-se em Ambulatório, onde ficam as Pessoas triadas para todas as Especialidades Cirúrgicas e Trauma, independentemente da cor da pulseira de triagem, mais as Pessoas com patologia Médica triadas com pulseira amarela que estejam independentes e

todas as Pessoas com pulseira verde e azul. Na área de Observação Clínica (AOC) ficam todas as Pessoas com patologia médica, com pulseira laranja, independentes ou em maca e amarela em maca e as Pessoas identificadas com risco de fuga. Existe ainda uma sala de pequena cirurgia, onde são efetuados procedimentos invasivos.

O internamento está dividido em Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico (UIMC) com 24 camas, sendo 18 delas monitorizadas e área de Admissão de Doentes Respiratórios (ADR), que neste momento tem maioritariamente Pessoas do foro Traumatológico e Psiquiátrico, sendo um espaço físico sem lotação definida de camas.

A equipa de Enfermagem é composta por 80 enfermeiros

É recomendado pela OE (2019) que o posto de triagem de prioridades no adulto seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC, situação que muitas das vezes não é verificada, sendo a triagem feita por Enfermeiros com formação em triagem de Manchester, mas sem a EEMC.

Ainda segundo o mesmo documento, nos internamentos de curta duração da urgência considera-se o rácio de enfermeiros, tendo como referência as considerações apresentadas para as Unidades de Cuidados Intermédios, ou seja 1 (um) enfermeiro para 3 (três) doentes, situação que nunca foi verificada durante o tempo de estágio, uma vez que cada enfermeiro prestava cuidados a 8-10 Pessoas em média.

Por outro lado, como é preconizado pela OE (2019), os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, habitualmente são enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC. Estando neste momento vários enfermeiros a frequentar a especialidade em EMC.

Relativamente aos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem é recomendado que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida. Esta formação foi realizada pela grande maioria dos Enfermeiros do SUG, mas existem apenas cerca de 15% de Enfermeiros Especialistas em EMC.

2.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I

A escolha da UCIP I, teve em conta a complexidade de cuidados que nela se presta, recebendo todo o tipo de Pessoas a necessitarem de cuidados intensivos, desde Neuro críticos, Politraumatizados, Cirúrgicos e Médicos Complexos.

É uma UCIP de nível 3, composta por 8 camas, funcionando em sistema de “sala aberta”, e uma delas de isolamento. Existem ainda salas de reuniões, secretariado, copa, armazéns, para material de consumo clínico e para equipamentos e vestiários para os funcionários com instalações sanitárias.

O sistema de “sala aberta” permite uma maior vigilância das Pessoas internadas, mas por outro lado uma menor privacidade, e maior risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A UCIP é constituída por uma equipa multidisciplinar de Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais. Em relação à equipa de enfermagem, o método de trabalho adotado é o Individual, em que cada enfermeiro tem no máximo 2 Pessoas para cuidar. Em cada turno existe um Enfermeiro chefe de equipa responsável pela gestão corrente do serviço.

Segundo a OE (2019) na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas. Na UCIP I, num total de 49 Enfermeiros, que são distribuídos pela UCIP I e UCIP III, existem 7 enfermeiros EEMC, o que fica muito aquém do preconizado, estando a ser desenvolvido pela chefia a sensibilização dos Enfermeiros para a necessidade de formação nesta área.

2.1.3 – GCL-PPCIRA

O GCL-PPCIRA do HGO tem como missão, prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde, promover a utilização adequada dos antibióticos e diminuir a resistência aos antimicrobianos. A sua intervenção incide na vigilância epidemiológica de infeção a microrganismos relevantes, a formação de profissionais de saúde e a divulgação e monitorização do cumprimento das normas e recomendações.

Os Enfermeiros no GCL-PPCIRA, colaboram no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela DGS, participam na elaboração de normas e recomendações sobre procedimentos técnicos relacionados com a área do controlo da infeção, supervisionando a sua implementação. Identificam as necessidades na área da formação e desenvolvem ações de formação

a todos os grupos profissionais em colaboração com o centro de formação do HGO. Identificam, planeiam e implementam ações de sensibilização e motivação para a adesão às boas práticas a todos os grupos profissionais. Colaboram na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros do GCL-PPCIRA. Mantem também contato permanente com os vários serviços e unidades por forma a detetar problemas, orientar e supervisionar as atividades propostas pelo GCL-PPCIRA.

Segundo a OE (2019) o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos nas unidades hospitalares, deve integrar 1 (um) enfermeiro em dedicação completa a esta função para um número igual ou inferior a 100 camas, acrescentando um enfermeiro em dedicação completa por cada 150 camas. No HGO o número de enfermeiros em dedicação completa é de 3 (três), para um número total de 600 camas de internamento. Estando, portanto, o número de enfermeiros muito abaixo do preconizado, sendo esta uma área fulcral nas nossas instituições de saúde.

Da Equipa multidisciplinar fazem também parte 4 (quatro) médicos, 1 (um) deles a tempo inteiro e 3 (três) a tempo parcial.

2.2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Por forma a adquirir os conhecimentos e competências necessárias para o desempenho de funções como EEEMC, e na procura de atingir o perfil de perito sugerido por Benner (2001), foram delineados objetivos e estratégias/atividades para os concretizar (apêndice II).

Os enfermeiros peritos podem reconhecer sinais de choque antes mesmo do aparecimento de alterações nos sinais vitais e podem tomar a decisão sobre a eventual necessidade de iniciar medidas de suporte avançado de vida, antes que alterações dramáticas nos sinais vitais ocorram (Benner 2001).

Segundo a mesma autora a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas.

É referido no modelo teórico de Patricia Benner, que as soluções encontradas por enfermeiros peritos para resolver determinados problemas serão diferentes das encontradas por enfermeiros principiantes e estas diferenças podem ser atribuídas ao saber fazer adquirido através da experiência.

Neste sentido de desenvolvimento profissional diferenciado, surge o conceito de enfermeiro especialista, definido pela OE, “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, (2011), p.1).

Assim, foi estabelecido um conjunto de objetivos a cumprir durante este percurso de estágio, por forma a dar resposta às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica: PSC (Responsabilidade Profissional, Ética e legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados de Enfermagem; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais).

Como objetivo geral estabeleceu-se: Desenvolver competências nos diversos domínios da enfermagem, por forma a prestar cuidados de enfermagem especializados à Pessoa/família em situação crítica, sempre no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Como objetivos específicos: Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado.

As competências foram desenvolvidas de acordo com os objetivos delineados, sendo descritas seguidamente.

2.2.1 – Competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica

Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Objetivo: Demonstrar uma prática de enfermagem especializada que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Garantindo o respeito, a segurança, a privacidade e a dignidade da PSC.

Na prestação de cuidados o Enfermeiro deve ter sempre presente os documentos que regulam o seu exercício profissional, nomeadamente o Regulamento do exercício Profissional de Enfermagem (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Todos os enfermeiros devem estar dotados de conhecimentos de forma a serem uma voz ativa na tomada de decisões, principalmente em Pessoas em situação crítica, que muitas vezes estão em fim de vida ou sujeitas a meios muito avançados e complexos de monitorização e terapêutica.

O CDE (OE, 2015), define que a Enfermagem alicerça o seu conhecimento tendo como base a fundamentação científica da disciplina, através da interseção de várias áreas do saber como a ética e a moral.

No artigo 97º do documento supracitado, o enfermeiro deve exercer a profissão detendo conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, a dignidade humana, e a saúde e bem-estar da população de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Procurei ter sempre presente na minha prática os princípios éticos sendo eles o Princípio da Beneficência, Princípio da Não-Maleficência, Princípio da Autonomia e Princípio da Justiça.

O princípio da Beneficência refere-se ao dever dos profissionais de saúde de atuarem em benefício da Pessoa e consoante as regras morais de forma a proteger e defender os direitos dos outros e evitar situações que lhe causem mal ou sejam prejudiciais (Varkey, 2020).

Na prestação de cuidados procurei sempre que a minha tomada de decisão fosse baseada nos conhecimentos mais atualizados e de acordo com os princípios éticos e deontológicos pelo qual se rege a profissão de Enfermagem.

O princípio da Não-Maleficência prende-se com a obrigação dos profissionais de saúde de não provocar o mal. Este princípio detém várias regras morais como não matar, não causar dor ou sofrimento e não privar a pessoa de ter uma boa qualidade de vida. Na prática, os profissionais devem ponderar os benefícios e os malefícios de determinada intervenção de forma a optar pela melhor opção para o doente. Este princípio ético é fundamental em decisões de fim de vida (Varkey, 2020).

O princípio da autonomia defende que todas as Pessoas devem ter autonomia nas decisões sobre si e o que fazer com o seu corpo, excluindo casos em que a Pessoa não tem capacidade cognitiva de tomar tais decisões. O respeito a este princípio obriga os profissionais de saúde a comunicar à Pessoa todas as informações relativas ao seu estado de saúde de forma a que este exerça a autodeterminação (Varkey, 2020).

Os cuidados foram sempre prestados tendo em conta as condições religiosas e culturais da Pessoa, bem como sempre que possível as suas preferências e valores, procurando sempre ir ao encontro das necessidades da Pessoa, respeitando as suas condições sociais e culturais. Foram sempre prestados de forma holística, procurando sempre a humanização dos cuidados, mesmo em condições muito difíceis, como foi o caso do SUG, onde a falta de condições físicas e humanas, tornavam a humanização um desafio. Muitas vezes o facto de perguntarmos à Pessoa como prefere ser chamada pode fazer toda a diferença em termos de humanização dos cuidados.

Procurei sempre cumprir o dever ético e Legal de informar de forma clara e esclarecida a Pessoa, sobre os procedimentos/tratamentos efetuados, obtendo sempre que possível o seu consentimento, procurando transmitir a informação de forma clara, num ambiente o mais calmo possível, e validar sempre se a informação foi bem apreendida, e mostrar sempre disponibilidade para responder a questões ou dúvidas que possam surgir. Cumprindo o descrito no (CDE 2015 artigo 105º). Assegurando o respeito pelo direito das Pessoas no acesso à informação sobre a sua situação clínica.

O princípio da justiça é interpretado como justa, equitativa e com tratamentos adequados a cada pessoa. A este princípio prende-se a questão de gestão de recursos com base no seu contexto social ou económico. Assim, independentemente da situação social da Pessoa, os profissionais de saúde devem proporcionar a mesma qualidade de cuidados a todos (Varkey, 2020).

Procurei sempre responder de forma eficaz a todas as solicitações que tive, durante os estágios, respeitando os direitos humanos, desempenhando uma prática especializada tendo em conta as situações socioeconómicas, familiares, preferências, crenças e valores da Pessoa.

Numa situação vivida no SUG, foi necessário alertar o médico para a possibilidade de mudança da terapêutica prescrita para o ambulatório, uma vez que existiam fármacos mais baratos, e dadas as condições económicas da Pessoa em causa, um fármaco mais barato iria facilitar a adesão ao regime medicamentoso.

Durante a prestação de cuidados na UCIP I, estive perante várias situações em que era pertinente avaliar e tomar decisões não só de acordo com a procura incessante da cura, mas sim com a necessidade de dar conforto e bem-estar à Pessoa/Família.

O investimento para prolongar uma vida sem que este tratamento traga algum benefício para a Pessoa ou para a sua qualidade de vida, é considerado Distanásia. Sendo este tratamento considerado fútil, entende-se que o uso de recursos e meios terapêuticos de forma a promover a vida da Pessoa apenas

promove o adiar da morte o máximo possível, utilizando imensos recursos e tornando-se difícil, lenta e dolorosa (Fernandes e Coelho, 2014).

Sem dúvida que os avanços médicos proporcionaram benefícios na saúde das pessoas e consequentemente um maior controlo no processo de doença e da morte. O prolongar da vida trouxe como consequência pessoas com doenças crónicas e em estado crítico, gerando situações dolorosas não só para os doentes, mas também para as suas famílias e profissionais que lhes prestam cuidados. Criando este aspeto negativo do ponto de vista da dignidade, conforto e bem-estar que é proporcionado ao doente e consequentemente à sua família (Silva et al., 2021).

Por outro lado, a utilização de medidas que prolongam a vida dos doentes de forma fútil, levam ao aumento do gasto de recursos e do sofrimento (Guimarães et al., 2016).

A atitude de manter a vida de uma pessoa mesmo que se tenha a noção de que a aplicação de qualquer tratamento não trará melhoria no seu estado clínico, produzindo falsa esperança e consequente sofrimento e angústia à Pessoa e à sua família nem sempre foram abordadas em equipa multidisciplinar de forma a fazer prevalecer os princípios éticos e trazendo maior naturalidade a situações de morte inevitável.

Silva et al. (2021) defende que a dificuldade de abordar a morte como um processo natural da vida de um ser humano levou a que este tema fosse visto como um tabu no seio dos profissionais de saúde. Acrescentando que, para alguns profissionais de saúde, a morte é assimilada como um insucesso visto que a sua formação base pretende sempre a cura.

O centro dos cuidados deve sofrer uma viragem no sentido de uma cultura de valorização da pessoa, valorizando a qualidade de vida ao invés da constante procura inatingível da cura de uma doença.

A decisão de cessar determinado tratamento não deve ser interpretada como uma desistência da vida de alguém, mas sim como um sinal de atuação perante a dignidade humana e com o objetivo de cuidar da pessoa até ao seu último momento de vida.

Assim, a atuação dos enfermeiros deve ter como objetivo a promoção da qualidade de vida a um doente, independentemente do tempo de vida que lhe resta garantindo o cumprimento das regras éticas.

A tomada de decisão consiste em refletir e escolher a melhor opção de acordo com os critérios estabelecidos e com o objetivo de atingir determinado resultado. Por ser uma decisão moral que afeta a vida de outros, deve ser fundamentada (Nunes, 2011).

A prestação de cuidados especializados foi baseada numa tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas, respeitando os direitos humanos e autodeterminação da Pessoa/Família.

O ambiente observado na prestação de cuidados muitas vezes não é o mais adequado, a falta de condições físicas do serviço, o excesso de afluência de Pessoas, associado à falta de profissionais de saúde, faz com que a privacidade muitas vezes seja difícil de conseguir, e por vezes descurada, sendo a intervenção do EEEMC importante para garantir essa mesma privacidade. Procedimentos como os cuidados de higiene e conforto, transferências de macas, e procedimentos invasivos foram sempre alvo de especial atenção em termos de privacidade, quer pelo fecho de cortinas, ou disponibilização de biombos quando as mesmas eram inexistentes.

Neste contexto foi também muito importante fomentar e divulgar a validação positiva da identificação da Pessoa com 2 dados, nome completo e data de nascimento preferencialmente, sendo esta uma medida preconizada pelas políticas de segurança do Doente, baseadas no Plano Nacional de Segurança do Doente. Evitando assim ao máximo a probabilidade de ocorrerem erros de identificação.

Procurei sempre assegurada a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. Segundo o CDE (2015 artigo 106º) o Enfermeiro tem o dever de guardar sigilo profissional sobre as informações que toma conhecimento durante o exercício da sua profissão, partilhando apenas a informação com os restantes profissionais de saúde que estão envolvidos no plano terapêutico de cada Pessoa. Em algumas situações principalmente nas passagens de turno esta confidencialidade pode não ter sido conseguida, uma vez que, tanto no SUG, como na UCIP I, a passagem de turno era feita junto às Pessoas, e a informação clínica por vezes era ouvida por vários. Na UCIP I, em que o espaço físico é uma sala aberta, apesar da maior parte das Pessoas cuidadas estar inconsciente ou sedada, era possível ser ouvida a informação por outras Pessoas internadas.

Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

Objetivo: Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, colaborando na implementação de programas de melhoria contínua

O papel do enfermeiro nesta área é reconhecido nos Estatutos da Ordem Enfermeiros (Código Deontológico, 2015, artigo 109, pág. 10). Referindo que o “Enfermeiro procura, em todo o ato

profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.” Para tal procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, mantendo a “atualização contínua dos seus conhecimentos e atualização de forma competente das tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.

A OE (2001, p.6) defende que *“nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.”*

A tomada de decisão permite que o enfermeiro identifique as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Assim que é identificado o problema, devem ser implementadas as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Assim, reconhece-se que as intervenções de enfermagem, que funcionam como guias orientadores da boa prática de cuidados baseados na evidência científica, constituem um suporte importante com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Através da mobilização dos conhecimentos e habilidades obtidos de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados à PSC, foram identificadas as necessidades de intervenção.

No SUG foi observado que uma das maiores lacunas em termos de cumprimento de boas práticas, eram as relacionadas com as Precauções básicas em controlo de infeção, nomeadamente as de Controlo Ambiental.

Foi feita uma norma de procedimento sobre medidas de controlo ambiental, baseada nas normas de procedimento geral existentes na comissão de infeção, adaptada às condições do serviço (apêndice III).

Como forma de implementação de um programa de melhoria continua da qualidade, seria divulgada a norma a todos os profissionais, após a sua implementação seriam feitas auditorias para verificar o cumprimento da mesma, divulgação e análise dos resultados da auditoria e se necessário repetir a formação aos profissionais. A norma foi deixada no serviço para implementação, o seu cumprimento através de auditorias e necessidades formativas ou reestruturação da norma ficou a ser desenvolvido pelos profissionais do serviço.

Na UCIP I, foi detetada uma necessidade de formação relacionada com os cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa com *pacemaker* provisório. Uma vez que este tipo de procedimento de urgência, era realizado no serviço de Cardiologia, numa sala apropriada para o efeito, mas essa sala deixou de estar operacional, sendo emitida uma orientação hospitalar, para que estes procedimentos fossem efetuados nas unidades onde as Pessoas ficariam internadas, UCIP I, II, III, ou Unidade de Cuidados Coronários.

Como não era um procedimento com o qual os profissionais estavam familiarizados e sendo eu muitas vezes o Enfermeiro que colaborava na realização deste procedimento na Cardiologia, foi proposto pela Chefia da UCIP I a realização de uma formação sobre os cuidados de enfermagem à Pessoa com *pacemaker* provisório (apêndice IV).

Após a formação fui convidado a repetir a mesma numa nova data a fim deste ser feita pela maioria dos enfermeiros do serviço. Foram deixados os materiais usados na formação no serviço, para poderem ser usados em formações posteriores, e manifestada da minha parte a disponibilidade para colaborar em situações futuras.

Para conseguir uma prestação de cuidados segura e de qualidade, era importante consultar protocolos e normas de procedimento utilizadas nos serviços, procurando também conhecer as dinâmicas da equipa multidisciplinar. Durante o estágio foram consultados os protocolos e normas de Enfermagem utilizados nos vários serviços por onde passei, no SUG, os protocolos mais usados são os da triagem de Manchester e a escala de avaliação de risco clínico *Modified Early Warning Scale* (MEWS). Na UCIP I tive especial atenção aos protocolos relacionados com os meios avançados de monitorização e terapêutica e no cumprimento dos protocolos associados ao controlo de infeção, nomeadamente a Pneumonia Associada à ventilação, uma vez que era uma área nova para mim, necessitando assim de mais investimento da minha parte.

No GCL-PPCIRA procurei conhecer a sua composição, e as suas competências, principalmente as atribuídas aos enfermeiros do GCL-PPCIRA, bem como aos membros dinamizadores dos vários serviços, que devem colaborar na sensibilização dos seus pares para as questões da prevenção e controlo de infeção e assegurar que os cuidados a cada Pessoa são os apropriados.

Segundo o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) (2021), no pilar 5, a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua.

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.

Neste mesmo PNSD, é preconizado no pilar 1 – cultura de segurança, definido como um conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, estilo e a ação relativa às questões de segurança do doente.

Um dos momentos importantes para manter a segurança da Pessoa é a passagem de turno.

Na UCIP I a transmissão de informação das Pessoas é feita através de uma grelha feita em “Excel”, que obedece aos princípios da ferramenta ISBAR. Segundo a norma 001/2017 da DGS é uma ferramenta de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança da Pessoa em situação de transição de cuidados, a comunicação é transmitida de uma forma estruturada, previsível e concisa.

ISBAR corresponde; I - Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação, bem como da Pessoa a que diz respeito a comunicação; S - Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; B - Antecedentes: Antecedentes Pessoais da Pessoa, ou outros dados relevantes da avaliação efetuada; A - Avaliação: Informações sobre o estado da Pessoa, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; R - Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica da Pessoa (Caldas et al., 2021).

Como já referido anteriormente a passagem de informação é feita no balcão da UCIP I, que fica no centro da mesma, por um lado traz dificuldades em manter o sigilo profissional, mas por outro, todos os enfermeiros ouvem a informação, qualquer dúvida que surja é logo colocada e promove uma cultura de supervisão clínica que é logo iniciada na transmissão de informação.

Ainda Segundo a norma 001/2017 da DGS a comunicação eficaz entre profissionais de saúde é a transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.

A transmissão de informação foi sempre baseada na ferramenta ISBAR, procurei sempre que a mesma fosse proativa, que contribua para uma rápida tomada de decisões, promovendo o pensamento crítico e reflexivo, e fomentando uma cultura de supervisão dos pares de forma a contribuir para melhores cuidados prestados.

Principalmente no SUG dei particular atenção na minha prestação à identificação positiva da Pessoa, utilizando sempre que possível, dois dados de identificação fidedigna, sendo um deles obrigatoriamente o nome. Segundo a *National Patient Safety Agency* (NPSA), a falha na identificação correta da Pessoa, constitui um dos riscos mais graves para a sua Segurança, e afeta todas as áreas da prática de cuidados de saúde. Num ambiente tão caótico como por vezes pode ser o SUG, estas medidas tornam-se ainda mais importantes, o serviço, o quarto ou a cama devem ser usados como localizadores da Pessoa, nunca assumir que a Pessoa que está na cama é a Pessoa certa sem confirmação da identificação. No HGO é utilizada pulseira de identificação, a todas as Pessoa internadas, desta pulseira consta, o nome, número de processo, género, número de episódio, data de nascimento e idade.

No momento da admissão, as Pessoas devem ser informadas sobre a necessidade e importância de usarem a pulseira de identificação, quando a Pessoa não tem capacidade, esta sensibilização deve ser feita aos familiares. Estas medidas estão de acordo com o preconizado pelo PNSD (2021), quando no pilar 5, refere a importância de Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

Importa também referir a importância da notificação de incidentes, as fragilidades do sistema relacionadas com a identificação dos Pessoas, bem como outras áreas da segurança da Pessoa, devem ser identificadas, para que possam ser tomadas medidas para evitar a repetição de ocorrências idênticas. No HGO o registo de incidentes é realizado na aplicação *Health Event and Risk Management* (HER+/RISI), a análise destas notificações é posteriormente feita pela equipa de Gestão de Risco.

Ainda na área da segurança da Pessoa é importante implementar medidas e estratégias que aumentem a segurança na administração de medicação. Antes da administração de qualquer medicamento, devem ser confirmados os “certos”, Pessoa, medicação, dose, horário, via, registo, indicação e resposta certa. Para os medicamentos de alto risco, (estupefacientes, componentes sanguíneos, ou medicação de risco acrescido como cloreto de potássio), é preconizado a dupla verificação (processo de verificação feito por dois profissionais). Também os medicamentos de

aparência semelhantes ou nomes similares, *Look alike, sound alike* “LASA”, devem ser alvo de uma atenção redobrada.

É muito importante promover um ambiente gerador de segurança e proteção da Pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde/doença, através do envolvimento da família no plano de cuidados, fazendo com que o plano terapêutico seja partilhado, centrado na Pessoa. O acompanhante da Pessoa sempre que possível foi incentivado a permanecer perto do seu familiar, sendo explicados os procedimentos e aquilo que era esperado obter com os mesmos. Os familiares muitas vezes podem diminuir a ansiedade e o medo relacionado com o internamento, ajudando muitas vezes na tranquilização da Pessoa. Necessitam de ser orientadas e a sua ação e supervisionadas pelos enfermeiros.

Competência do domínio da gestão dos cuidados

Objetivo: Adquirir competências de Gestão dos cuidados, adequando os recursos existentes, garantindo segurança e qualidade nos cuidados prestados, otimizando o trabalho em equipa.

No serviço de urgência a condição clínica das Pessoas pode alterar de um momento para o outro, sendo necessário aplicação rigorosa, em primeiro lugar dos tempos de retriagem, porque a afluência é muita e o tempo de espera frequentemente ultrapassa o preconizado. Em segundo a aplicação de escalas de risco clínico para avaliação das Pessoas, porque a estratificação do risco é fundamental para uma tomada de decisão consciente e fundamentada. No SUG é utilizada a escala de MEWS, que é uma escala desenvolvida para a identificação e estratificação precoce do grau de qualquer doença, promovendo a antecipação de cuidados de saúde. *Royal College of Physicians* (2017). Dada a falta de recursos humanos existente, foi observado que a avaliação do risco clínico muitas vezes não foi efetuada pelos enfermeiros, colocando assim em risco a segurança da Pessoa.

Devido à escassez de recursos humanos no SUG, principalmente de enfermagem, torna-se ainda mais importante otimizar o trabalho de equipa de forma manter a qualidade dos cuidados. Cabe ao EEEMC fazer o plano de trabalho com a distribuição dos enfermeiros pelos variados postos do serviço (15 manhã, 15 tarde, 13 à noite), à noite não há enfermeiro de informações, e apenas um enfermeiro de triagem em vez de dois. A distribuição para os períodos de refeição, é feita de acordo com as competências dos profissionais, assegurando que fica sempre alguém mais diferenciado e as competências entre os profissionais presentes e ausentes equilibrada.

Tanto na UCIP I, como no SUG tive a oportunidade de realizar turnos com os enfermeiros chefes de equipa de turno.

A suas funções começam com a distribuição dos Enfermeiros pelos diferentes locais de trabalho no SUG, e na UCIP com a distribuição das Pessoas pelos enfermeiros após a passagem de turno. Esta distribuição é feita de acordo com os graus de dependência das Pessoas, mas também de acordo com as necessidades de aprendizagem de cada enfermeiro, elementos mais novos, habitualmente ficam com pessoas com necessidades de cuidados mais complexas, por forma a ganharem novas experiências, assim, quando surgir a necessidade de prestarem cuidados a esse tipo de pessoas, já estarão mais capacitadas para o fazer. Tendo sempre em conta a curva de aprendizagem de cada profissional e sempre com a supervisão do enfermeiro chefe de equipa. Esta distribuição é depois feita em papel, num documento apropriado para tal, mas também em sistema informático, uma duplicação de registos que me pareceu desnecessária.

É também feita em ambos os serviços a distribuição de funções pelos assistentes operacionais, bem como uma previsão das dinâmicas do serviço, relacionadas com transportes, transferências, altas e admissões.

Na UCIP, é da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa o preenchimento do inquérito epidemiológico diário sobre as infeções na corrente sanguínea (INCS), formulário em que são contabilizadas as pessoas com procedimentos invasivos, sujeitas a ventilação mecânica ou com úlceras de pressão. Estes formulários são depois analisados pelos enfermeiros do GCL-PPCIRA.

Tive oportunidade de colaborar na verificação dos níveis de medicação e proceder ao seu pedido para os serviços farmacêuticos. Bem como a verificação no armazém do material de reposição pouco frequente, para evitar que hajam falhas de material e proceder ao seu pedido para os serviços de armazém. Verificação dos níveis de balas de oxigénio e providenciar a sua substituição se necessário.

É também função do chefe de equipa a verificação do bom funcionamento e integridade dos equipamentos, como o cardiodesfibrilhador, e realização diária dos testes de manutenção do mesmo.

Nas horas de pausa para refeições tive oportunidade de fazer a distribuição dos enfermeiros, sempre tendo em conta o equilíbrio de competências entre os enfermeiros que se ausentavam e os que ficavam no serviço.

Em ambos os serviços, foi possível observar que o enfermeiro chefe de equipa é um elemento diferenciado, nas suas competências, respeitado e visto como um modelo de atuação para os seus

pares. Sempre preocupado em manter a equipa motivada, promovendo um bom ambiente de trabalho, e sempre disponível para ouvir os problemas apresentados pelos elementos da sua equipa.

Constitui também habitualmente o elo de ligação com a equipa multidisciplinar, sendo-lhe reconhecidas competências técnicas, relacionais e científicas.

Tem também sempre uma vista global do serviço, estando sempre atento em distribuir os recursos humanos de acordo com as necessidades de cuidados observadas.

O estilo de liderança utilizado é adaptado consoante os profissionais em causa e a situação, sendo uma liderança mais passiva, quando se tratam de enfermeiros mais competentes e com vários anos de serviço, e uma liderança mais autoritária em relação aos Enfermeiros mais novos e recém-formados.

Como já foi referido em termos de dotações seguras, na UCIP I, o ratio enfermeiro/doente é o preconizado pela OE (2019), já no serviço de urgência, esse ratio fica muito além do desejado, colocando em causa a segurança da Pessoa cuidada, como também traz desmotivação, cansaço e descrença nos profissionais, refletindo-se na constante rotatividade de enfermeiros, onde poucos se fixam durante vários anos.

Na UCIP o volume de trabalho de enfermagem é calculado através da *Nursing Activities Score (NAS)*, que calcula as horas de cuidados necessárias para cada Pessoa.

Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Objetivo: Desenvolver o Autoconhecimento e assertividade, baseando a prática clínica especializada na evidência científica mais atualizada, assumindo um papel facilitador no processo de aprendizagem.

Na procura de conhecimento científico, de forma a basear a praxis clínica nas mais recentes evidências científicas foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que incidiu sobre os cuidados de enfermagem especializados à PSC com EAM.

Sempre que se justificava foi partilhado o conhecimento obtido com os restantes elementos da equipa de enfermagem, quer nas passagens de ocorrências, ou em situações pontuais em que se verificava que não eram cumpridas as boas práticas preconizadas. Aproveitando todos os momentos para refletir sobre os cuidados prestados.

O pensamento reflexivo diário sobre as práticas desenvolvidas, foi a estratégia adotada para analisar e procurar a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Através da realização de dois jornais de aprendizagem, foi possível fazer uma reflexão centrada na prática profissional, o desenvolvimento das competências essenciais para uma boa prática de cuidados de enfermagem. A primeira reflexão (apêndice V), foi realizado durante o estágio no serviço de urgência e incidiu sobre a Triagem de *Manchester* e a Via Verde de AVC, ficando a reflexão sobre a importância de haver a preocupação de providenciar acompanhamento e transmissão das informações pertinentes ao familiar/cuidador da PSC, em tempo útil, e não apenas a preocupação com os meios avançados de terapêutica e tratamento.

A segunda Reflexão, (apêndice VI), foi realizada durante o estágio na UCIP I, o tema escolhido foram as vivências do primeiro dia de estágio, incidindo a reflexão sobre a necessidade permanente de atualização de conhecimentos e formação, a forma como fui recebido, e a disponibilidade demonstrada para me ajudarem nesta etapa de desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a consciencialização das minhas lacunas e limitações e qual a melhor forma de as ultrapassar.

Assim, considero que a reflexão permitiu uma sistematização dos conteúdos teóricos e práticos, tornando-me mais crítico em relação à minha prestação de cuidados desenvolvendo a minha tomada de decisão mais consciente e fundamentada.

Permitiu também desenvolver o meu autoconhecimento e a consciência que tenho de mim enquanto enfermeiro e como pessoa, gerindo melhor a minha capacidade de adaptação às diferentes situações e reconhecer onde posso melhorar a minha prestação de cuidados.

O período de estágio foi importante para desenvolver uma Comunicação assertiva e empática, reconhecendo as minhas lacunas e adotando estratégias para as melhorar, tanto na comunicação com a Pessoa/Família como na equipa multidisciplinar.

Particpei também no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, apresentando um póster sobre a imobilização total da coluna vertebral. aborda a temática da mudança de paradigma do uso de imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma, com recurso a plano duro e colar cervical, para alternativas mais seguras para a pessoa (anexo VII).

A metodologia utilizada foi uma revisão narrativa da evidência mais recente e orientações a nível internacional. O objetivo foi sensibilizar os profissionais de saúde para os efeitos prejudiciais da

estabilização da coluna vertebral na vítima de trauma sem indicação para tal no pré-hospitalar, e a necessidade de remoção destes dispositivos o mais rápido possível em contexto hospitalar.

São abordadas as complicações inerentes a uma imobilização total da coluna, nomeadamente, problemas da permeabilização da via aérea, limitação da capacidade/função ventilatória, aumento da pressão intracraniana, dor, úlceras de pressão, exames de imagem desnecessários e o aumento do tempo despendido no pré-hospitalar.

O uso de imobilizações em vítimas de trauma, apesar dos estudos efetuados e evidências apresentadas, não existe ainda um consenso generalizado sobre a imobilização completa ou parcial, as suas indicações e qual a verdadeira eficácia desta imobilização na prevenção de lesões secundárias vertebro medulares. Como tal o pré-hospitalar mantém o método tradicional, para sua própria salvaguarda e não apoiados pela prática baseada na evidência. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica mudar este paradigma, se não no pré-hospitalar pelo menos no meio hospitalar contribuir para a remoção dos dispositivos o mais rapidamente possível.

Realizei uma formação em serviço sobre os “cuidados de enfermagem especializados à PSC com *pacemaker* provisório” (apêndice IV). Os objetivos desta sessão foram sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos cuidados de enfermagem prestados a este tipo de pessoas, identificar problemas associados ao *pacings* temporário e a sua resolução, e identificar a forma mais adequada para realizar os registos de enfermagem no sistema informático utilizado no serviço.

Particpei também numa formação em serviço, como formando sobre os cuidados de enfermagem ao doente neuro crítico. (anexo II). Uma formação deveras muito proveitosa, uma vez que muitas das Pessoas cuidadas na UCIP I eram do foro Neurocirúrgico.

No estágio no GCL-PPCIRA, participei numa auditoria sobre os procedimentos de higiene ambiental, nomeadamente a limpeza diária das unidades das pessoas, bem como limpezas terminais e desinfecções das unidades, quais os produtos utilizados, métodos de secagem, e observação dos assistentes operacionais na realização destas atividades.

Todas estas atividades foram importantes no sentido manter os cuidados prestados de acordo com os mais recentes conhecimentos técnicos e científicos, e também promover a divulgação dos resultados e conhecimentos obtidos com a investigação.

2.2.2 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Objetivo: Prestar cuidados holísticos à pessoa/família, em situação crítica e/ou falência orgânica, em todos os contextos da prática clínica, tendo como base a teoria das transições de Afaf Meleis.

Segundo a OE (2018) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, tem um papel muito importante na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. A PSC, habitualmente está dependente de meios avançados de monitorização e tratamento para a sua sobrevivência, necessitando de cuidados de enfermagem atempados, diligentes e prestados de forma holística.

Aquando da admissão no SUG, é frequente a PSC e/ou falência orgânica, apresentar níveis elevados de ansiedade, de medo e de stress, uma vez que, os meios de monitorização e vigilância são complexos, são vários os profissionais de saúde envolvidos, e a Pessoa é encaminhada rapidamente à sala de reanimação. Muitas vezes com a presença de dor intensa associada, tornando muito importante a gestão diferenciada da dor. A independência, muitas vezes dá lugar à dependência, e a atividade e a mobilidade muitas vezes estão restritas. Daí ser tão importante ajudar a Pessoa a ultrapassar esta transição saúde doença de forma eficaz e efetiva. A intervenção de enfermagem deve ser de forma a dar resposta a estes anseios e privações, bem como a prevenir possíveis complicações.

Durante o estágio no SUG prestei cuidados à Pessoa logo a partir da triagem.

Segundo a DGS, (2015) a triagem permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes. A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica (Grupo Português de Triagem, 2009).

A Triagem é um processo complicado, que implica muito conhecimento, do algoritmo de triagem, bem como da interpretação dos sinais e sintomas. Um local onde o Holismo é deixado um pouco de parte, são valorizadas, as queixas imediatas e o motivo da recorrência no momento ao SUG, para que possam

ser dadas as prioridades corretas. Um pouco ao contrário do que acontece em internamento, onde é privilegiada a relação e tentativa de estabelecer empatia com a pessoa/família.

Na triagem pude identificar Pessoas que foram identificadas como vias verdes. Segundo a DGS (2012) Vias Verdes são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico.

A intervenção do enfermeiro na triagem, após a ativação da Via Verde intra-hospitalar, é fundamental no sucesso de todo o processo. A abordagem deve ser rápida, responsável e metódica que permita uma intervenção célere de toda a equipa multidisciplinar para garantir a qualidade dos cuidados à Pessoa.

No serviço de urgência dada a constante falta de recursos humanos, e o pouco adequado espaço físico, a minha capacidade de atribuir prioridades de atuação e de cuidados, foi constantemente colocada em prática. A capacidade de uma tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos, e aliada ao uso de escalas de risco clínico como a escala de MEWS, permitiram me desenvolver capacidades e mobilizar conhecimentos e habilidades para conseguir prestar cuidados em tempo útil e de forma holística.

Segundo a OE (2018), o Enfermeiro Especialista deve prestar cuidados à pessoa em situação emergente agindo na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Deve basear a sua atuação e tomada de decisão em escalas de avaliação validadas.

Em contexto de cuidados intensivos, com Pessoas sedadas e curarizadas, a escala de RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*), é utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de uma Pessoa que necessite de cuidados críticos ou esteja em agitação psicomotora, tem 10 níveis, pontuação zero refere-se à pessoa alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação (até -5), níveis superiores significam que a pessoa apresenta algum grau de agitação (até 4) (Oliveira, Bernardo & Nunes, 2017).

Outro dos parâmetros utilizados para avaliar o grau de sedação/hipnose da Pessoa é o sensor de BIS. O monitor de BIS recorre a parâmetros de eletroencefalografia e eletromiografia e é utilizado para avaliar o nível de sedação da PSC. A monitorização do BIS está correlacionada com a avaliação da escala de RASS, no entanto a primeira está indicada nas situações de sedação mais profunda (Oliveira, Bernardo & Nunes, 2017).

Os benefícios deste tipo de monitorização são a diminuição das complicações por doses excessivas/insuficientes de medicação sedativa/anestésica e detetar precocemente a necessidade de alterações nestas mesmas medicações a fim de aumentar a segurança e satisfação da Pessoa (Oliveira, Bernardo & Nunes, 2017).

Até agora no meu percurso profissional, ainda não tinha tido oportunidade de prestar cuidados a pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva. Situação que exigiu de mim a procura de conhecimentos teóricos e práticos, através da pesquisa bibliográfica e com a ajuda essencial da Enfermeira orientadora de estágio.

Em relação à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), é uma terapêutica de suporte de vida da PSC cuja função respiratória se encontra comprometida, a qual exige a colocação de um tubo oro traqueal, uma máscara laríngea ou uma traqueostomia que ultrapasse as vias aéreas superiores, visando a melhoria da oxigenação e da mecânica pulmonar (Courey & Hyzy, 2015).

Existem inúmeras modalidades ventilatórias, que se dividem entre assistidas e controladas, pela pressão ou pelo volume, sendo o fluxo e o tempo outras variáveis também a ter em conta. Nas modalidades assistidas a Pessoa tem estímulo inspiratório e desencadeia o ciclo respiratório, sendo apenas assistida pelo ventilador. Nas modalidades controladas a Pessoa não tem estímulo inspiratório e é o ventilador a desencadear o ciclo respiratório (Hickey & Giwa, 2023).

Tem como objetivos, reverter a hipoxemia através de uma ventilação/oxigenação adequadas. Reverter a acidemia respiratória, através do equilíbrio ácido/base, normalizando o pH e reduzindo o esforço respiratório. Otimizar o volume pulmonar evitando pressões elevadas no espaço pulmonar ou a nível sistémico (Hickey & Giwa, 2023).

Após a realização deste estágio, penso estar melhor preparado no sentido de adquirir as competências necessárias para prestar cuidados de qualidade à PSC, Sedada, Curarizada e Ventilada na UCIP.

De acordo com a OE (2018) o EEEMC deve gerir a comunicação que fundamenta a relação terapêutica com a família/cuidador, face à situação de alta complexidade do estado de saúde do seu ente querido. Deve também assistir a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença.

Sempre procurei na minha prestação de cuidados estabelecer uma relação terapêutica através da comunicação interpessoal, e sempre me foram reconhecidas competências nessa área, mas na UCIP I com a Pessoa sedada e curarizada, essa capacidade foi posta à prova.

Rapidamente pude perceber que as dificuldades na comunicação com a Pessoa, podiam ser de certa forma ultrapassadas através da interação com os familiares presentes na visita, e as competências que me são reconhecidas em termos de comunicação, aplicadas às necessidades dos familiares da Pessoa internada.

A Pessoa não é a única a sofrer com a doença e com o internamento (muitas vezes coincidente com o processo de transição saúde-doença), sendo que a família/pessoa significativa vivencia também sentimentos como angústia, medo e sofrimento, na minha atuação procurei sempre dar importância à comunicação com a família, de forma a diminuir a ansiedade e procurar sempre esclarecer dúvidas da situação clínica dos seus familiares.

Durante o estágio procurei sempre dar particular importância ao bem-estar da Pessoa, através duma gestão eficaz e diferenciada da dor, atuando rapidamente no sentido de a diminuir ou eliminar, mas principalmente na sua prevenção.

Na UCIP I, uma vez que as pessoas muitas vezes estavam sedadas e curarizadas, impossibilitadas de comunicar a dor que poderiam estar a sentir, utilizei a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), que avalia o comportamento da Pessoa através de três itens, a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. Esta escala permite definir a intensidade da dor entre três (nenhuma dor) e doze (a maior intensidade de dor) (Servgnini et al., 2016).

A avaliação deve ser feita de forma contínua e regular, juntamente com os restantes sinais vitais, como a, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, com o objetivo de otimizar o cuidado e melhorar o bem-estar da Pessoa (Servgnini et al., 2016).

Foi possível também colaborar na realização de transportes intra-hospitalares, para realização de exames, bem como para continuidade de cuidados.

A OE (2019) Recomenda que o transporte intra-hospitalar do doente crítico do adulto ou criança, seja assegurado, pelo enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, mas em relação ao transporte inter-hospitalar do doente crítico, os Enfermeiros devem ter apenas competência acrescida diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, o que me parece um contra senso, uma vez que, os riscos presentes no transporte inter-hospitalar, serão iguais ou maiores que os presentes no transporte intra-hospitalar, para além de indicar uma diminuição da diferenciação de cuidados que não me parece razoável.

Todos os transportes implicam sempre, planeamento, através da verificação das condições em que vai ser feito o transporte. Material necessário, mala de transporte, verificação da bateria dos monitores, ventilador e equipamentos de perfusão contínua, bem como quantidade de fármacos, que não deverão acabar durante o transporte. Quantidade suficiente de oxigénio nas balas de transporte e contato prévio com o local para onde a pessoa se irá deslocar. No final todo o material deverá ser repostado e verificadas as suas condições de manutenção, bem como providenciar a substituição do material necessário, como as balas de oxigénio.

Houve também oportunidade de atuar em situações de emergência e instabilidade hemodinâmica, onde a atuação do EEEMC deve ser baseada nos algoritmos de suporte avançado de vida. Nestas situações foi também possível comprovar a boa integração que consegui fazer na equipa multidisciplinar.

Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Objetivo: Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe de forma pronta e sistematizada.

Para adquirir uma das unidades de competência necessária, que é planear a resposta em situações de emergência e catástrofe, foi importante conhecer e analisar o plano de emergência e catástrofe existente no SUG, os seus protocolos e conhecer e analisar o espaço físico do serviço e como ficará organizado em caso de exceção e catástrofe.

É um plano que está a aguardar aprovação pela comissão da Qualidade, e que engloba as várias vertentes de resposta em situações de emergência e catástrofe, desde a reconversão do espaço físico, com áreas bem delineadas para triagem de emergência e alocação de Pessoas consoante a cor atribuída na triagem e a necessidade de cuidados. Até a distribuição e identificação dos profissionais com coletes e cartões de identificação, onde estão escritas as funções de cada profissional. Existem também sinalizadores para colocar nas diferentes salas de forma a identificar os diferentes espaços físicos.

Em relação ao material necessário para todas estas intervenções, está guardado num carro próprio para o efeito, que é periodicamente revisto pelo Enfermeiro responsável pela resposta nestas situações.

Na UCIP I, conheci o plano de emergência interno, que tem como objetivo, estabelecer os procedimentos a adotar, de forma a promover uma atuação segura e a saída rápida de todos os ocupantes, em situação de emergência com necessidade de evacuação.

Em caso de incendio o responsável pela Extinção deve ter frequentado a formação específica de combate a incêndios, incluída no sistema de formação do Hospital e será o Profissional que está mais próximo do foco de incêndio ou que possui mais capacidades para cumprir a tarefa com sucesso. O responsável pela Extinção é o Enfermeiro-Gestor ou quem o substitua (Enfermeiro chefe de equipa), que será o EEEMC.

É também da sua competência, assegurar a desobstrução dos caminhos de evacuação; assegurar que as saídas estejam desimpedidas; assegurar que a ordem de evacuação foi entendida por todos os ocupantes; abrir as portas de saída para o exterior, orientar os ocupantes para a saída e auxiliar os que necessitem de apoio.

Cada enfermeiro é responsabilizado por cada pessoa que lhe está atribuída, competindo-lhe modificar o modo de monitorização cardíaca (a menos que tenha sido decidido que não é estritamente necessário); assegurar o suporte ventilatório que foi definido para a pessoa (ventilador mecânico, portátil, ambu ou outro), assegurar-se da manutenção das perfusões de drogas consideradas fundamentais.

Para ser possível desempenhar estas funções, todo o pessoal da UCIP tem formação sobre Incêndios. O plano de emergência interno da UCIP I, deve ser conhecido por todos os profissionais.

Durante o estágio houve oportunidade de realizar um turno na equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI). Esta equipa destina-se ao atendimento em situações de emergência a toda a população da instituição, Pessoas internadas, em consultas, visitantes, profissionais de saúde e outros funcionários do hospital.

A possibilidade de sobrevivência da PSC, depende da eficácia da resposta à emergência. Uma intervenção precoce e adequada, pode diminuir a mortalidade e a morbilidade das pessoas hospitalizadas, que sofrem um processo de deterioração clínica agudo (Ministério da Saúde 2018).

No HGO a EEMI, é constituída por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem à PSC e em técnicas de reanimação. Habitualmente a escala é feita com enfermeiros do SUG e das Unidades de Cuidados Intensivos com as referidas competências.

A rápida intervenção da EEMI é crucial, atrasos na resposta prestada por estas equipas, estão associados a taxas de sobrevivência mais reduzidas (Ministério da Saúde, 2018).

Durante os estágios não houve nenhuma situação de catástrofe, que permitisse o desenvolvimento destas competências em situações reais, nem a oportunidade de participar em simulacros.

Segundo a (DGS, 2010), todas as unidades do sistema nacional de saúde, devem elaborar um plano de emergência, que permita agir de forma rápida e eficiente, em situações de catástrofe de origem, natural, tecnológica, radiológica, nuclear ou química de grandes dimensões. Segundo a mesma fonte, deve ser feito anualmente um simulacro com mobilização e chamada de pessoal por sectores, e bianualmente um simulacro geral do plano de emergência.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado

Objetivo: Responder eficazmente e em tempo útil na prevenção e controlo de infeção face à complexidade e diferenciação das necessidades evidenciadas pela PSC e/ou falência orgânica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), e o aumento da resistência aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Todos os países e instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter em atenção as implicações destas infeções e o seu impacto nas pessoas, nas unidades de saúde e na comunidade.

As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde, prejudicam e inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos (OMS, 2015).

Como elemento primordial, nos cuidados de saúde, o enfermeiro é o profissional, que por mais tempo desenvolve atividades junto do doente, desempenhando um papel fundamental na prevenção das IACS, mas também o torna um potencial veículo de transmissão das mesmas.

A DGS (2016), afirma que algumas infeções adquiridas, devido à situação clínica da pessoa e/ou resultantes de complicações inerentes às terapêuticas, são inevitáveis, mas mais de um terço das infeções podem ser evitadas através de programas de higiene e controlo de infeção.

As precauções básicas em controlo de infeção (PBCI), destinam-se a garantir a segurança das Pessoas, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contato com os serviços de saúde (DGS 2012), são, portanto, as medidas base e provavelmente mais importantes no controlo de infeção.

No SUG, para atingir este objetivo foi necessário conceber um plano de prevenção e controlo de infeção, para dar resposta às necessidades encontradas no contexto da prestação de cuidados à PSC e ou falência orgânica.

Através da observação da implementação das precauções básicas em controle de infeção, nomeadamente as referentes ao controle ambiental, que foram detetadas como as que necessitavam de uma intervenção mais urgente.

Foi feita uma norma de procedimento, baseada nas normas existentes no Hospital, por forma a dar cumprimento às boas práticas de Precauções básicas em controlo de infeção na vertente do Controlo Ambiental.

Dando cumprimento à necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados, seguros e em ambiente protetor, dando atenção às precauções básicas em controle de infeção.

Considerarei também importante, sempre que possível, observar e garantir o cumprimento das *Bundels* de controlo de infeção relacionadas com o cateter vesical e o cateter venoso central.

Estes feixes de intervenções preconizadas pela DGS, devem ser tomadas em conjunto e quando aplicadas corretamente, diminuem acentuadamente a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2022).

A já enumerada falta de profissionais, que se traduz em dotações pouco seguras, para a realização de boas práticas e práticas seguras de cuidados de enfermagem, são uma agravante ainda maior para o aumento das IACS.

A dotação de serviços com mais e melhores recursos e a diminuição do tempo de permanência dos doentes nos serviços de urgência parecem ser também variáveis a considerar na implementação de medidas de prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (Cardoso, 2015).

Ainda segundo a OE (2018) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, deve maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção. Nos cuidados prestados a esta Pessoa, o risco de infeção é acrescido, a complexidade e diferenciação dos cuidados muito grande, dadas as muitas medidas invasivas presentes, razão pela qual devem ser demonstrados conhecimentos das diretivas

emanadas pelas comissões de controlo de infeção, devem ser monitorizadas, registadas e avaliadas as medidas de controlo de infeção adotadas.

Neste sentido a DGS emitiu em 2016 e reviu em 2022 um conjunto de medidas e procedimentos que devem ser adotados em simultâneo no sentido de diminuir a Pneumonia associada à Intubação. Esta norma define cuidados relacionados com o tubo oro traqueal ou traqueostomia, aspiração de secreções, higiene oral, mobilização e posicionamento da Pessoa, otimização do ventilador e circuito ventilatório, e desmame ventilatório e extubação.

Dando cumprimento à norma 004/2023 da DGS (DGS 2023), na UCIP I, é feito a todas as pessoas internadas o rastreio de portadores de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina e *Enterobacteriales* resistentes a carbapenemes.

A presença de estirpes resistentes de microrganismos em contexto clínico, associa-se a maior morbilidade, maior duração de internamento, e aumento de custos (DGS, 2023).

A identificação precoce de colonização por estas bactérias, associada à implementação imediata de precauções adicionais de controlo de infeção, é fundamental na minimização do problema (DGS, 2023).

Mesmo que este rastreio seja negativo, todas as pessoas são submetidas ao processo de descolonização, através de cuidados de higiene com toalhetas impregnadas em clorohexidina a 0,2 %, nos primeiros cinco dias de internamento.

O serviço tem também implementado um programa de auditorias, que incentivam as boas práticas, nomeadamente em termos de controlo de infeção. São realizadas auditorias, à adesão à higiene das mãos, aos cateteres venosos periféricos, cumprimento das *bundles*, de prevenção da infeção associada à ventilação, e cateter venoso central. Estas auditorias são muito importantes para validar as boas práticas, e a adesão às normas implementadas. No final do dia são divulgados os resultados à equipa e feitas as propostas de melhoria.

No GCL-PPCIRA, tive oportunidade de observar uma auditoria realizada num serviço de internamento, sobre as medidas de controlo ambiental. A auditoria incidiu sobre os produtos de limpeza e sua reconstituição, bem como o seu armazenamento. A limpeza diária das unidades das pessoas e a limpeza terminal realizada aquando da alta. Teve em atenção também os procedimentos realizados quando há derramamento de fluidos orgânicos (limpeza imediata). No serviço auditado às práticas foram sempre de acordo com as recomendações implementadas pelo GCL-PPCIRA.

O ambiente hospitalar pode contribuir, de forma indireta, para o aumento da infecção no hospital se não se utilizarem todos os meios para evitar o crescimento de microrganismos.

A limpeza reduz drasticamente os microrganismos existentes no ambiente e contribui para a redução da IACS, em conjunto com a aplicação de outras precauções básicas, como a adesão às boas práticas de higiene das mãos.

2.3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

No final deste percurso, é suposto que sejam atingidas as competências de Mestre de Enfermagem.

De acordo com o Decreto de Lei nº 65/2018 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018). O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Através do desenvolvimento das competências descritas anteriormente, no contexto da especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, à PSC, considero ter demonstrado, as premissas enunciadas no Decreto de Lei atrás referido. Foram desenvolvidas competências académicas e profissionais, para além da necessária investigação e inovação.

A investigação foi feita através da apresentação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, de um póster sobre “Imobilização total da coluna vertebral, prática baseada na evidência ou tradição”.

Foi desenvolvida uma “*Scoping Review*”, sobre os cuidados de enfermagem especializados à Pessoa com EAM, que consta apenas o protocolo em anexo, porque pretendo publica-la no futuro.

De acordo com as necessidades detetadas nos locais de estágio, foram desenvolvidas medidas que dessem resposta a essas mesmas necessidades. No SUG, foi feita uma norma de procedimento sobre Controlo ambiental, que foi a área identificada como merecendo atenção mais imediata. Na UCIP I, foi feita uma formação em serviço, sobre cuidados de enfermagem especializados à Pessoa com *pacemaker* provisório.

Durante os estágios, bem como durante o meu percurso profissional, procurei sempre manter-me atualizado, de acordo com as mais recentes evidências científicas, frequentando formações, e aumentando os meus conhecimentos. Procurando sempre partilhar o conhecimento com os meus pares.

Espero continuar a pautar o meu percurso, pelo respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, desenvolvendo a minha atividade com o objetivo da melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados, gerindo com eficácia e eficiência os poucos recursos disponíveis, desenvolvendo o autoconhecimento, assertividade e capacidade de desenvolvimento da relação interpessoal, que baseia os cuidados de enfermagem.

2.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante este processo de aquisição de competências, procurei sempre garantir a qualidade e a excelência, nos cuidados de enfermagem prestados, tendo por base os princípios éticos dos CDE. O Princípio da Beneficência, Princípio da Não-Maleficência, Princípio da Autonomia e Princípio da Justiça.

Na prestação de cuidados, a promoção da autonomia e a dignidade humana foram princípios que procurei priorizar. Aliado a isso respeitei sempre a privacidade da pessoa, mesmo quando o contexto físico, não era o mais apropriado, como é o caso do SUG. Os cuidados foram sempre prestados tendo em conta as condições religiosas e culturais da Pessoa, bem como sempre que possível as suas preferências e valores, procurando sempre ir ao encontro das necessidades da Pessoa, respeitando as suas condições sociais e culturais



Desenvolvi uma prática de cuidados segura, baseada nas evidências científicas mais recentes, procurando cumprir o preconizado pelas boas práticas. A tomada de decisão foi baseada nos conhecimentos mais atualizados e de acordo com os princípios éticos e deontológicos pelo qual se rege a profissão de Enfermagem.

Procurei sempre assegurar a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, bem como garantir o consentimento informado, livre e esclarecido, das medidas terapêuticas efetuadas.

Este relatório foi elaborado de acordo com os princípios éticos havendo fidelidade dos autores citados e rigor e qualidade na investigação.

3 – CONCLUSÃO

Este relatório centrado na prática profissional, pretendeu documentar o desenvolvimento das competências especializadas essenciais para uma boa prática de cuidados de enfermagem.

A principal motivação para a realização deste mestrado, foi a necessidade sentida, através do pensamento reflexivo, de aumentar os meus conhecimentos, e melhorar a prática do dia a dia. As solicitações e exigências vividas pelos profissionais de enfermagem são cada vez maiores, os desafios profissionais, cada vez mais difíceis, e os recursos, humanos e materiais cada vez mais escassos. Surgindo assim a necessidade de ficar capacitado com mais e melhores conhecimentos, habilidades e competências para desenvolver a minha profissão com qualidade.

Assim, considero que a sua realização desta etapa, permitiu uma sistematização dos conteúdos teóricos e práticos, tornando-me mais crítico em relação à minha prestação de cuidados desenvolvendo a minha tomada de decisão mais consciente e fundamentada.

Procurei sempre que as atividades desenvolvidas em contexto académico fossem de encontro às necessidades encontradas nos locais de estágio, uma vez que, as atividades desenvolvidas em contexto académico, não devem servir apenas para o estudante cumprir as suas metas, mas devem contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na instituição. Neste contexto foi deixado no SUG, uma norma de procedimento e na UCIP I, todo o material usado na formação em serviço e deixada a disponibilidade para colaborar em situações futuras.

Como futuro Enfermeiro Especialista, procurei sempre demonstrar espírito de iniciativa, autonomia, visão crítica, e capacidade de partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar.

É imprescindível também mencionar a forma como fui recebido em todos os locais de estágio, fui muito bem acolhido por todos os profissionais, sempre foi demonstrada disponibilidade para colaborarem no meu processo de aprendizagem.

Tive também muita sorte com os enfermeiros orientadores nos locais de estágio, foram pessoas muito competentes, que me ajudaram a potenciar as minhas capacidades, tendo demonstrado capacidades pedagógicas e de supervisão clínica, que muito contribuíram para o meu desenvolvimento.

Esta etapa, permitiu também desenvolver o meu autoconhecimento e a consciência que tenho de mim enquanto enfermeiro e como pessoa, gerindo melhor a minha capacidade de adaptação às diferentes situações e reconhecer onde posso melhorar a minha prestação de cuidados.



Depois deste percurso formativo, penso ter atingido o perfil de enfermeiro perito, descrito por Patricia Benner.

Não posso deixar de referir também as dificuldades que ocorreram durante este percurso, elas foram essencialmente ao nível da falta de tempo, foi difícil conciliar a vida académica, com a vida profissional. O que me faz refletir no porquê, de outras profissões na saúde, terem os seus estágios académicos remunerados, mas os enfermeiros não. Mais um passo que terá de ser dado para o desenvolvimento e cada vez maior afirmação da Enfermagem.

Posto isto considero que os objetivos propostos foram atingidos, e consegui desenvolver todos os domínios de competências do EEEMC, sempre com o intuito da melhoria contínua e da excelência no cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hashimoto, A., & Kurosawa, M. (2022). Emergency Department Nurses' Nursing Practice Based on Human Caring for Critically Ill Patients with Acute Myocardial Infarction. *Nihon Kango Kagakkaishi*, 42(0), 212–221. <https://doi.org/10.5630/jans.42.212>
- Alves, A., Rocha, A. & Ferreira, J. (2004). O balão intra-aórtico – intervenção de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 53: 34-39.
- Alligood M. (2013). *Nursing Theorists and Their Work*. (8th ed.). Mosby Elsevir
- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/IBIMES-20-01>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora. Coimbra
- Campbell, B., Mitchell, P., Kleinig, T., Dewey, H., Churilov, L., Yassi, N., Yan, B., Dowling, R., Parsons, M., Oxley, T., Wu, T., Brooks, M., Simpson, M., Miteff, F., Levi, C., Krause, M., Harrington, T., Faulder, K., Steinfert, B., Priglinger, M., ... EXTEND-IA Investigators (2015). *Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection*. *The New England journal of medicine*, 372(11), 1009–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1414792>
- Caldas, L. & Gomes, L. B. (2021). Comunicação eficaz nas transições de cuidados In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.) *Guia prático para a segurança do doente* (pp.79-88). Lidel.
- Casey G, & David M (2016). Cardiogenic shock. Tintinalli J.E., & Stapczynski J, & Ma O, & Yealy D.M., & Meckler G.D., & Cline D.M.(Eds.), *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 8e. McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1658§ionid=109449831>
- Cicek, H. S., Armutcu, B., Dizer, B., Yava, A., Tosun, N., & Celik, T. (2014). Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit and the Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 324–332.
- Courey, A., & Hyzy, R. (2015). Overview of mechanical ventilation. Retrieved May 20, 2003, from http://www.uptodate.com/contents/overview-of-mechanical-ventilationsource=search_result&search=mechanical+ventilation&selectedTitle=1~150
- Cohen A, Assyag P, Boyer-Chatenet L, Cohen-Solal A, Perdrix C, Dalichampt M, Michel PL, Montalescot G, Ravaud P, Steg PG, Boutron I, & Réseau Insuffisance Cardiaque (RESICARD) PREVENTION Investigators. (2014). An education program for risk factor management after an acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 40–48. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.11342>
- D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, *et al.* Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th
- Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018- Regulamento nº429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.
- Direção-Geral de Saúde (2010). Guia geral para a elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Consultado a 25 de setembro de 2022. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Norma 002/2015 de 06/03/2015 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Lisboa: DGS.

- Direção Geral da Saúde. (2016). Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015: Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2016). Norma 018/2016 de 30/12/2016 – Reconciliação da medicação. Lisboa: DGS
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Norma 015/2017 de 13/07/2017 – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Consultado a 23 de outubro de 2022. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- El Sibai R, Bachir R, El Sayed, R. (2018): Resultados em pacientes com choque cardiogénico com uso de oxigenação por membrana extracorpórea: um estudo de corte pareado em hospitais nos Estados Unidos. *Biomed Res Int.* 2018; 2018:2428648.
- Faroujzadeh, F., Davoudi, N., Mazlom, S. R., Ghahramanzadeh, M., & Hajiabadi, F. (2022). The Effect of Supportive Educational Program on Depression, Anxiety, Stress and Satisfaction of the Families of Patients with Acute Coronary Syndrome. *Journal of Evidence-Based Care*, 12(4), 72–80. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2022.50031.2347>
- FERNANDES, Bruna Emyle Dutra; SANTOS, Anna Karen de Oliveira; SANTOS, Ranieri Sales de Souza. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), [S.l.], v. 8, nov. 2021. ISSN 2446-6042. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/4798>. Consultado em: 21 de Julho de 2023
- García Avendaño, D. J., Estrada Ochoa, M. C., Gallegos Alvarado, M., & Antuna Canales, A. B. (2015). Efectividad Del Modelo De Cuidado De Enfermería Para La Familia De Paciente Con Infarto Agudo Al Miocardio en La Unidad De Cuidados Intensivos. *Revista Cuidarte*, 6(1), 923–931. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (1ª ed.). Oxford Brooks University: Creative Commons
- Gómez Palomar, M. J., Palomar, C. G., & Rodríguez, I. M. (2016). Creación Y Validación De Un Instrumento Para La Valoración Del Dolor Isquémico Cardíaco. *Enfermería En Cardiología*, 23(68), 45–52.
- Grupo Português de Triagem (2009): Implementação da Triagem de Manchester em Portugal.
- Hickey SM, Giwa AO. Mechanical Ventilation. [Updated 2023 Jan 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539742/>
- Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L. & Azevedo, T. (2023). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Consultado em: <https://hdl.handle.net/10316/107474>
- <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wpcontent/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes>.
- Karaman, D., Yilmaz, D. K., & Yilmaz, D. U. (2017). Complications after Thrombolytic Treatment in Patients with Acute Myocardial Infarction and Their Reflection on Nursing Practices. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 377–382.
- Kosaraju, A.; Pendela, V. S.; Hai, O. In: Statpearls. Treasure Island: Statepearls Publishing. Cardiogenic Shock. 2022.
- Lamberti, M., Ratti, G., Gerardi, D., Capogrosso, C., Ricciardi, G., Fulgione, C., Latte, S., Tamaro, P., Covino, G., Nienhaus, A., Grazillo, E. M., Mallardo, M., & Capogrosso, P. (2016). Work-related outcome after acute coronary syndrome: Implications of complex cardiac

- rehabilitation in occupational medicine. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(4), 649–657. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00643>
- Mathioni Mertins, S., Bernat Kolankiewicz, A. C., de Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli, C., Loro, M. M., Poli, G., Winkelmann, E. R., & Minello Pannebecker, J. (2016). Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Avances En Enfermeria*, 34(1), 30–38. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125>
 - McGraw-Hill Education, New York (2015)
 - Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: development and progress*. (2ª Ed.). Lippincott Company.
 - Meleis A.I. Theoretical nursing: development e progress. 4. Ed. Philadelphia: Lippincott, 2007.
 - Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
 - Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. New York.
 - Ministério da Saúde (2018). Diário da República, Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro. Consultado a 18 de setembro de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
 - Ministério da Saúde (2021). Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2ª Série, nº 187. Consultado a 22 de outubro de 2022. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dosDoentes-2021-2026.pdf>
 - Morton, P. & Fontaine, D. (2010). *Cuidados críticos de enfermagem - Uma abordagem holística*. 9ª edição, Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.
 - National Health Service (NHS) Cleaning and Disinfection Policy, 2022, Trust Guideline for the Cleaning and Disinfection in the Hospital, Infection Prevention and Control Team.
 - NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical
 - NPSA (2007) Standardising Wristbands Improves Patient Safety. Safer practice notice, nº 24 July.
 - Oliveira, C. R. D, Bernardo, W. M. & Nunes, V. M. (2017). Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67 (1), 72-84. Doi: 0.1016/j.bjane.2015.09.001
 - Ordem dos Enfermeiros (2006) - *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*
 - Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem*. Lisboa, 2010.
 - Ordem dos Enfermeiros, (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, II série – nº 135, Lisboa.
 - Ordem dos enfermeiros (2019a) *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros*. Regulamento nº 140/2019. Diário da República, 2ª série. Nº26. Consultado a 1 de maio de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
 - Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
 - Parmi. (2022). A Study to Assess the Knowledge of Staff Nurses Regarding First 24 Hours Care of Patients with Myocardial Infarction admitted to ICU/Emergency in Hospital Pt. B.D. Sharma, PGIMS Rohtak with a View to Develop Self-Instructional Module. *International Journal of Nursing Education*, 14(2), 177–185. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i2.17986>

- Pazuello, G. B. (2019). Trombectomia para tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo causado por oclusões do segmento m2 da artéria cerebral média. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi: 10.11606/D.17.2020.tde-18082020-215725. Recuperado em 2023-07-07, de www.teses.usp.br
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z, Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. capítulo 11. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Regulamento n.º 361/2015. Diário da República II Série. 123 (26-06-2015). 17240-17243. Regulamento das Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., Antunes, A. (2018) Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 23 (2): 31-39. Consultado em: <https://repositoriocientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
- Stroke Foundation (2017). *Clinical Guidelines for Stroke Management 2017*. Stroke Foundation: Melbourne, Australia
- Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K. *European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition*. European Heart Network [Internet]. 2017;11. Disponível em: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Scoping Review

De acordo com a OE (2018), é imprescindível que os enfermeiros assegurem de forma competente a vigilância dos parâmetros fisiológicos e a prevenção de complicações ao cuidar da pessoa em situação crítica; contudo, o cuidado emocional/psicológico, bem como o esclarecimento adequado à Pessoa e família, relativamente à situação, representam aspetos preponderantes para que a prática de enfermagem se revista de maior eficácia, o que implica a criação de uma relação terapêutica de confiança e, subjacentemente, o fornecimento de informações/explicações fidedignas sobre a situação à Pessoa e família.

Uma pesquisa preliminar da literatura revelou escassez de estudos sobre os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com EAM, revelando-se pertinente uma atualização da evidência sobre esta temática. Face ao exposto, foi realizada uma scoping review com recurso à metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), que objetivou mapear as intervenções especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica por Enfarte Agudo Miocárdio (EAM).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a Enfermagem necessita de produção e renovação contínua do seu corpo de conhecimentos, o que poderá ser assegurado pela Investigação, constituindo-se fundamental para a evolução da mesma como ciência. A investigação é um processo sistemático científico e rigoroso, que procura melhorar os seus conhecimentos, respondendo a questões e resolvendo problemas para benefícios dos doentes/ famílias ao longo de todo o seu ciclo vital.

Uma Scoping Review é um tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, deve detalhar a evidência que os autores pretendem incluir ou excluir, qual a informação considerada importante, e como vai ser triada (Peters, M. et al., 2020).

De modo a aumentar a probabilidade de encontrar informação pertinente e adequada na pesquisa, é importante a formulação de uma questão de investigação clara, objetiva e viável (Sousa et al., 2008). A pergunta de investigação foi formulada de acordo com o acrónimo PICO: “Quais as intervenções especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica por Enfarte Agudo do Miocárdio?”.

População - Pessoa em Situação Crítica por Enfarte Agudo do Miocárdio

Interesse - Intervenções Especializadas de Enfermagem

Contexto - Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Geral

Os critérios de inclusão foram: disponibilidade de texto integral, data de publicação de 2010 a 2023, sem restrição de idioma. A pesquisa foi efetuada de acordo com a conjugação booleana dos descritores

e palavras-chave em inglês: (Nurs*) AND (critical patients) OR (critically ill) OR (intensive care unit) AND (myocardial infarction) OR (heart attack) OR (mi) OR (acute coronary syndrome) OR (STEMI).

Foram incluídos estudos com Pessoas em Situação Crítica que sofreram um Enfarte Agudo do Miocárdio, independentemente da cultura, localização geográfica ou género. Serão excluídos indivíduos com menos de 18 anos.

Relativamente ao interesse, serão incluídos estudos que incidam sobre as Intervenções de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica vítima de Enfarte Agudo Miocárdio.

Para a presente revisão scoping foi realizado um processo de pesquisa alargada e foram selecionados como fontes de informação estudos qualitativos, quantitativos, e mistos, bem como revisões da literatura. Além disso, o resumo disponível também foi um critério de inclusão definido, uma vez que este é essencial para a adequada triagem e seleção dos artigos. No que diz respeito aos limites temporais, foram incluídos artigos publicados desde o ano 2010 até ao presente, foi considerado pertinente conhecer a literatura mais recente sobre o tema para desenvolver profissionalmente uma melhor prática baseada na evidência.

Após validação dos descritores através da plataforma DeCS/MeSH, foi conduzida uma pesquisa na plataforma de eletrónica EBSCOhost, incluindo as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers. A pesquisa foi realizada pelo autor em Maio de 2023.

Após a realização da pesquisa nas bases de dados o processo de seleção de artigos foi efetuado com recurso ao fluxograma PRISMA (Figura 1).

A extração dos dados foi feita de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (2020), tendo sido utilizada uma tabela adaptada pelos revisores. Esta tabela contempla título do artigo, autores, ano, país, metodologia (tipo de estudo, amostra, participantes, resultados e conclusões).

Os resultados serão apresentados através de texto descritivo aliado a tabelas que descrevam e analisem as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica por Enfarte Agudo do Miocárdio.

Conforme fluxograma apresentado na Figura 1, após a pesquisa nas bases de dados foram identificados 219 artigos, tendo sido eliminados 28 artigos duplicados, emergindo um número de 191

artigos que foram triados pela leitura do título. Nos artigos que suscitaram dúvidas quanto à sua relevância foi analisado o resumo/abstract. Após leitura do título foram eliminados 155 artigos e após leitura do abstract eliminados mais 22 artigos. Restando 14 artigos que foram lidos na íntegra, tendo sido selecionados para a revisão 10 artigos, cuja evidência e relevância se coadunam com a temática em estudo.

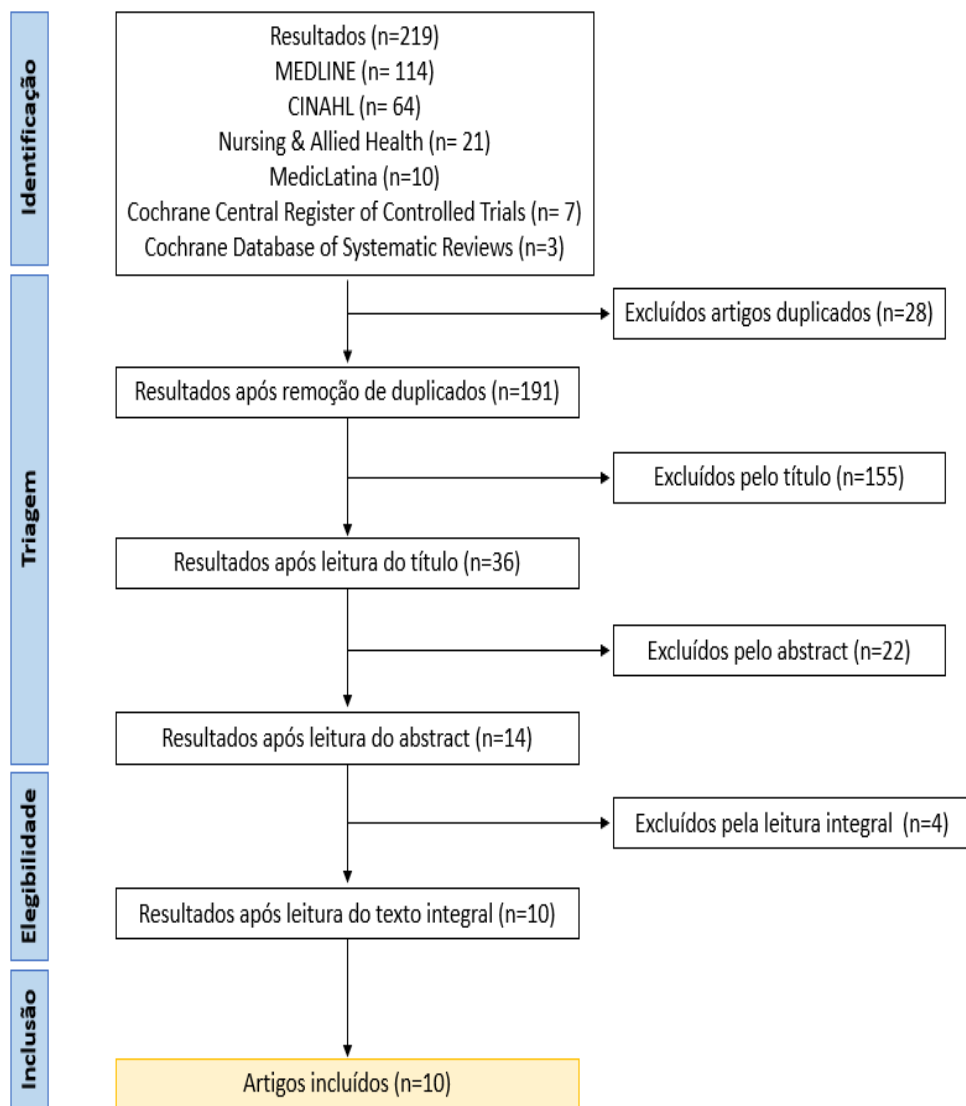


Figura 2 – Fluxograma Prisma

APENDICE II – Tabelas de Objetivos/Estratégias



Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	
Objetivo: Demonstrar uma prática de enfermagem especializada baseada na tomada de decisão ética e deontológica que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Garantindo o respeito, a segurança, a privacidade e a dignidade da Pessoa em situação crítica.	
Competências:	Estratégias/Atividades
<ul style="list-style-type: none">- Demonstrar uma tomada de decisão ética perante situações de prática especializada com base nos princípios éticos e deontológicos da pessoa em situação crítica;- Avaliar o processo e o resultado da tomada de decisão.- Gerir práticas de cuidados fomentando a segurança, privacidade e dignidade da Pessoa.	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer a dinâmica, funcionamento e organização do Serviço de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;- Conhecer os manuais e normas de procedimento existentes na Unidade;- Participação ativa na reflexão e tomada de decisão em equipa nas situações de prática especializada à Pessoa em situação crítica.- Fomentar e divulgar as políticas de segurança do Doente, baseadas no Plano Nacional de Segurança do Doente, nomeadamente validação positiva da identificação da Pessoa com 2 dados;- Desempenhar uma prática especializada com base nas condições socioeconómicas e familiares, preferências, crenças e valores da pessoa em situação crítica;- Desempenhar um exercício profissional de acordo com os direitos humanos e o código deontológico.



Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	
Objetivo: Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, colaborando na implementação de programas de melhoria contínua.	
Competências:	Estratégias/Atividades
<ul style="list-style-type: none">- Mobilizar conhecimentos e habilidades garantindo a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica;- Avaliar a qualidade das práticas existentes no serviço- Promover um ambiente gerador de segurança e proteção da Pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde/doença.	<ul style="list-style-type: none">- Consultar os padrões de qualidade existentes no Serviço de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e de que forma estão a ser aplicados;- Desenvolvimento e aquisição de conhecimentos de Enfermagem especializadas à Pessoa em situação crítica que permitam avaliar, planejar, avaliar e monitorizar os cuidados prestados.- Identificar estratégias de prevenção de complicações e incidentes no âmbito da gestão de risco;- Promover o envolvimento da família no plano de cuidados à pessoa em situação crítica;- Promover um ambiente de prestação de cuidados seguro, centrado na Pessoa, promovendo o bem-estar.



Domínio da gestão dos cuidados	
Objetivo: Adquirir competências de Gestão dos cuidados, adequando os recursos existentes, garantindo segurança e qualidade nos cuidados prestados, otimizando o trabalho em equipa.	
Competências:	Estratégias/Atividades
<ul style="list-style-type: none">- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;- Garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, supervisionando-as;- Otimizar o trabalho em equipa de acordo com os recursos existentes e as necessidades de cuidados detetadas.	<ul style="list-style-type: none">- Otimizar o processo de cuidados através da tomada de decisão consciente e fundamentada na evidência existente.- Supervisionar tarefas delegadas em outros profissionais, garantindo a segurança e qualidade das mesmas.- Observar e acompanhar o Enfermeiro Chefe de Equipa no desempenho das suas funções;- Otimizar o trabalho de equipa gerindo os recursos humanos de forma a promover a qualidade dos cuidados;- Fomentar o trabalho em equipa, aplicando estratégias de motivação e participar nas tomadas de decisão em equipa multidisciplinar.- Conhecer e analisar os protocolos existentes no Serviço de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;- Identificar os estilos de liderança praticados no Serviço de Urgência Geral e Unidade e a forma como influenciam a equipa e o ambiente organizacional.



Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Objetivo: Desenvolver o Autoconhecimento e assertividade, baseando a prática clínica especializada na evidência científica mais atualizada, assumindo um papel facilitador no processo de aprendizagem.

Competências:

Estratégias/Atividades

- Reconhecer que a prática de Enfermagem se baseia no estabelecimento de relações terapêuticas, interpessoais, e profissionais, necessitando deter consciência do si como Pessoa e enfermeiro;
- Basear a tomada de decisão nas mais recentes evidências científicas;

- Aplicação e mobilização dos conhecimentos científicos adquiridos durante as aulas teóricas;
- Procura de conhecimento científico através da revisão integrativa da literatura;
- Demonstrar uma atitude proativa e de procura de conhecimento com base na evidência científica;
- Divulgação do conhecimento científico obtido à restante equipa de enfermagem
- Pensamento reflexivo diário sobre as práticas desenvolvidas;
- Realização de um Jornal de Aprendizagem para consolidar e refletir sobre os conhecimentos adquiridos;
- Desenvolver uma Comunicação assertiva e empática, reconhecendo as minhas lacunas e adotando estratégias para as melhorar, aplicando estratégias de resolução de conflitos.



Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	
Objetivo: Prestar cuidados holísticos à pessoa/família em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, em todos os contextos da prática clínica, baseado na teoria das transições de Afaf Meleis.	
Competências:	Estratégias/Atividades
<ul style="list-style-type: none">- Prestar cuidados à Pessoa em situação crítica, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica;- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, na sua área específica de intervenção;- Fazer a gestão diferenciada da dor e bem-estar da Pessoa em situação crítica;- Gerir o estabelecimento de uma relação terapêutica com a Pessoa/Família em situação crítica;	<ul style="list-style-type: none">- Planear, prestar, monitorizar e avaliar os cuidados prestados à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica;- Mobilizar conhecimentos e habilidades prestando cuidados em tempo útil e de forma holística, antecipando e prevenindo a instabilidade da Pessoa em situação crítica.- Conhecer e administrar protocolos terapêuticos complexos.- Prestar particular atenção à gestão eficaz da dor à Pessoa internada no Serviço de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.- Otimizar a comunicação, facilitando a inclusão da família no processo de cuidados, reconhecendo a mesma como parte integrante do processo de cuidados.- Ser elemento facilitador na transição do processo saúde/doença, vivido pela Pessoa/Família;



Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.	
Objetivo: Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe de forma pronta e sistematizada.	
Competências:	Estratégias/Atividades
<ul style="list-style-type: none">- Cuidar da pessoa em situações de emergência e catástrofe;- Planear a resposta em situações de emergência e catástrofe;- Gerir os cuidados em situações de emergência, aplicando o plano existente;	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer e analisar o plano de emergência e catástrofe existente no Serviço de Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.- Conhecer e analisar o espaço físico da Unidade e como ficará organizado em caso de exceção e catástrofe.- Conhecer os protocolos existentes em caso de emergência e catástrofe;



Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado	
Responder eficazmente e em tempo útil na prevenção e controlo de infeção face à complexidade e diferenciação das necessidades evidenciadas pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	
Competências:	Estratégias/Atividades
<ul style="list-style-type: none">- Conceber um plano de prevenção e controlo de infeção, para dar resposta às necessidades encontradas no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;- Desenvolver procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas existentes;	<ul style="list-style-type: none">- Prestar cuidados de enfermagem especializados, seguros e em ambiente protetor, dando atenção às precauções básicas em controlo de infeção.- Observar a implementação das precauções básicas em controlo de infeção, nomeadamente as referentes ao controlo ambiental.- Planear, implementar e avaliar medidas de controlo de infeção.- Observar e garantir o cumprimento das Bundels de controlo de infeção relacionadas com o cateter vesical e o cateter venoso central e prevenção da Pneumonia associada à Intubação.

APÊNDICE III – Norma de Procedimento sobre Controlo Ambiental

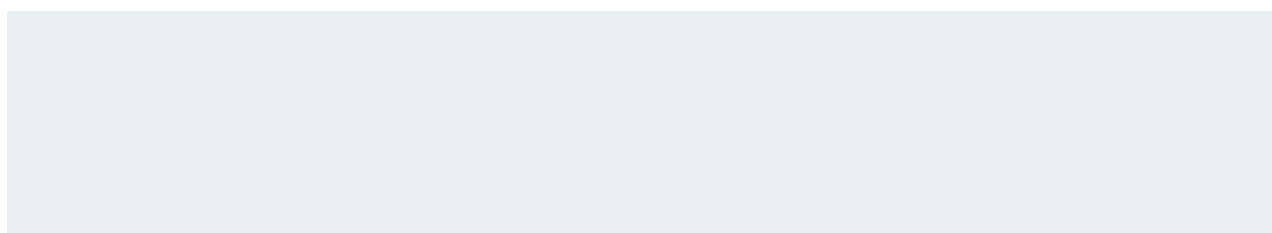


NORMA DE PROCEDIMENTO

Serviço de Urgência Geral – 3XXX

Limpeza Hospitalar/Controlo Ambiental

APROVAÇÃO



FINALIDADE	Promover uma boa higienização das instalações, diminuindo o risco de transmissão de infeção
DESTINATÁRIOS	Todos os profissionais de saúde e responsáveis pela limpeza hospitalar
PALAVRAS-CHAVE	Limpeza Hospitalar; Ambiente; Precauções Básicas;

[Não escrever nesta zona da página]

ÍNDICE

Autores	Fernando Moisés Parente; Gabriel Lúcio	2023.07.18
Verificação SGQ/CQS	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	[Data de Aprovação]
Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	[Data de Divulgação]
Versão	[Indicar versão]	[Data de Revisão]



1 - INTRODUÇÃO.....	3
2 -DESCRIÇÃO.....	4
2.1 - Fatores que favorecem a contaminação do ambiente.....	4
2.2 - Princípios básicos em limpeza hospitalar.....	5
2.3 - Classificação das áreas de acordo com o nível de risco de infecção, área e periodicidade de limpeza.....	6
2.4 - Higienização da unidade do doente.....	7
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	11
4 – ANEXOS.....	12

SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

DGS – Direção Geral da Saúde

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

MEI – Microrganismos Epidemiologicamente importantes

NaDCC - Dicloroisocianurato de Sódio

1 - INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar pode contribuir para o aumento da infeção hospitalar, devendo ser utilizados todos os meios possíveis para evitar o crescimento dos microrganismos.

A limpeza reduz drasticamente os microrganismos existentes no ambiente e contribuindo para a redução da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), quando aplicada em conjunto com as restantes precauções básicas em controlo de infeção.

Segundo a norma da DGS 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 sobre “Precauções Básicas em Controlo de Infeção”, os dirigentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde devem:

Garantir a existência de sistemas e recursos que facilitam a implementação das precauções básicas de controlo da infeção (PBCI) e a monitorização do seu cumprimento, por todos aqueles que prestam cuidados de saúde, o que também inclui os profissionais das empresas de prestação de serviços;

Assegurar que:

- ☐ Todos os profissionais recebem formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infeção;
- ☐ Todos os profissionais têm acesso às normas existentes;
- ☐ Estão disponíveis os recursos necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das mesmas.

Definir, em documento escrito e, de acordo com a especificidade de cada serviço, a periodicidade respetiva para realização de auditoria interna.

O Controlo Ambiental é uma das PBCI, que contribui para evitar que as áreas de prestação de cuidados funcionem como reservatórios para a transmissão de microrganismos, devendo estar definidas práticas e protocolos de limpeza e manutenção do ambiente, que devem ser do conhecimento de todos os profissionais.

Falhas nos processos de limpeza e desinfeção de superfícies podem ter como consequência a disseminação e transferência de microrganismos nos ambientes dos serviços de saúde, colocando em risco a segurança de todos.

2 - DESCRIÇÃO

De acordo com a NPG – 1301 o serviço de urgência Geral, pela especificidade ou risco elevado de determinadas áreas clínicas, com o apoio e validação do GCL-PPCIRA e da Direção do Serviço de Gestão Hoteleira, deve elaborar normas de controlo ambiental específicas baseadas nas normas gerais da Instituição.

Neste documento estabelecem-se os procedimentos para o cumprimento do plano de higienização diária e os procedimentos a ter após a alta da unidade do doente.

Os microrganismos permanecem nas superfícies durante um período temporal que pode ir de algumas horas a vários meses. A limpeza e descontaminação frequente dos espaços diminui consideravelmente esse período.

2.1 - FATORES QUE FAVORECEM A CONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE

Os tempos de sobrevivência reais em ambientes de cuidados de saúde aumentam consideravelmente com base em vários fatores:

Mãos dos profissionais em contacto com superfícies na ausência de adesão às boas práticas de higiene das mãos.

- Profissionais de saúde que não aplicam as precauções básicas de controlo de infeção.
- Superfícies persistentemente húmidas/molhadas.
- Deterioração das instalações/ equipamentos.
- Persistência de matéria orgânica no ambiente.

2.2 - PRINCÍPIOS BÁSICOS EM LIMPEZA HOSPITALAR

O ambiente da prestação de cuidados deve estar livre de objetos/equipamentos desnecessários, de forma a facilitar a limpeza, encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação, ser limpo regularmente de acordo com o protocolo.

Corredores, áreas comuns e superfícies de toque frequente devem ter especial atenção (ex. maçanetas, interruptores, teclados, telefones, grades da cama, mesas de cabeceira, campainhas e manivelas)

A escolha/utilização dos desinfetantes para a limpeza deve estar de acordo com as orientações do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) que constam na Norma de Procedimento Geral 1063 – Utilização de Desinfetantes.

A higienização deve ser sempre:

- Húmida
- Da área mais limpa para a área mais suja
- Da zona mais afastada (do fundo do quarto/sala para a porta) para a mais próxima
- De cima para Baixo (do teto para o chão)
- Da área menos contaminada para a área mais contaminada
- No mesmo sentido e na mesma direção

É importante para que não haja recontaminação e multiplicação de microrganismos, que todas as superfícies limpas fiquem bem secas.

A utilização correta dos EPIs (luvas, avental impermeável e/ou proteção ocular) tem como objetivo:

- Prevenir a exposição a microrganismos,
- Prevenir a exposição aos produtos químicos de limpeza
- Disseminação de microrganismos de uma área de cuidados para outra.

2.3 - CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS DE ACORDO COM O NÍVEL DE RISCO DE INFEÇÃO, ÁREA E PERIODICIDADE DE LIMPEZA

Risco	Área	Locais Críticos	Limpeza Mínima	Nunca Esquecer	Assistente Operacional responsável
Alto	Crítica	- Sala de Pequena Cirurgia	Duas a três vezes por dia	Telefones Manípulos das portas e armários Superfícies horizontais Lavatórios Interruptores	A.O. Transportes
Médio	Semicrítica	- Área de Observação Clínica - Área de Doentes Respiratórios - Unidade de Internamento Médico-cirúrgico - Gabinetes Médicos de Consulta - Instalações Sanitárias - Painel dos elevadores - Rouparia (Zona Suja)	Duas vezes por dia	Telefones, Manípulos das portas e armários Superfícies horizontais Lavatórios Interruptores Botões dos elevadores Paredes	- Área de Observação Clínica – A.O. atribuído à Observação Clínica - Área de Doentes Respiratórios – A.O. atribuído à Área de Doentes Respiratórios - Unidade de Internamento Médico-cirúrgico – A.O. atribuído ao Internamento Médico-cirúrgico - Gabinetes de Triagem – A.O. atribuído à Triagem - Sala de reanimação e Gabinetes de observação – A.O. atribuído ao Ambulatório.

Baixo	Não-Crítica	<ul style="list-style-type: none"> - Salas de espera - Corredores e átrios - Escadas - Elevadores (piso e paredes) Entradas exteriores 	Uma vez por dia	<ul style="list-style-type: none"> Superfícies horizontais Mesas, Cadeiras Balcões Telefones Puxadores, manípulos e interruptores 	- Funcionários da limpeza da empresa externa ao HGO.
-------	-------------	---	-----------------	--	--

É obrigatória a utilização dos seguintes métodos de limpeza:

- Método de limpeza húmida que consiste na utilização de “mopas” e “panos” reutilizáveis. A “mopa” e “pano” são humedecidos uma única vez e após a limpeza de determinada área são substituídos por outros. A “mopa” e “pano” sujos são colocados num saco próprio para serem lavados em máquina com processo de desinfeção térmica e química. Deverá ser utilizado este método nas ÁREAS DE RISCO ALTO E ELEVADA PRIORIDADE na frequência da limpeza;

Método do duplo balde com mecanismo de extração da água. Consta de carro rodado e dois baldes. Os baldes devem ser em plástico polipropileno, que possibilite a desinfeção pelo calor. Devem ser lavados diariamente. Este método será utilizado nas ÁREAS DE RISCO MÉDIO/BAIXO E MÉDIA PRIORIDADE NA FREQUÊNCIA DA LIMPEZA;

Quando não existem as condições de estrutura necessárias à utilização de materiais segundo os métodos definidos nos pontos 1 e 2, deverá ser utilizado material de uso único, descartável, cuja comercialização teve na sua base investigação científica e certificados de acordo com as Normas Europeias.

Os salpicos e derrames de sangue ou de outra matéria orgânica devem ser imediatamente removidos pois representam risco biológico. O procedimento deve ser feito com segurança de acordo com a orientação do Anexo I – Protocolo para Remoção de Sangue e Matéria Orgânica.

2.4 - HIGIENIZAÇÃO DA UNIDADE DO DOENTE

Limpeza - Processo pela qual se remove fisicamente a sujidade – matéria orgânica ou inorgânica – de um objeto ou superfície. A limpeza com água quente (quando possível) e detergente é adequada para as superfícies do ambiente hospitalar, pois remove a maior parte dos microrganismos. Todas as superfícies limpas devem ficar bem secas.

Desinfeção - Processo físico ou químico pelo qual se reduz, através de destruição ou inativação os microrganismos, nas superfícies inertes.

Os desinfetantes são inativados pela sujidade ou matéria orgânica, razão pela qual não pode existir desinfeção sem limpeza prévia (com água mais detergente e secagem)

Detergente a utilizar no Serviço de Urgência Geral – Hansa Clean Special.

- Deve estar devidamente rotulado e identificado na embalagem de origem
- Ser diluído somente no momento em que vai ser usado
- Manter se fechado até ao início da sua utilização e sempre que não esteja a ser utilizado
- Não conter desinfetantes.

Desinfetantes a utilizar no Serviço de Urgência Geral – Álcool a 70º, Compostos Clorinados, Compostos de Amónio quaternário.

- Devem respeitar as recomendações de utilização, doses, diluição e incompatibilidades
- Utilizar sempre EPIs preconizados para o manuseamento
- Lavar imediatamente e abundantemente com água, se a pele ou mucosas forem atingidas pelo produto
- Respeitar o tempo de conservação da diluição usada
- Manter as embalagens fechadas enquanto não estão a ser utilizadas.

Limpeza Imediata - Ação necessária e imediata na presença de sangue e/ou matéria orgânica

Limpeza Diária – Higienização diária da unidade do doente, com a finalidade de limpar e reduzir a contaminação microbiana, organizar o ambiente e repor os materiais de consumo diário

Limpeza Terminal – Higienização após alta ou transferência, ou óbito. Tem como objetivo remover material orgânico, reduzir ou eliminar a contaminação microbiana, garantindo que não existe transferência de microrganismos para o próximo doente.

Hansa Clean Special

- Utilizado para limpeza de todo o tipo de superfícies
- Utilizar luvas, avental impermeável e proteção ocular aquando da preparação da solução, nas restantes situações utilizar luvas e avental
- Diluir 30ml de detergente (uma carga no doseador) num litro de água

- Molhar totalmente as superfícies a serem limpas com a solução preparada e espalhar mecanicamente
- Deixar secar
- Utilizar a solução no próprio dia

Álcool a 70º

- Para desinfecção de materiais e equipamentos sensíveis, de acordo com as recomendações do fabricante (estetoscópios, teclados, ecrãs) e superfícies pequenas.
- Atividade é afetada na presença de matéria orgânica
- Danifica alguns instrumentos (deteriora colas, resseca opacificação plásticos, acrílicos e borracha)
- Não recomendado em superfícies grandes

Compostos Clorinados/Cloro (Hipoclorito sódio, NaDCC em Grânulos ou pastilhas)

- Cada pastilha de 2,5gr de Dicloroisocianurato de Sódio (NaDCC), contem 1500ppm de cloro disponível por litro de água
- Utilizar luvas, avental, máscara e proteção ocular no seu manuseamento:
 - 0,1%, diluir 1 pastilha em 1,5 litros de água
 - 0,5% diluir 1 pastilha em 300ml de água
 - 1% diluir 1 pastilha em 150ml de água
- Solução preparada num recipiente opaco e com tampa fechada após a utilização
- Estabilidade de 24h após preparação
- Deixar secar durante 15 minutos

Limpeza terminal de todos os doentes limpos na concentração de 0,1%

Limpeza terminal dos doentes Infetados/Colonizados com microrganismos epidemiologicamente importantes na concentração de 0,5%

Limpeza e desinfecção de rotina da unidade dos doentes Infetados/Colonizados com MEI na concentração de 0,1%

Inativação de derrames de fluidos orgânicos na concentração de 1%

Compostos de Amónio Quaternário

A solução deve ser preparada no dispensador de toalhetes reutilizável (balde) apropriado para o efeito e utilizada com os rolos (Eco Wipes Touch)

Diluir uma saqueta (40ml) em 2 litros de água e verter para o recipiente com o rolo lá dentro.

Colocar a ponta do toalhete no encaixe da tampa e fechar o recipiente.

Agitar levemente e aguardar 5 a 10 minutos.

A estabilidade do produto preparado é de 28 dias.

Utilizar luvas, avental e proteção ocular aquando da preparação da solução, nas restantes situações utilizar luvas e avental.

Higienização da Unidade do Doente em Isolamento (Colonizado/Infetado por MEI)

A limpeza diária (com detergente mais solução de NaDCC a 0,1%) deve ser repetida pelo menos uma vez no turno da manhã e da tarde.

A limpeza terminal (com detergente mais solução de NaDCC a 0,5%) deve ser repetida uma segunda vez, após secagem da primeira desinfeção.

Em casos de *Colestridium Difficile*, Enterobacteriácias resistentes aos Carbapenemes e Enterococos resistentes à Vancomicina a limpeza terminal deve ser realizada 3 vezes.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e ICAN (2019). Boas Práticas de Limpeza Ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde: em Ambientes de Recursos Limitados (versão 2).Atlanta, GA.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2003 atualizado em 2019). Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Atlanta, GA 30329. Disponível em : <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>.
3. Dance, S.J. (2014). Controlling Hospital Acquired Infections Focus on the Role of the Environment and New Technologies for Descontamination. *Clinical Microbiology Reviews*. 27 (4), 665-690.
4. GCR PPCIRA LVT (2020). Referencial nº3/2020: Controlo Ambiental - Higienização das Unidades de Saúde- Limpeza e Desinfeção. Departamento de Saúde Pública da ARS-LVT.

5. Mehtar, S., Hopman, J., Duse, A. (2018). Guide to Infection Control in the Hospital – Chapter 8 – Patient Areas and Environmental Cleaning. International Society for Infectious Diseases.
6. NPG 1063 - Norma de Procedimento Geral “Utilização de Desinfetantes”. GCL-PPCIRA HGO, 06-03-2020, 1-7.
7. NPG 1064 - Norma de Procedimento Geral “Limpeza Hospitalar”. GCL-PPCIRA HGO, 02-04-2020, 1-16.
8. NPG 1301 - Norma de Procedimento Geral “Higienização da Unidade do doente”. GCL-PPCIRA HGO, 30-04-20, 1-20.
9. POLÍTICA-0160 - Limpeza Hospitalar
10. Rutala, W.A., Weber, D.J. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities (2008), atualizado a Maio de 2019. USA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
11. Schmitt et al (2019). Melhores Práticas para Higiene e Limpeza Hospitalar. Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. São Paulo.
12. Shaughnessy M, Micielli R, Depestel D et al. Evaluation of hospital room assignment and acquisition of Clostridium difficile-associated diarrhea. Programs and abstracts of the 48th Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)/Infectious Diseases Society of America (IDSA) 46th Annual Meeting. Washington 2008. Abstract K-4194.

4 - ANEXO I

PROTOCOLO PARA REMOÇÃO DE SANGUE E MATÉRIA ORGÂNICA

A - Protocolo de remoção de derrames de sangue e fluidos orgânicos (mesmo em pequena quantidade)

Hipoclorito de sódio (lixívia)	Dicloroisocianurato de sódio (NaDCC)	EPI
<p>1º Cobrir toda a área do derramamento com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia) na concentração de 1%, deixando atuar durante 5 minutos.</p> <p>2º Remover os toalhetes absorventes e depositar imediatamente no contentor/saco branco – resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>3º Lavar em seguida com água quente e detergente seguida de desinfecção terminal com uma solução de hipoclorito de sódio contendo 0,5% cloro livre, (1 parte da solução de lixívia comercial em 1 parte de água, na concentração de 1:1). Nunca misturar detergente com lixívia.</p> <p>4º Deixar a superfície seca.</p> <p>5º Retirar e colocar os EPI no contentor de resíduos adequado (se contaminados com sangue ou matéria orgânica – Grupo III).</p> <p>6º Proceder à higiene das mãos – Lavagem com água e sabão.</p> <p>NOTA: A LIXÍVIA PODE SER SUBSTITUÍDA POR PASTILHAS DE DICLOROISOCIANURATO DE SÓDIO (NADCC) - 7 PASTILHAS DE 2,5 G PARA 1 L DE ÁGUA PARA INATIVAÇÃO EM CASO DE DERRAMAMENTO DE FLUÍDOS ORGÂNICOS)</p>	<p>1º Circunscrever e polvilhar toda a área do derramamento com grânulos de dicloroisocianurato de sódio (NaDCC), deixando atuar durante 5 minutos.</p> <p>2º Remover os grânulos com toalhetes absorventes e depositar imediatamente no contentor/saco branco – resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>3º Lavar em seguida com água quente e detergente seguida de desinfecção terminal com uma solução de hipoclorito de sódio contendo 0,5% cloro livre (1 parte da solução de lixívia comercial em 1 parte de água, na concentração de 1:1). Nunca misturar detergente com lixívia.</p> <p>4º Deixar a superfície seca.</p> <p>5º Retirar e colocar os EPI no contentor de resíduos adequados (se contaminados com sangue ou matéria orgânica – Grupo III).</p> <p>6º Proceder à higiene das mãos – Lavagem com água e sabão.</p>	<p>1º É obrigatório usar luvas (luvas de Nitrilo) e avental de plástico para prevenir a contaminação da farda.</p> <p>2º A proteção facial e ocular é necessária (máscara cirúrgica com viseira) se existe suspeita de risco de ocorrência de salpicos para os olhos, nariz ou boca.</p> <p>EM CASO DE INCIDENTE/ACIDENTE DEVE SER NOTIFICADO PARA A SAÚDE OCUPACIONAL E PARA A SEGURADORA.</p>

B - Protocolo de remoção de derrames de sangue e fluidos orgânicos (vómitos, urina, fezes)

Hipoclorito de sódio (lixívia)	Dicloroisocianurato de sódio (NaDCC)	EPI
<p>1º Circunscrever e cobrir a área do derramamento com toalhetes absorventes embebidos em hipoclorito de sódio (lixívia) na concentração de 1%, deixando atuar durante 5 minutos.</p> <p>2º Remover os toalhetes e depositar imediatamente no contentor/saco branco – resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>3º Lavar em seguida com água quente e detergente.</p> <p>4º Deixar a superfície seca.</p> <p>5º Retirar e colocar os EPI no contentor de resíduos adequado (se contaminados com sangue ou matéria orgânica – Grupo III).</p> <p>6º Proceder à higiene das mãos – Lavagem com água e sabão.</p> <p>NOTA: A LIXÍVIA PODE SER SUBSTITUÍDA POR PASTI-LHAS DE DICLOROISOCIANURATO DE SÓDIO (NADCC) – 7 PASTILHAS DE 2,5 G PARA 1 L DE ÁGUA PARA INATIVAÇÃO EM CASO DE DERRAMAMENTO DE FLUÍDOS ORGÂNICOS)</p>	<p>1º Circunscrever e polvilhar a área do derramamento com grânulos de dicloroisocianurato de sódio (NaDCC), deixando atuar durante 5 minutos.</p> <p>2º Remover os grânulos com toalhetes absorventes e depositar imediatamente no contentor/saco branco – resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>3º Lavar em seguida com água quente e detergente.</p> <p>4º Deixar a superfície seca.</p> <p>5º Retirar e colocar os EPI no contentor de resíduos adequado (se contaminados com fluidos orgânicos – Grupo III).</p> <p>6º Proceder à higiene das mãos – Lavagem com água e sabão.</p>	<p>1º É obrigatório usar luvas (luvas de Nitrilo) e avental de plástico para prevenir a contaminação da farda.</p> <p>2º A proteção facial e ocular é necessária (máscara cirúrgica com viseira) se existe suspeita de risco de ocorrência de salpicos para os olhos, nariz ou boca.</p> <p>EM CASO DE INCIDENTE/ACIDENTE DEVE SER NOTIFICADO PARA A SAÚDE OCUPACIONAL E PARA A SEGURADORA.</p>

**APÊNDICE IV – Formação em Serviço “Cuidados de Enfermagem Especializados
à Pessoa com pace-maker provisório”**

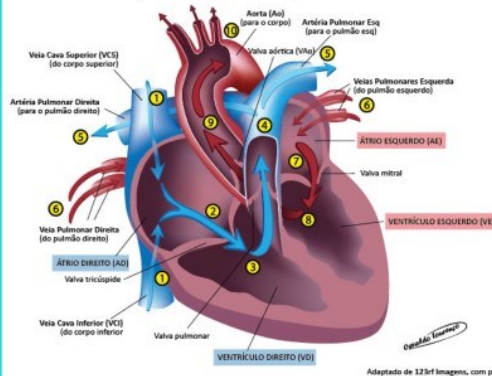


OBJETIVOS

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com pacemaker provisório;
- Identificar os problemas associados ao *pacing* temporário e a sua resolução;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais adequados à pessoa com este dispositivo.

ANATOMIA

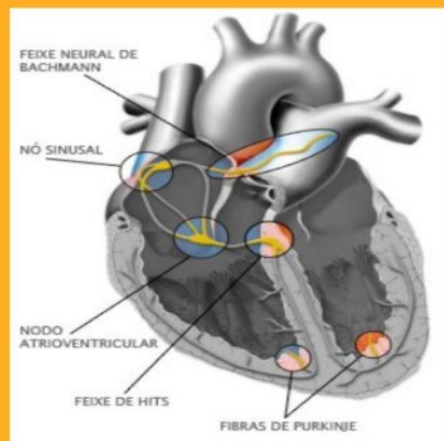
Circulação do Sangue no Coração



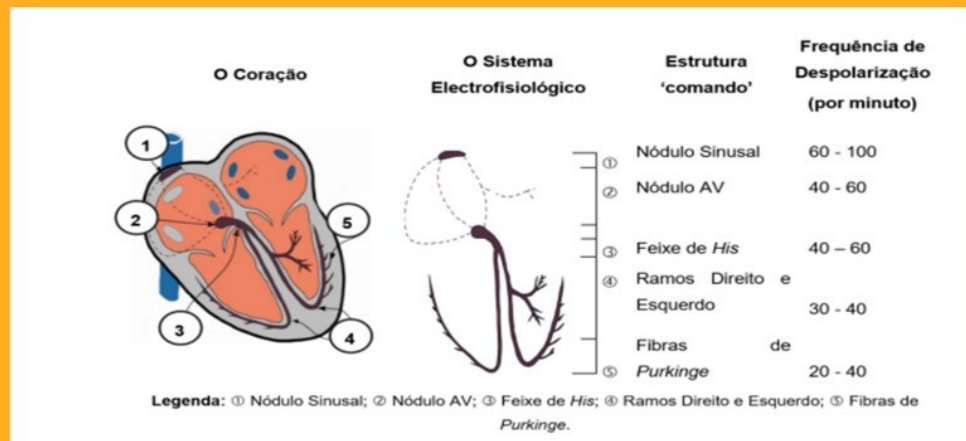
Sistema
elétrico do
coração

Indicações

Sistema elétrico de condução



Sistema elétrico de condução



Prezi

Indicações

- Bradidisritmias hemodinamicamente instáveis, especialmente nas pessoas que não respondem à terapêutica médica; os sintomas incluem **hipotensão, alteração do estado de consciência, angina de peito e edema pulmonar**;
- Taquicardias supraventriculares malignas e taquicardias ventriculares por reentrada;
- Paragem cardíaca no contexto de intoxicação medicamentosa, acidose ou distúrbios eletrólitos.

Prezi

Pacemaker Provisório

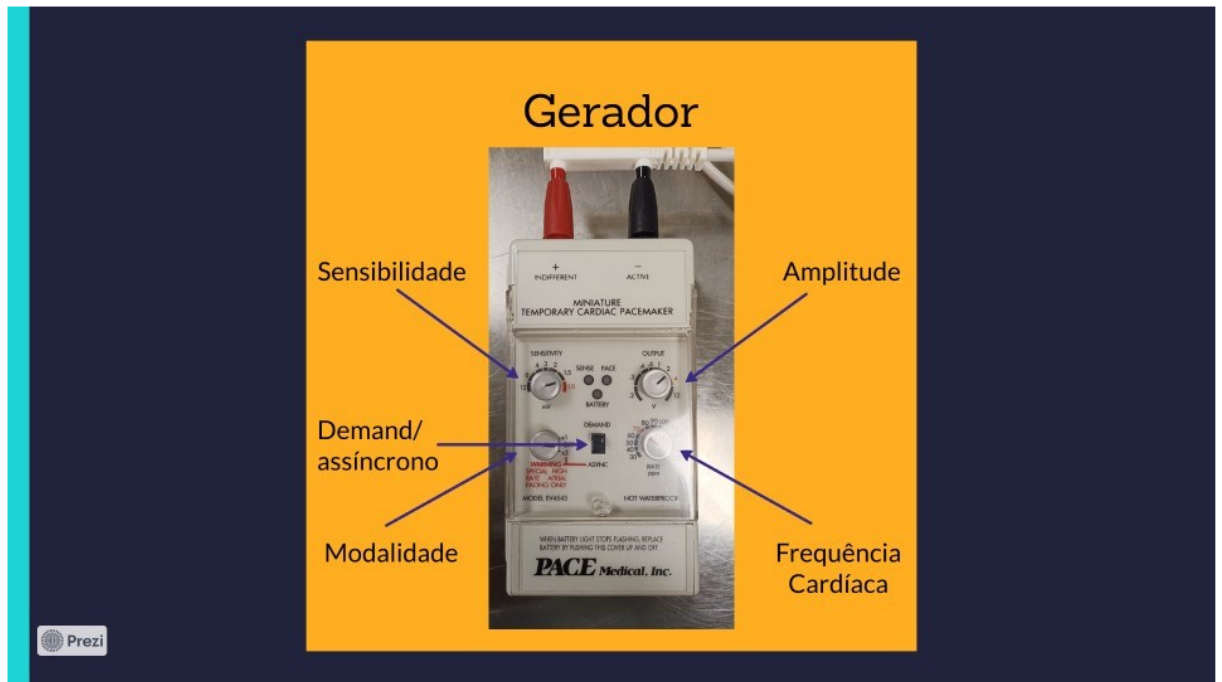
- Via de acesso;
- Abordagem percutânea, inserido numa veia jugular (preferencial), subclávia ou femoral;
- Material.

Material

Gerador

Preparação do material (semelhante à implantação de um CVC)

- Introdutor 7F;
- Eletrocater 6F;
- Gerador de pacemaker.



AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA PESSOA

- **A:** Vigiar permeabilidade da via aérea;
- **B:** FR, Oxigenoterapia, suporte ventilatório, posicionamento;
- **C:** pele e pulsos periféricos, FC, TA, acesso permeável, otimização do gerador;
- **D:** Estado de consciência, glicémia capilar, avaliação da dor;
- **E:** Temperatura corporal.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Colocação

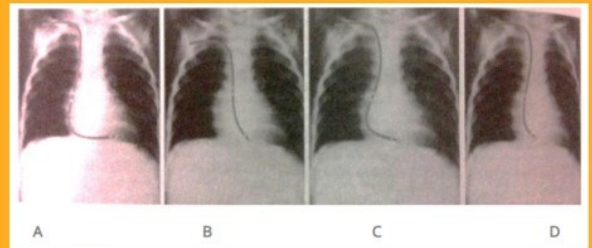
Manutenção

Remoção



Cuidados de Enfermagem - Colocação

- Explicar o procedimento à pessoa, se consciente;
- Carro de emergência disponível;
- Preparação do material;
- Contactar o técnico de radiologia (27252);
- Tricotomia, se necessário;
- Posicionamento da pessoa (decúbito dorsal);
- Proteção contra radiações ionizantes (colar e avental de chumbo);
- Colaborar com o clínico durante o procedimento;
- Avaliação Sistemática da Pessoa;
- Ligar e otimizar o gerador de pacemaker;
- Garantir a técnica asséptica;
- Gestão dos alarmes do monitor.



Cuidados de Enfermagem - Manutenção

- Executar tratamento ao local de inserção (NPG 1193 - 2023);
- Proteger o eletrocateter e a manga verificando a fixação;
- Cuidados nos posicionamentos;
- Vigiar os parâmetros do gerador (modalidade, sensibilidade, FC, amplitude) - **1x turno**;
- Vigiar se as conexões estão bem adaptadas.



Cuidados de Enfermagem - Remoção

- Posicionamento da pessoa em decúbito dorsal;
- Diminuir gradualmente o "*demand*" do gerador e verificar a frequência cardíaca da pessoa;
- Vigiar disritmias durante a remoção do eletrocateter;
- Retirar o introdutor;
- Realizar penso compressivo e vigiar eventual hemorragia.



Sinais de alarme

- **Elevação do limiar de *pacing*:** - TC SPIKES não CONDUZIDOS;
- **Descontinuidade do circuito elétrico:** TC com ausência de SPIKES;
- **Deslocação do eletrocáteter:** SPIKES no monitor de diferentes tamanhos, uns conduzidos, outros não e com morfologias diferentes.

Elevação do limiar de *pacing*

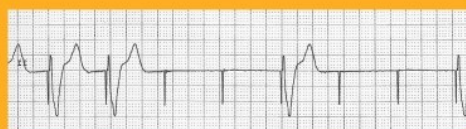
Descontinuidade do circuito elétrico

Deslocação do eletrocáteter

Complicações

Elevação do limiar de *pacing*

Voltagem mínima com a qual se consegue a despolarização Miocárdica), aumenta com o tempo - testar os limiares regularmente - Programar uma voltagem pelo menos 3X superior ao limiar - (TC SPIKES não CONDUZIDOS)



Descontinuidade do circuito elétrico

Todas as conexões firmemente apertadas - Gerador ligado - confirmar fratura do cabo - (TC com ausência de SPIKES)



Deslocação do eletrocáteter

O eletrocáteter não é fixo e pode deslocar-se com o movimento - pode perfurar o Miocárdio (SPIKES no monitor de diferentes tamanhos, uns conduzidos, outros não e com morfologias diferentes)



Complicações

- Deslocação do eletrocater;
- Perfuração Ventrículo Direito com derrame pericárdico ou Tamponamento cardíaco;
- Disritmias durante e após a inserção do elétrico;
- Punção arterial acidental;
- Infecção do local de punção;
- Tromboembolismo;
- Pneumotórax quando acesso subclávia.



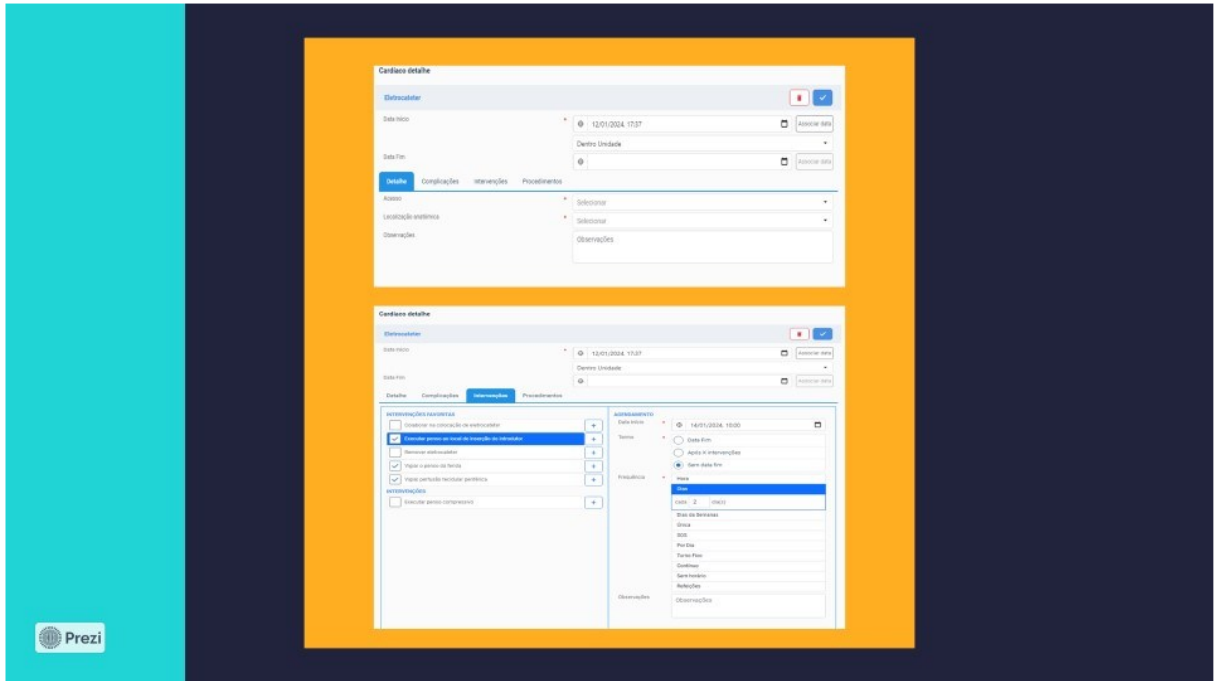
Documentação

- Data e hora;
- Localização anatómica;
- Modalidade e parâmetros do gerador (FC, Sensibilidade, amplitude);
- B-Simple – Cardíacos – *Pacemaker* externo;
- Complicações em caso de ocorrerem;
- Monitorizar parâmetros do gerador de *pacemaker*;
- Vigiar local de inserção;
- Otimizar *pacemaker* externo;
- Vigiar penso.

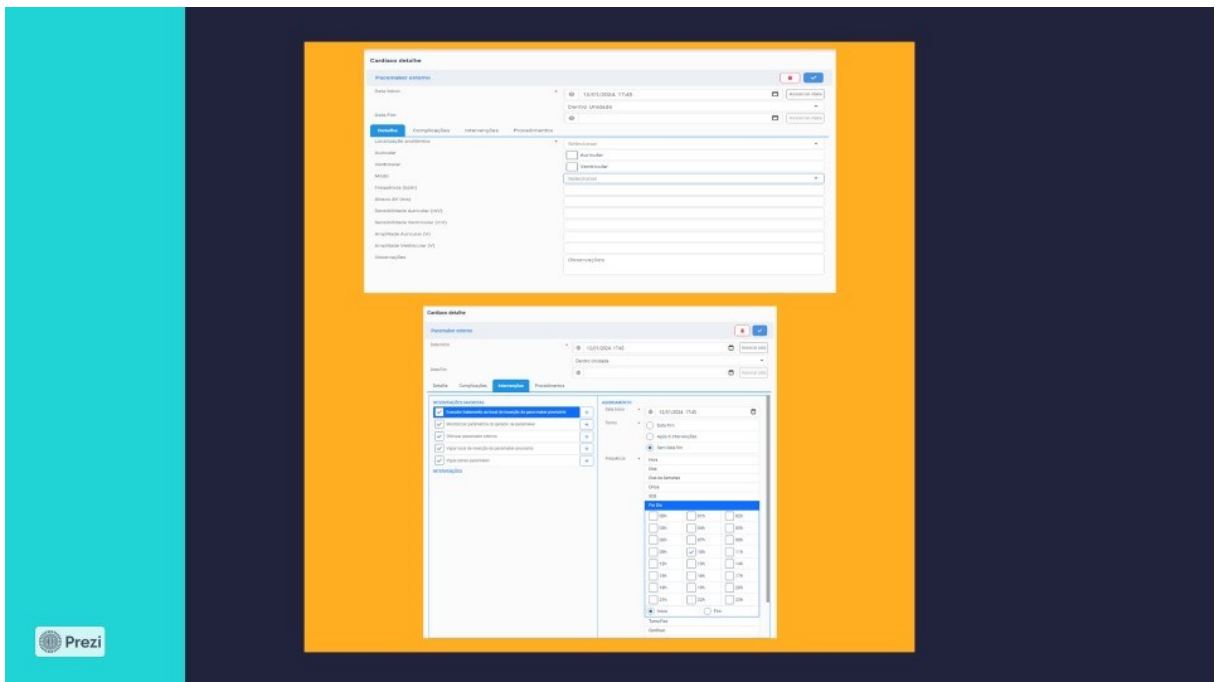
Pacemaker
externo

Eletrocater





Prezi



Prezi

Conclusão

- É importante conhecer o *pacemaker* provisório para saber lidar com os problemas que podem surgir, perceber qual a causa da falha de funcionamento do dispositivo, sabendo que alguns podem levar à PCR;
- É um procedimento provisório e deve ser retirado logo que possível;
- O enfermeiro, como Profissional de saúde que mais tempo passa a cuidar da Pessoa, é quem está mais desperto para despistar precocemente sinais de alerta e agir na prevenção de complicações.

Referências Bibliográficas



Referências Bibliográficas

- Alves, J. (2018). Revisão da anatomia cardíaca e sistema elétrico de condução. XXXV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas. Consultado em https://itarget.com.br/newclients/sobrachome.org/home/wp-content/uploads/videos/precon/2018/arritmias/pdf/2018_11_22/Revisão%20da%20anatomia%20cardíaca%20e%20sistema%20elétrico%20de%20condução%20-14h10-14h30_Jade%20Pacheco.pdf;
- Humberto, Autor & Morais, Humberto. (2007). Pacemaker Provisório. Anais do Hospital Militar Principal/Instituto Superior. An HMP/IS. 25-30;
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. Consultado em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>;
- Sociedade Portuguesa Cardiologia.(2021) Pacing Cardíaco – Recomendações sobre pacing cardíaco e terapêutica de ressincronização cardíaca. ESC. Consultado em https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/2023/03/Pockets-Pacing-Cardíaco_-_versao-definitiva_compressed.pdf.



APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem I

Introdução

Com o intuito de consolidar e refletir sobre os conhecimentos adquiridos durante o estágio, foi proposta a elaboração de um Jornal de aprendizagem no âmbito da unidade curricular de estágio clínico, do segundo semestre, do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2022/2023, da Escola Superior de Saúde Egás Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Vanessa Antunes.

Este Jornal de aprendizagem tem como metodologia o ciclo reflexivo de Gibbs, que tem como base uma metodologia reflexiva sobre a prática, estabelecendo relações entre os conteúdos práticos e teóricos.

É um registo de situações vividas/experienciadas, e reflexão sobre as mesmas, nomeadamente os pensamentos e sentimentos vividos. Centrado na pessoa/família e no enfermeiro e nos cuidados prestados.

O tema escolhido foi a Triagem de Manchester/Via Verde AVC e o turno efetuado neste posto de trabalho do serviço de urgência.

1 - DESENVOLVIMENTO

1.1 - Descrição:

Nesta etapa é descrito o evento, de forma simples e sem juízos de valor, dando resposta à questão o que aconteceu? (Gibbs 2013)

Turno efetuado na triagem.

Pessoa trazida pelos bombeiros com indicação de via verde de AVC, à chegada ao serviço de urgência foi imediatamente triada, tendo se constatado que existia desvio da comissura labial, afasia e diminuição da força muscular à direita.

Sendo dada informação pelos bombeiros que o quadro se iniciara há 2 horas.

Ativada pelo Enfermeiro da triagem a Via Verde de AVC, sendo a Pessoa triada com uma pulseira laranja, e encaminhada para a sala de reanimação.

Na sala de reanimação foi monitorizada e rapidamente avaliada pela Neurologia, confirmando-se a via verde AVC, após análise do estado geral da Pessoa, bem como da história clínica e antecedentes pessoais. Rapidamente foi feito contacto com a imagiologia, tendo sido feito o transporte da Pessoa para a realização de Angiotac, que confirmou o diagnóstico de AVC isquémico.

Posteriormente à realização do exame, regressou novamente à sala de reanimação, onde foi dada indicação para iniciar trombólise com Alteplase.

Após início da trombólise e como se tratava de um grande vaso cerebral ocluído, foi encaminhada para a sala de angiografia para proceder a trombectomia endovascular.

1.2 - Pensamentos e sentimentos:

Descrição dos sentimentos e reações vivenciadas face à situação descrita, sem os analisar, dando resposta à questão: Quais foram as minhas reações/sentimentos? (Gibbs 2013)

Durante esta situação, o primeiro sentimento foi de entusiasmo, mas ao mesmo tempo apreensão. Entusiasmo, porque finalmente, após algumas horas desde que o turno se tinha iniciado na triagem, aconteceu uma situação de verdadeira emergência, uma vez que até aí,

todas as situações triadas apenas tinham gerado um sentimento de impotência perante tanta afluência de Pessoas com situações não urgentes (pulseiras verdes e azuis), muitas delas que poderiam ser resolvidas pelo recurso aos cuidados de saúde primários. Apreensão, porque era a primeira situação de Via Verde de AVC e não sabia se os meus conhecimentos eram adequados para a prestação de cuidados a este tipo de Pessoas.

Após o desenrolar de toda a situação senti satisfação, porque todos os timings foram cumpridos, os cuidados prestados foram os mais adequados culminando com o encaminhamento final à sala de angiografia para trombectomia.

Por outro lado, ao refletir sobre a situação percebi que as informações aos familiares foram negligenciadas e o acompanhamento dos mesmos pouco efetivo. As informações clínicas foram fornecidas apenas após o encaminhamento à sala de angiografia, provocando em mim um sentimento de frustração por não ter sido dado mais apoio aos familiares da Pessoa.

1.3 - Avaliação:

Aqui pretende-se a descrição do que foi positivo e negativo na experiência vivenciada, elaborando julgamentos que permitam dar resposta à questão: O que foi bom e mau na experiência? (Gibbs 2013)

Como aspeto positivo, foi uma experiência nova, que permitiu conhecer como é feita a triagem de Manchester na realidade, bem como o acompanhamento desde a entrada no serviço até ao local de melhor tratamento (Gold Standart) de uma pessoa com critérios de Via Verde de AVC. Foi possível aplicar os conhecimentos teóricos aprendidos durante as aulas e verificar a importância de cumprir os tempos estipulados para cada fase do tratamento.

De negativo, há a salientar que no meio da azafama e da importância dada ao cumprimento dos tempos de intervenção, a comunicação com a família ficou para segundo plano e de certa forma negligenciada.

1.4 - Análise:

Com esta etapa, pretende-se encontrar sentido nas experiências, juntando ideias e pensamentos às vivências. Dando resposta à questão: Que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs 2013)

Implementada em Portugal desde o ano 2000, enquanto instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de serviço de urgência, a triagem de Manchester permite identificar uma prioridade clínica, com posterior alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada.

O método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o fluxograma de decisão (no total 52 que podem abranger situações clínicas possíveis). A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min). (Grupo Português de Triagem 2011)

A Triagem deve ser feita rapidamente com perguntas fáceis, onde é valorizado para além da resposta verbal, a resposta não verbal e o que é observado no fáceis e postura, linguagem não verbal da pessoa e família.

Segundo a DGS (2015) a triagem permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes. A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. (Grupo Português de Triagem 2009)

Ainda segundo a DGS (2012) Vias Verdes são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico.

A filosofia subjacente às Vias Verdes é inteiramente consentânea com a da Triagem de Manchester e esta, ao identificar o risco e ao preconizar a subsequente sistematização do circuito do doente, defende a existência das primeiras. (Grupo Português de Triagem 2011)

Foi instituída, em 2006, a Via Verde AVC com o intuito de diminuir o tempo desde o início dos sintomas até à avaliação clínica e desta até à realização de fibrinólise, se indicada.

Na experiência vivenciada a Pessoa foi rapidamente triada após a chegada com os bombeiros e atribuída uma prioridade elevada (pulseira laranja, atendimento médico em 10 min). Foi encaminhada à sala de reanimação, tendo sido cumpridas todas as recomendações do National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) que apontam no sentido de que o tempo

decorrido desde a entrada do doente no hospital até à avaliação clínica por um especialista não seja superior a 10 minutos; o tempo até à conclusão da TAC não ultrapasse os 45 minutos; e que o total de tempo entre a chegada do doente ao hospital e a realização de fibrinólise não seja superior a 60 minutos.

De acordo com o mesmo instituto o tratamento fibrinolítico no acidente vascular cerebral isquémico agudo, deve ser iniciado nas 3 horas subsequentes ao início dos sintomas de acidente vascular cerebral e após exclusão de hemorragia intracraniana, recorrendo a técnicas de imagiologia adequadas, o que foi feito após realização de Angiotac e confirmação de não existência de hemorragia intracraniana.

O tempo até ao encaminhamento da Pessoa à sala de angiografia foi o preconizado, uma vez que a Trombectomia Mecânica, quando indicada deve ser realizada até 6h desde o início dos sintomas e constitui o tratamento de eleição no caso de obstrução de grandes vasos. (Stroke Foundation 2017).

1.5 - Conclusão:

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

A Triagem é um processo complicado, que implica muito conhecimento, do algoritmo de triagem, bem como da interpretação dos sinais e sintomas.

Um local onde o Holismo é deixado um pouco de parte são valorizadas as queixas imediatas e o motivo da recorrência no momento ao SUG, para que possam ser dadas as prioridades corretas. Um pouco ao contrário do que acontece em internamento, onde é privilegiada a relação e tentativa de estabelecer empatia com a pessoa/família.

A intervenção do enfermeiro na triagem, após a ativação da Via Verde intra-hospitalar, é fundamental no sucesso de todo o processo. A abordagem deve ser rápida, responsável e metódica que permita uma intervenção célere de toda a equipa multidisciplinar para garantir a qualidade dos cuidados à Pessoa com AVC.

1.6 - Planeamento da ação:

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

Os cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa em situação crítica foram os adequados à situação vivenciada, tendo sido cumpridos todos os critérios preconizados para este tipo de situações (Via Verde de AVC), e as medidas terapêuticas também foram as mais indicadas. No entanto deve ser dado mais ênfase ao acompanhamento da família e garantir que os familiares são informados da situação clínica da Pessoa o mais precocemente possível.

De acordo com a OE (2018) o EEMC deve gerir a comunicação que fundamenta a relação terapêutica com a família/cuidador, face à situação de alta complexidade do estado de saúde do seu ente querido. Deve também assistir a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença.

Na situação vivenciada as informações prestadas à família foram dadas apenas após o encaminhamento da Pessoa à sala de Angiografia. Numa situação futura deve haver a preocupação de providenciar acompanhamento e transmissão das informações pertinentes ao familiar/cuidador da pessoa em situação crítica.

Numa situação futura o apoio à família que vivencia o processo de transição e adaptação saúde/doença decorrente de uma situação complexa como a descrita deverá ser feito de forma mais eficaz.

2 - CONCLUSÃO

A experiência apresentada foi analisada segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs, permitindo uma reflexão estruturada da situação vivenciada.

Pretende-se com esta reflexão centrada na prática profissional, o desenvolvimento das competências essenciais para uma boa prática de cuidados de enfermagem.

Assim, considero que a reflexão permitiu uma sistematização dos conteúdos teóricos e práticos, tornando-me mais crítico em relação à minha prestação de cuidados desenvolvendo a minha tomada de decisão mais consciente e fundamentada.

Permitiu também desenvolver o meu autoconhecimento e a consciência que tenho de mim enquanto enfermeiro e como pessoa, gerindo melhor a minha capacidade de adaptação às diferentes situações e reconhecer onde posso melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campbell, B., et al. (2015). Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *The New England Journal Of Medicine*, 372(11), 1009-1018
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Norma 002/2015 de 06/03/2015 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Norma 015/2017 de 13/07/2017 – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2012) Relatório. 2012-02-10. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (1ª ed.). Oxford Brooks University: Creative Commons
- Grupo Português de Triagem (2009): Implementação da Triagem de Manchester em Portugal.
- Grupo Português de Triagem (2011): O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes.
- <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wpcontent/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, II série – nº 135, Lisboa.
- Pazuello, G. B. (2019). Trombectomia para tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo causado por oclusões do segmento m2 da artéria cerebral média. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/D.17.2020.tde-18082020-215725. Recuperado em 2023-07-07, de www.teses.usp.br
- Stroke Foundation (2017). *Clinical Guidelines for Stroke Management 2017*. Stroke Foundation: Melbourne, Australia

APÊNDICE VI – Jornal de Aprendizagem II

INTRODUÇÃO

Com o intuito de consolidar e refletir sobre os conhecimentos adquiridos durante o estágio, foi proposta a elaboração de um Jornal de aprendizagem no âmbito da unidade curricular de estágio clínico, do primeiro semestre, do segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do ano letivo 2023/2024, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Vanessa Antunes.

Este Jornal de aprendizagem tem como metodologia o ciclo reflexivo de Gibbs, que tem como base uma metodologia reflexiva sobre a prática, estabelecendo relações entre os conteúdos práticos e teóricos.

É um registo de situações vividas/experenciadas, e reflexão sobre as mesmas, nomeadamente os pensamentos e sentimentos vividos, centrado na pessoa/família e no enfermeiro e nos cuidados prestados.

O tema escolhido foram as vivências do primeiro dia de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

DESENVOLVIMENTO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Nesta etapa é descrito o evento, de forma simples e sem juízos de valor, dando resposta à questão o que aconteceu? (Gibbs 2013)

Vivências no primeiro dia de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Ao chegar ao local de estágio pela primeira vez e no primeiro contato com a Pessoa a quem ia prestar cuidados, rapidamente percebi que não estava num ambiente onde consigo controlar praticamente todas as variáveis e onde me consigo movimentar com à vontade.

A Pessoa estava sedada e curarizada, com um score de Glasgow 3, uma escala de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) menos 5, com monitorização do estado de consciência com um monitor de BIS (índice bispetral) entubada e ventilada em modalidade de PRVC (Pressão regulada e volume controlado), curarizada com Cisatracurium e sedo-analgesiada com Remifentanil e Propofol.

Numa cama com imensas potencialidades, desde articulações em vários ângulos e sentidos e um colchão de pressão alternada mecânico, onde até a pressão do mesmo é controlável.

Estava perante uma Pessoa em situação crítica com meios avançados de monitorização vigilância e tratamento, mas pela primeira vez com meios de monitorização e tratamento com os quais nunca tinha tido contacto.

AVALIAÇÃO

Aqui pretende-se a descrição do que foi positivo e negativo na experiência vivenciada, elaborando julgamentos que permitam dar resposta à questão: O que foi bom e mau na experiência? (Gibbs 2013)

Como aspetos positivos tenho a referir que é benéfico sentir a necessidade de atualização permanente de conhecimentos, as técnicas utilizadas estão em constante evolução e os conhecimentos científicos sempre a serem atualizados.

A forma como fui recebido pelos profissionais do serviço também foi muito acolhedora, fizeram-me sentir à vontade e mostraram disponibilidade para ajudar em tudo o que fosse necessário.

De negativo tenho a salientar a minha falta de preparação para o ambiente que ia encontrar e a complexidade de cuidados que me era exigida naquela situação. Embora também considere que apesar da boa preparação académica e de conhecimentos que possa ter, há situações em que só vivenciando as experiências é que sabemos se estamos ou não à altura de satisfazer as necessidades de cuidados que a Pessoa precisa.

Por outro lado, a UCIP tem um ambiente repleto de sistemas e meios de monitorização em que é necessário estar bem familiarizado com o funcionamento dos diversos monitores, e isso só acontece após alguns dias de contato com os mesmos.

ANÁLISE

Com esta etapa, pretende-se encontrar sentido nas experiências, juntando ideias e pensamentos às vivências. Dando resposta à questão: Que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs 2013)

Segundo a (OE 2018), o Enfermeiro Especialista deve prestar cuidados à pessoa em situação emergente agindo na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Deve basear a sua atuação e tomada de decisão em escalas de avaliação validadas.

Em contexto de cuidados intensivos, com Pessoas sedadas e curarizadas, a escala de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale), é utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de uma Pessoa que necessite de cuidados críticos ou esteja em agitação psicomotora, tem 10 níveis, pontuação zero refere-se à pessoa alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação (até -5),

níveis superiores significam que a pessoa apresenta algum grau de agitação (até 4) (anexo I)

Outro dos parâmetros utilizados para avaliar o grau de sedação/hipnose da Pessoa é o sensor de BIS. O monitor de BIS recorre a parâmetros de eletroencefalografia e eletromiografia e é utilizado para avaliar o nível de sedação da pessoa em situação crítica. A monitorização do BIS está correlacionada com a avaliação da escala de RASS, no entanto a primeira está indicada nas situações de sedação mais profunda (Oliveira, Bernardo & Nunes, 2017).

Os benefícios deste tipo de monitorização são a diminuição das complicações por doses excessivas/insuficientes de medicação sedativa/anestésica e detetar precocemente a necessidade de alterações nestas mesmas medicações a fim de aumentar a segurança e satisfação da Pessoa (Oliveira, Bernardo & Nunes, 2017).

Em relação à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), é uma terapêutica de suporte de vida da Pessoa em situação crítica cuja função respiratória se encontra comprometida, a qual exige a colocação de um tubo oro traqueal, uma máscara laríngea ou uma traqueostomia que ultrapasse as vias aéreas superiores, visando a melhoria da oxigenação e da mecânica pulmonar (Courey & Hyzy, 2015).

Existem inúmeras modalidades ventilatórias, que se dividem entre assistidas e controladas, pela pressão ou pelo volume, sendo o fluxo e o tempo outras variáveis também a ter em conta. Nas modalidades assistidas a Pessoa tem estímulo inspiratório e desencadeia o ciclo respiratório, sendo apenas assistida pelo ventilador. Nas modalidades controladas a Pessoa não tem estímulo inspiratório e é o ventilador a desencadear o ciclo respiratório.

Tem como objetivos, reverter a hipoxemia através de uma ventilação/oxigenação adequadas. Reverter a acidemia respiratória, através do equilíbrio ácido/base, normalizando o ph e reduzindo o esforço respiratório. Otimizar o volume pulmonar evitando pressões elevadas no espaço pulmonar ou a nível sistémico.

Como se trata de um procedimento invasivo, onde habitualmente a Pessoa está sedada, os mecanismos de defesa pulmonar estão diminuídos, podendo estar presentes várias complicações. A mais frequente é a Pneumonia associada à intubação, mas existem muitas outras como, o risco de aspiração, por incapacidade de eliminação das secreções, risco aumentado de infeção, trauma da mucosa oral, nasal ou traqueia. Complicações cardiovasculares por aumento da pressão intratorácica e diminuição do retorno venoso, podendo levar a diminuição do débito cardíaco e hipotensão. Gástricas, com aumento da distensão gástrica. Renais e Neurológicas com aumento da pressão intracraniana.

Dadas todas estas possíveis complicações, é muito importante que haja uma monitorização e vigilância criteriosa destas Pessoas, sinais vitais, estado de consciência, adaptação pessoa-ventilador, e a utilização das escalas que já foram referidas anteriormente.

Segundo a OE (2018) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tem um papel muito importante na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. A Pessoa descrita neste jornal está dependente de meios avançados de monitorização e tratamento para a sua sobrevivência, necessitando de cuidados de enfermagem atempados, diligentes e prestados de forma holística.

Ainda segundo a OE (2018) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deve maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção. Nos cuidados prestados a esta Pessoa, o risco de infeção é acrescido, a complexidade e diferenciação dos cuidados muito grande, dadas as muitas medidas invasivas presentes, razão pela qual devem ser demonstrados conhecimentos das diretivas emanadas pelas comissões de controlo de infeção, devem ser monitorizadas, registadas e avaliadas as medidas de controlo de infeção adotadas.

Neste sentido a DGS emitiu em 2016 e reviu em 2022 um conjunto de medidas e procedimentos que devem ser adotados em simultâneo no sentido de diminuir a Pneumonia associada à Intubação. Esta norma define cuidados relacionados com o tubo oro traqueal ou traqueostomia, aspiração de secreções, higiene oral, mobilização e

posicionamento da Pessoa, otimização do ventilador e circuito ventilatório, e desmame ventilatório e extubação.

CONCLUSÃO

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

Posso concluir que apesar dos sentimentos de insegurança que vivenciei no primeiro dia de estágio, com o passar do turno, pude verificar que existem princípios de boas práticas que devem ser sempre adotados independentemente das situações, tais como as precauções básicas em controlo de infeção, a preparação segura da medicação, a passagem de informação pela metodologia ISBAR, tudo conhecimentos que estavam bem presentes.

No entanto pude também refletir sobre a importância da contínua atualização de conhecimentos e procura das práticas baseadas na evidência mais recentes, de forma a prestar cada vez melhores cuidados de enfermagem.

De acordo com a OE (2018) o EEEMC deve gerir a comunicação que fundamenta a relação terapêutica com a família/cuidador, face à situação de alta complexidade do estado de saúde do seu ente querido. Deve também assistir a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença.

Posto isto, rapidamente pude perceber que as dificuldades na comunicação com a Pessoa, podiam ser de certa forma ultrapassadas através da interação com os familiares presentes na visita, e as competências que me são reconhecidas em termos de comunicação, aplicadas às necessidades dos familiares da Pessoa internada.

PLANEAMENTO DA AÇÃO

Nesta última etapa, pretende-se a projeção do acontecimento num futuro próximo, incentivando o estudante a refletir sobre a sua ação e os passos a seguir caso se

confronte novamente com esta situação, respondendo à pergunta: O que devo fazer caso a situação ocorra novamente? (Gibbs 2013)

Após esta reflexão, penso que, apesar de inicialmente não estar preparado para a situação que ocorreu, dificilmente poderia ser de outra forma. Uma vez que só chegado ao local de estágio pude ter contato com os cuidados que eram prestados à pessoa internada.

Após a pesquisa bibliográfica efetuada e os conhecimentos técnicos e teóricos transmitidos pela Enfermeira orientadora do estágio, penso estar melhor preparado no sentido de adquirir as competências necessárias para prestar cuidados de qualidade à Pessoa em situação crítica, Sedada, Curarizada e Ventilada na UCIP. Embora tenha perfeita consciência que ainda tenho muito a aprender e um longo caminho a percorrer.

CONCLUSÃO

A experiência apresentada foi analisada segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs, permitindo uma reflexão estruturada da situação vivenciada.

Pretende-se com esta reflexão centrada na prática profissional, o desenvolvimento das competências essenciais para uma boa prática de cuidados de enfermagem.

Assim, considero que a reflexão permitiu uma sistematização dos conteúdos teóricos e práticos, tornando-me mais crítico em relação à minha prestação de cuidados desenvolvendo a minha tomada de decisão mais consciente e fundamentada.

Permitiu também desenvolver o meu autoconhecimento e a consciência que tenho de mim enquanto enfermeiro e como pessoa, gerindo melhor a minha capacidade de adaptação às diferentes situações e reconhecer onde posso melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreas Nilsson, Lena Nilsson, Thomas Schnider, Eva Uustal, Folke Sjöberg *Open Journal of Anesthesiology* Vol.5 No.6, June 24, 2015 DOI: [10.4236/ojanes.2015.56023](https://doi.org/10.4236/ojanes.2015.56023)

Courey, A., & Hyzy, R. (2015). Overview of mechanical ventilation. Retrieved May 20, 2003, from http://www.uptodate.com/contents/overview-of-mechanical-ventilationsource=search_result&search=mechanical+ventilation&selectedTitle=1~150

Direção Geral da Saúde (DGS). (2022). Norma 021/2015 atualizada a 17/02/2022. “Feixes de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. Lisboa: DGS.

Gibbs, G. (2013). Learning by doing. (1ª ed.). Oxford Brooks University: Creative Commons

Hickey SM, Giwa AO. Mechanical Ventilation. [Updated 2023 Jan 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539742/>

<https://www.portalenf.com/2017/03/escala-agitacao-sedacao-richmond-rass/>

Oliveira, C. R. D, Bernardo, W. M. & Nunes, V. M. (2017). Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67 (1), 72-84. Doi: 0.1016/j.bjane.2015.09.001

Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, II série – nº 135, Lisboa.

ANEXOS

Richmond Agitation Sedation Scale – RASS

Pontuação – pontuação zero refere-se à pessoa alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que a pessoa apresenta algum grau de agitação.

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo; violento; risco para a equipa.
3	Muito Agitado	Conduta agressiva; puxa ou remove tubos ou cateteres; agressivo verbalmente.
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes; desadaptado do ventilador.
1	Inquieto	Intranquilo; ansioso; sem movimentos ansiosos ou agressivos.
0	Alerta e calmo	Alerta; calmo.
-1	Sonolento	Adormecido; facilmente despertável; mantém contacto visual por mais de 10 segundos.
-2	Sedação Leve	Despertar precoce ao estímulo verbal; mantém contacto visual por mais de 10 segundos.
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contacto visual.
-4	Sedação Intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico).
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Fonte (adaptado de): <https://www.portalenf.com/2017/03/escala-agitacao-sedacao-richmond-rass/>

Anexo I

**APÊNDICE VII – Póster “Imobilização total da coluna
vertebral – Prática Baseada na Evidência ou Tradição”**



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

Ana Teresa Martins¹, Fernando Moisés Parente¹, Rita Figueiredo²
¹Enfermeiros no Serviço de Cardiologia e Unidade Cuidados Coronários do Hospital Garcia de Orta;
²Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Garcia de Orta



Imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma: prática baseada na evidência ou tradição

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De modo a garantir a imobilização da coluna e o transporte da vítima de trauma, o plano duro e o colar cervical têm sido os instrumentos mais utilizados englobando ainda a aplicação de dois estabilizadores laterais da cabeça e uma fixação ao plano duro com cintos². Este método mencionado na literatura como o método tradicional³. Apesar de concebidos apenas para procedimentos de extração e desencarceramento, o seu uso não se limita às vítimas com suspeita de lesão vértebro-medular traumática, sendo adotado sem discriminação em todas as vítimas de trauma.

OBJETIVO

Sensibilizar os profissionais de saúde para:

- Os efeitos da estabilização da coluna vertebral na vítima de trauma no pré-hospitalar
- A eventual necessidade de remoção destes dispositivos mais rápido possível em contexto hospitalar

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da evidência mais recente e das orientações a nível internacional

RISCUROS

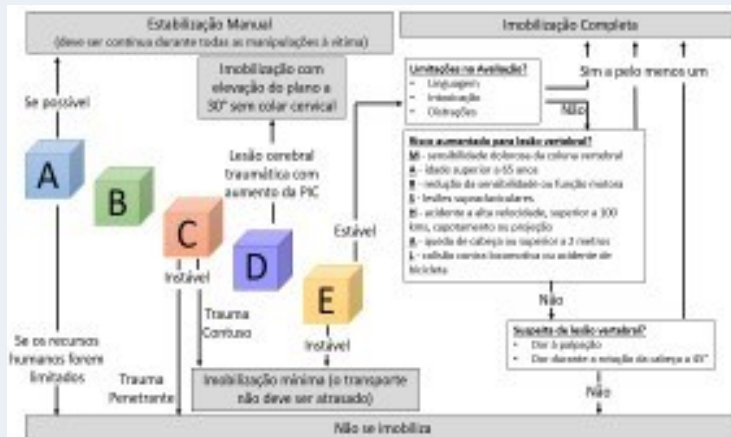


Figura 1 - Adaptado de E.M.S. IMMOProtocol (Kreinst et al., 2016)

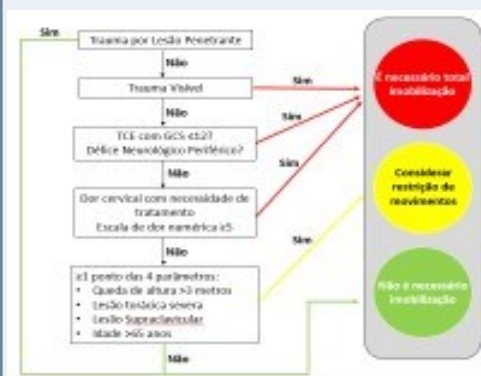


Figura 2 - Adaptado de The Immotraffic light system (Häske et al., 2022)

A maca de vácuo surge como um método recomendado para o transporte, apesar de não ser rígido o suficiente para a extração, foi comprovada a sua eficácia igual ou superior na estabilização da vítima de trauma, quando comparado com o plano duro.⁷

O vácuo permite que a maca se molde à forma da pessoa.⁷

A intervenção do enfermeiro especialista à pessoa vítima de trauma começa no pré-hospitalar, sendo que a sua atuação e visão permite delinear um plano estratégico de forma a maximizar as potencialidades dos dispositivos de imobilização e evitar todas as complicações que advêm destes dispositivos

Complicações da Imobilização

Permeabilização da Via Aérea⁴

Limitação da Função Ventilatória⁵

Aumento da Pressão Intracraniana⁶

Dor⁷

Úlceras de Pressão¹

Aumento dos exames pedidos⁸

Aumento do tempo no pré-hospitalar³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CONCLUSÃO

- A prática de imobilização de pessoas vítimas de trauma não é isenta de riscos
- De forma a evitar as complicações que advêm desta prática, o uso do plano duro e o colar cervical rígido, deve ser criterioso e refletido;
- É fundamental a criação e implementação de protocolos que ajudem na tomada de decisão da imobilização uma vez que a decisão de imobilização requer dispêndio de tempo e atraso no transporte da pessoa à unidade hospitalar

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de apresentação de póster



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Fernando Moisés Parente

participou como autor no póster

Imobilização total da coluna da pessoa vítima de trauma: prática baseada na evidência ou tradição

apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 que
decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, no Instituto Politécnico de Setúbal –
Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pe' A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel



Pe' A Comissão Científica

Paulo J. Marques Monteiro

Paulo J. Marques Monteiro



ANEXO II – Certificado de formação em serviço



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Fernando Moisés Parente

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023,
que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16
horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pe' A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE

João José Santos Fernandes

João José Santos Fernandes