



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**O Doente Cirúrgico de Alto Risco:
Intervenção de Enfermagem Especializada.**

Hélio Rodrigo Marques Correia

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**O Doente Cirúrgico de Alto Risco:
Intervenção de Enfermagem Especializada.**

Hélio Rodrigo Marques Correia

Orientadora: Professora Maria Cândida Durão

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

“Understanding technology as a human way to know a patient more fully as a person is the expression of the harmonious relationship between machine technology and caring in nursing”.

Locsin (1995, p. 202)

DEDICATÓRIA

Ao Dinis e à Julieta, por todos os momentos que não consegui estar presente...

À Carla por todo o apoio, ajuda, incentivo e compreensão ao longo desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A todos os doentes e profissionais de saúde que me ajudaram a ser o enfermeiro
que sou hoje;

Aos meus colegas do dia-a-dia;

Às minhas Chefias de serviço pela ajuda e colaboração;

Aos meus colegas do 8º Curso de mestrado pelos momentos de partilha,
colaboração e apoio. Que grupo de pessoas fantásticas...

À Senhora Professora Cândida Durão, pela sua experiência, exigência, paciência e
disponibilidade;

Aos meus orientadores de estágio, o Srº Enf. Filipe Órfão e a Srª Enf. Joana Santos,
pela sua dedicação, disponibilidade, apoio e partilha;

Aos meus Pais por toda a ajuda, apoio e encorajamento, por acreditarem tanto ou
mais do que eu... esta etapa também é vossa;

À Carla, ao Dinis e à Julieta...

Muito Obrigado.

RESUMO

A população cirúrgica tem vindo a aumentar nos últimos anos e, proporcionalmente, o número de doentes admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em contexto de pós-operatório também tem aumentado. Importa então conhecer, perceber e identificar quem são estes doentes que necessitam de cuidados altamente diferenciados, onde as intervenções especializadas de enfermagem podem ser preponderantes.

O Doente Cirúrgico de Alto Risco (DCAR) pode ser definido como o indivíduo ou grupo de indivíduos que, pela agressão cirúrgica, natureza da intervenção e comorbilidades que possam estar presentes, poderão apresentar predisposição para maior morbidade ou mortalidade. Estes fatores, de forma isolada ou por combinação entre eles, poderão predispor para maior risco de vida devido à limitação da reserva fisiológica do doente.

Com o objetivo de desenvolver conhecimentos e competências na área temática do DCAR e da Pessoa em Situação Crítica (PSC) realizei estágio em dois contextos distintos: UCI e Serviço de Urgência Polivalente – Centro de Trauma. Todo o percurso realizado teve por base o modelo de Dreyfus de aquisição e desenvolvimento de competências adaptado por Benner (2001) à prática de enfermagem, onde a experiência prévia e o domínio das capacidades transformam a competência, permitindo uma prestação de cuidados de excelência. O pensamento de enfermagem que sustentou a minha prática ao longo dos estágios foi a teoria de *Nursing as Caring* e o *Technological Competency as Caring in Nursing*.

Com este relatório pretende-se analisar e refletir sobre as atividades realizadas no decorrer dos Ensinos Clínicos que permitiram atingir os objetivos propostos do curso de mestrado em enfermagem à PSC, os descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, e as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da PSC.

Palavras chave: Pessoa em Situação Crítica, Doente Cirúrgico de Alto Risco, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

The surgical population has been increasing in recent years and, proportionally, the number of patients admitted to the intensive care unit in the postoperative context has also increased. Therefore, it is important to know, understand and identify who are these patients who need highly differentiated care, where specialized nursing interventions can be paramount.

High Risk Surgical Patients can be defined as the individual or group of individuals who, due to the surgical aggression, nature of the intervention and comorbidities that may be present, can be predisposed to greater morbidity or mortality. These factors, alone or in combination with them, may predispose to greater risk of life due to the limitation of the patient's physiological reserve.

In order to develop knowledge and skills in the thematic area of the High Risk Surgical Patients and the Critically ill patients i did an internship in two different contexts: intensive care unit and emergency room service - trauma center. The entire course was based on the Dreyfus model of competency acquisition and development adapted by Benner (2001) to nursing practice, where previous experience and mastery of skills transform competence, enabling the provision of excellent care. The nursing thinking that underpinned my practice throughout the internships was Nursing as Caring theory and Technological Competence as Caring in Nursing.

The purpose of this report is to analyze and reflect on the activities carried out during the internships that allowed me to achieve the proposed objectives of the master's degree course in nursing at Critically ill patients, the Dublin descriptors for the 2nd cycle of studies, and the common and specific competences of specialist nurse in the field of Critically ill patients.

Keywords: Critically ill patients, High Risk Surgical Patients, nursing interventions.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

BO – Bloco Operatório;

bpm – batimentos por minuto;

CDE – Código Deontológico em Enfermagem;

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

DCAR – Doente Cirúrgico de Alto Risco;

DGS – Direção-Geral da Saúde;

EC – Ensino Clínico;

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

ERR – Equipa de Resposta Rápida;

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

MCD – Meios Complementares de Diagnóstico;

MEWS – Modified Early Warning Scale;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PAI – Pneumonia Associada à Intubação;

PCR – Paragem Cardiorrespiratória;

PDA – Personal Digital Assistants;

PSC – Pessoa em Situação Crítica;

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

RIL – Revisão Integrativa da Literatura;

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica;

SMI – Serviço de Medicina Intensiva;

SO – Serviço de Observações;

SU – Sala de Observações;

SUP – Serviço de Urgência Polivalente;

TAC – Tomografia Axial Computorizada;

TET – Tubo Endotraqueal;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. CUIDAR DO DOENTE CIRÚRGICO DE ALTO RISCO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA	23
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	35
2.1. Ensino Clínico em Unidade de Cuidados Intensivos.....	37
2.2. Ensino Clínico em Serviço de Urgência.....	51
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II – Notas das visitas aos vários contextos clínicos

Apêndice III – Objetivos específicos e atividades do ensino clínico em
Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice IV – Objetivos específicos e atividades do ensino clínico em
Serviço de Urgência

Apêndice V - Cronograma

ANEXOS

Anexo I – Protocolo Via Verde Trauma

Anexo II – Folha de Registo de Trauma

Anexo III – Folha de Registo Trauma/Doente Queimado

Anexo IV – Programa do 1º Congresso do SMI do HFF (2018)

Anexo V – Programa do 2º Congresso do SMI do HFF (2019)

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no terceiro semestre do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi realizado o presente relatório de estágio que visa descrever e analisar o percurso efetuado para o desenvolvimento e aquisição de competências para a obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC).

O percurso desenvolvido foi delineado no decorrer do segundo semestre com a realização do projeto de estágio com relatório, que permitiu organizar um trajeto de formação e desenvolvimento pessoal e profissional de competências, que se encontram definidas no plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem à PSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o segundo ciclo de formação (Direcção-Geral do Ensino Superior, 2008), as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (Ordem dos enfermeiros, 2018, 2019). Como referencial, foi utilizado o modelo de Dreyfus, adaptado à enfermagem por Benner (2001) onde a interação da experiência prévia com o conhecimento e domínio das capacidades foram extremamente importantes para a obtenção e desenvolvimento de competências, visando o desenvolvimento de competências numa perspetiva evolutiva e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para conseguir adquirir e desenvolver essas competências direcionadas para a prestação de cuidados à PSC, realizei um projeto sobre o qual assenta todo o percurso desenvolvido, com o seguinte título: **O doente cirúrgico de alto risco: intervenção de enfermagem especializada**. A escolha deste tema surge no contexto de um interesse pessoal/profissional, pois desde 2007 que a minha área de intervenção profissional é em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos.

Além dos anos de experiência é uma área do meu agrado/gosto pessoal e, independentemente do meu tempo de exercício, continuo a sentir a necessidade de melhorar conhecimentos e competências específicas nesta área. O desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista vai possibilitar melhorar o meu desempenho de forma a atingir a excelência na prestação de cuidados, pois, a grande maioria dos doentes que após o procedimento cirúrgico são admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde exerço funções, podem ser incluídos no grupo designado Doente Cirúrgico de Alto Risco (DCAR). Este, encontra-se em situação crítica devido à disfunção fisiológica que pode estar presente, necessitando de perícia e agilidade de procedimentos na sua vigilância e tratamento, onde a intervenção especializada de enfermagem é preponderante (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

O DCAR pode ser definido como o indivíduo ou grupo de indivíduos que apresentam uma maior predisposição para morbidade ou mortalidade após a cirurgia, nos quais, a agressão provocada por esta, associada a diferentes fatores como comorbidades, a natureza da própria intervenção, ou até mesmo uma combinação destes dois fatores, limitam a reserva/capacidade fisiológica do doente, levando assim à falência de órgão(s) ou de função(s) o que os coloca ainda em maior risco de vida (Elliott, Aitken, Chaboyer, & Australian College of Critical Care Nurses, 2012; Rhodes et al., 2010; The Royal College of Surgeons of England, 2011).

O DCAR apresenta uma mortalidade pós-operatória de curto prazo estimada em 6% para doentes submetidos a cirurgia eletiva e próxima de 30% para aqueles de cirurgia de urgência ou emergência (Minto & Biccard, 2014; Pearse et al., 2012).

Segundo um estudo de coorte de 7 dias, constatou-se que em 1489 doentes submetidos a cirurgia, 103 foram considerados doentes cirúrgicos de alto risco, tendo sido admitidos em UCI (Pearse et al., 2012).

As UCI são unidades complexas destinadas à prestação de cuidados aos doentes críticos, necessitando para tal de um espaço físico específico e recursos humanos diferenciados/especializados, onde as intervenções de enfermagem em muitas situações exigem intervenção especializada, pois os doentes encontram-se a vivenciar uma situação de grande vulnerabilidade/complexidade, onde a prestação de cuidados é baseada em processos de vigilância constante e monitorização contínua,

que revelam ser elementos chave para antecipar e detetar sinais de deterioração, e assim intervir de forma a melhorar os resultados dos doentes (Benner, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Os doentes internados na UCI são bastante dependentes da tecnologia e da relação estabelecida entre esta e a equipa de enfermagem. A tecnologia é uma ferramenta preponderante para a prestação de cuidados permitindo assim otimizar a intervenção de enfermagem, seja através da vigilância ou da avaliação diagnóstica e da monitorização constante, o que revela ser de máxima importância para a manutenção da segurança do DCAR (Benner, 2001; Locsin, 2013).

A tecnologia utilizada na UCI permite otimizar a vigilância do DCAR, sendo esta a primeira forma de defesa dos doentes utilizada pelos enfermeiros, associada à mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas, o que possibilita conhecer melhor a pessoa e desta forma individualizar a prestação de cuidados (Eliete et al., 2014; Funk, 2011; Goldsworthy, Kleinpell, & Williams, 2017; Locsin, 2013).

A competência tecnológica é a demonstração qualificada de intervenções de enfermagem intencionais, deliberadas e autênticas que são realizadas em ambientes que exigem conhecimentos tecnológicos, com o propósito de conhecer as pessoas como um todo. Assim, a tecnologia é utilizada para conhecer a pessoa como ser humano singular, com as particularidades que a caracterizam e que estão em constante mudança (Locsin, 2001, 2005).

A condição em que se encontra a PSC, determina, define e orienta as intervenções de enfermagem, que são cuidados altamente qualificados que respondem às necessidades da pessoa, permitindo a manutenção das funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades e maximizando, se possível, a recuperação (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Na prestação de cuidados à PSC também a sua família/pessoa significativa necessitam da intervenção especializada de enfermagem. O processo de cuidar compreende intervenções visando também a família e os profissionais de saúde. Para Boykin & Schoenhofer (2013) todos os intervenientes são cuidadores, devido à sua virtude de ser humano.

Com o intuito de procurar desenvolver a perícia e competências na prestação de cuidados à PSC foram definidos como objetivos gerais para este percurso:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica – em contexto de SU e UCI;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados em enfermagem ao doente cirúrgico de alto risco e sua família.

Este relatório encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro onde será abordado o conceito de PSC, DCAR e intervenção de enfermagem especializada. O segundo capítulo explicita o percurso e as estratégias de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da UC Estágio com relatório. Será regido segundo o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2017), e pelas normas American Psychological Association (APA) 6th Edition para a realização das referências bibliográficas.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica, doente cirúrgico de alto risco, intervenção de enfermagem especializada.

1. CUIDAR DO DOENTE CIRÚGICO DE ALTO RISCO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

A PSC é aquela que não consegue de forma independente manter-se estável ou que se encontra em situação de deterioração rápida, em que a sua sobrevivência está totalmente dependente dos cuidados avançados de vigilância, monitorização, terapêutica e da tecnologia de suporte. Apresenta um alto risco de vida, que pode ser real ou potencial, por falência de órgão (s) ou de função (Benner et al., 2011; Elliott et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

O termo risco encontra-se associado à presença de uma ameaça ou perigo, fazendo referência para a proximidade de um possível dano, e/ou para a possibilidade de uma ocorrência ou episódio futuro perigoso ou incerto. É implicitamente negativo, encontrando-se associado a perda e não a ganho. A gravidade do risco é subjetiva e depende da perceção individual. Os piores resultados são a morte e as comorbilidades, o que leva a um maior impacto na perceção de risco efetuada por cada um (McConachie, 2002).

Em contexto de cuidados de saúde, a avaliação de risco é realizada tanto para um doente quanto para um grupo de doentes. Esta permite que as opções terapêuticas e as decisões de tratamento sejam as mais adequadas de modo a que se verifique um equilíbrio entre os efeitos adversos e os perigos de uma cirurgia e o potencial sucesso do tratamento. Implícita na avaliação de risco para o indivíduo é a intenção da ação subsequente para alcançar a redução de risco, mas nem sempre isso é alcançável. O risco em doentes cirúrgicos é uma área complexa e controversa, sendo por vezes mal compreendido, uma vez que depende da perceção individual, profissional e social (Boyd & Jackson, 2005).

Os doentes que são submetidos a cirurgia podem encontrar-se sob risco clínico por diversos fatores, entre os quais: idade, género, raça, condições clínicas, predisposição genética, tipologia e *timing* da cirurgia (dia/noite), disponibilidade de

equipamento e equipa clínica com experiência adequada. A identificação e classificação de doentes por diferentes níveis de risco permite optar pela estratégia peri-operatória mais adequada, tendo como finalidade a redução desse risco e melhoria dos resultados a obter (McConachie, 2002).

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos no âmbito da intervenção especializada de enfermagem ao DCAR, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), cujo protocolo se encontra em Apêndice (I). A obtenção de evidência científica relativamente a esta área temática foi importante para servir de base à praxis clínica, de forma a sustentar uma prática de enfermagem avançada (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ao longo do restante capítulo irei fazer referência às diferentes intervenções que permitiram sustentar o percurso efetuado até aqui, desde o planeamento e execução do projeto, até à realização dos ensinamentos clínicos.

A identificação pré-operatória precisa e oportuna de doentes de alto risco fornece oportunidades para melhor informar os doentes sobre os riscos esperados, fazer encaminhamento para especialistas antes da cirurgia, solicitar investigações pré-operatórias especializadas, iniciar intervenções atempadamente com o objetivo de diminuir o risco peri-operatório e estabelecer níveis apropriados de cuidados pós-operatórios (Sankar, Beattie, & Wijesundera, 2015).

No pós-operatório o doente cirúrgico que é considerado de alto risco é internado na unidade de cuidados intensivos, seja de forma planeada ou não. Por vezes, essas admissões resultam diretamente da complexidade do procedimento cirúrgico mas na maioria das situações é devido às múltiplas comorbilidades associadas que limitam, nomeadamente, a reserva/capacidade fisiológica do doente, tornando assim o risco de morbilidade e mortalidade existente ainda mais alto (Rhodes et al., 2010).

A identificação precoce e atempada do doente cirúrgico de alto risco que necessita de monitorização intensiva é preponderante, pois 75% dos doentes que morrem após uma cirurgia, não foram identificados, tendo sido impossibilitados de receber cuidados especializados existentes na UCI (Sankar et al., 2015).

Os profissionais de saúde utilizam a avaliação de risco para identificar o doente ou grupos de doentes com alto risco de morbilidade e mortalidade, que podem

beneficiar de cuidados especializados em UCI no peri-operatório, beneficiando assim desses meios avançados de monitorização e terapêutica, com o objetivo de alcançar resultados positivos (Boyd & Jackson, 2005).

Por ano 230 milhões de pessoas em todo o mundo realizam uma cirurgia que exige internamento hospitalar. Nos países desenvolvidos a taxa de incapacidade permanente ou morte após esses procedimentos varia entre 0,4 e 0,8%. No entanto, dentro dessa população, está oculto um subgrupo de doentes de alto risco. No Reino Unido 12,5% dos doentes são responsáveis por 80% dos óbitos peri-operatórios. A mortalidade pós-operatória de curto prazo para esse grupo de alto risco é estimada em 6% para doentes eletivos e próxima de 30% para aqueles com cirurgia de urgência ou emergência (Minto & Biccard, 2014).

Tendo em conta a tipologia da cirurgia, a mortalidade do DCAR pode atingir os 20% para cirurgia Major, daí a importância de identificar estes doentes e de adquirir estratégias que possam minimizar este risco, tal como, otimização de doença prévia, monitorização hemodinâmica avançada durante o procedimento cirúrgico, implementação de *checklists* cirúrgicas (recomendação da OMS) e a admissão precoce na UCI (Pearse et al., 2012; Pearse, Rhodes, & Grounds, 2004).

A população cirúrgica tem vindo a aumentar nos últimos anos, o que leva à necessidade de se estabelecerem critérios de avaliação/estratificação de risco. A avaliação de risco efetuada no pré-operatório encontra-se associada, em termos de resultados, à avaliação efetuada na admissão na UCI. Ou seja, o risco de mortalidade e morbilidade identificado na estratificação pré-operatória é idêntica à avaliação de risco efetuada na UCI. A correta estratificação do doente cirúrgico determina a sua alta precoce e menor exposição a riscos aleatórios (Pontes, Salazar, & Torres, 2013).

Existem diferentes sistemas de avaliação/classificação de risco peri-operatório. De seguida saliento aqueles que são mais conhecidos e utilizados na prática clínica: O Sistema de classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA); o Portsmouth Physiological and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity (P-POSSUM) e o Surgical Apgar Score (SAS) (Ponce & Mendes, 2015).

Na UCI o risco clínico é estratificado a todos os doentes admitidos, sendo utilizados pelo intensivista diferentes instrumentos de predição de resultados, como: o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score, o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) e o Simplified Acute Physiology Score (SAPS) (Ponce & Mendes, 2015).

Além dos sistemas de avaliação de risco clínico, existem também os sistemas de atividade terapêutica ou de enfermagem, que permitem calcular a carga de trabalho de enfermagem e o prognóstico indireto (pela relação entre a gravidade da doença *versus* utilização de recursos), sendo os mais utilizados: o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) e o Nursing Activity Score (NAS) (Elias, Matsuo, Cardoso, & Grion, 2006; Ponce & Mendes, 2015)

A utilização destes instrumentos de estratificação de risco clínico permitem uma avaliação adequada da complexidade do doente, fornecendo dados relevantes para a previsão, provisão e otimização de recursos humanos e materiais, rentabilização de custos, sempre aliado à melhoria continua com vista à qualidade de cuidados (Dias, Matta, & Nunes, 2006).

A avaliação de risco é um instrumento promissor para o cálculo da carga de trabalho de enfermagem na UCI, mas tem como objetivo básico a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica dos doentes. Mediante os resultados obtidos vai permitir ao enfermeiro especialista avaliar a eficácia das intervenções realizadas e, assim, gerir intervenções futuras e os recursos necessários para uma prestação de cuidados de excelência na UCI (Elias et al., 2006; Reis Miranda et al., 2003), onde a vigilância de enfermagem tem sido identificada como uma intervenção fundamental para o reconhecimento precoce, para a prevenção de eventos adversos e para a manutenção da segurança dos doentes, sendo considerada uma das funções primordiais dos enfermeiros da UCI (Benner et al., 2011; Henneman, Gawlinski, & Giuliano, 2012).

As UCI definem-se pelas suas práticas assentes em procedimentos de monitorização, vigilância, avaliação, diagnóstico e tratamento aos doentes com disfunção de órgão(s) potencialmente reversível com patologias médicas ou cirúrgicas (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2003).

O trabalho em UCI é extremamente exigente, necessitando de enfermeiros cada vez mais qualificados e capazes de se integrarem em processos de melhoria contínua, onde o domínio das novas tecnologias, a participação e a autonomia são traços fundamentais, tendo que articular constantemente objetivos e recursos disponíveis (Silva, 2010).

A prestação de cuidados realizada na UCI tem um enorme impacto no prognóstico do DCAR pois o diagnóstico precoce e a intervenção terapêutica atempada permitem obter melhores resultados.

Em contexto de UCI os doentes encontram-se fisiologicamente instáveis e em risco de vida, sendo os cuidados complexos e especializados aí promovidos, que permitem aumentar a expectativa de sobrevivência e da qualidade de vida. O principal objetivo é a manutenção da vida e o combate às causas que a ameaçam no imediato, promovendo para tal uma complexa combinação entre a instabilidade fisiológica e a esperança de recuperação (Fairman & Lynaught, 2000).

A complexidade de cuidados na abordagem ao doente crítico enuncia que esta deve ser feita de forma global, percebendo todos os elementos que a compõem, as múltiplas interações que se produzem entre os mesmos e a ligação com o ambiente (Hesbeen, 2000).

A complexidade do cuidado de enfermagem envolve-se com a realidade humana pluridimensional, não se retendo num único aspeto, tendo sempre presente que a unidade do ser humano é multidimensional e assim melhor compreender as complexas interações entre os vários componentes. A abordagem complexa permite novos modos de pensar o que leva por vezes a trabalhar fora dos limites tradicionais, ou seja, é a prática de enfermagem não protocolizada, é aquela que valoriza a possibilidade de mudança, que permite a criatividade profissional e envolve a incorporação da complexidade do pensamento humano. Os cuidados de enfermagem possuem o seu próprio método onde os conceitos são pensados, procurando compreender a multidimensionalidade, respeitando a singularidade de cada um, pois o foco da prática de enfermagem são seres humanos com características únicas e irrepetíveis (Hammerschmidt, Santos, Erdmann, Caldas, & Lunardi, 2013).

Hoje em dia a complexidade de cuidados surge também da percepção dos enfermeiros do significado e conhecimento, do envolvimento individual ou em grupo para se organizarem com vista à resolução de problemas, num esforço para gerir com sucesso a natureza imprevisível do trabalho com os seus doentes e família (Fairchild, 2010).

A pessoa tem de ser vista como um ser global e complexo, único e irrepetível, onde a dificuldade das situações e a interação dos diferentes elementos vão influenciar o processo de saúde-doença. A importância do pensamento complexo permite dar resposta às alterações fisiopatológicas do doente, mas também tem em conta as interações, a influência e as necessidades dos outros intervenientes no triângulo terapêutico (Benner, 2001; Hesbeen, 2000). Este triângulo terapêutico é composto pelo enfermeiro, pelo doente e pela família ou pessoa significativa deste, tendo as intervenções de enfermagem que ser adequadas a cada um dos intervenientes, devido à sua singularidade. A teoria de Nursing as Caring de Boykin & Schoenhofer (2013) demonstra que todas as pessoas são cuidadoras, em virtude de serem humanas, em virtude da sua humanidade, sendo na relação estabelecida entre quem cuida e quem é cuidado, na valorização da pessoa como pessoa, que surge o conhecimento de si e a compreensão do outro, permitindo assim o crescimento no cuidar (Bailey, 2009; Boykin & Schoenhofer, 2013).

A família pode ser definida como a unidade social ou grupo de indivíduos que podem encontrar-se relacionadas por união biológica, emocional ou legal, cujas ligações são baseadas em confiança e suporte mútuo (International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros, 2015). A família pode e deve ser considerada um elemento ativo e primordial no processo de cuidar (Oliveira & Nunes, 2014).

Cuidar do doente crítico é extremamente desafiador tanto emocional como intelectualmente, exigindo resposta imediata a situações de risco de vida para o doente, em que existe pouca margem de erro. A prestação de cuidados à PSC/DCAR pode ocorrer em diferentes contextos, como a UCI e o SU, sendo necessário enfermeiros competentes nos domínios de diagnóstico e vigilância do doente, gestão eficaz de situações de evolução rápida, onde a promoção da segurança e a prevenção de complicações só é possível com recurso e integração da tecnologia (Benner, 2001; Benner et al., 2011).

A Vigilância definida pela Classificação de Intervenção de Enfermagem consiste na aquisição, interpretação e síntese intencional e contínua de dados de doentes para a tomada de decisão clínica (Henneman et al., 2012). A vigilância é um processo sistemático e orientado para identificação precoce de eventos adversos potenciais e reais, prevenção de erros médicos e complicações. Nesse sentido, os enfermeiros que cuidam do DCAR necessitam de sistemas de apoio à decisão clínica que melhorem a sua capacidade de realizar uma vigilância eficiente e efetiva, onde o recurso à tecnologia consiste numa estratégia/recurso a utilizar para otimizar a intervenção de enfermagem junto do doente e, assim, melhorar os *outcomes* (Henneman, 2009; Locsin, 2017).

A vigilância na prática de enfermagem adquiriu uma atenção renovada nos últimos anos com o reconhecimento do papel do enfermeiro na segurança do doente, pois esta pode diminuir o número de eventos adversos, pela identificação e intervenção atempada, diminuindo assim, os efeitos decorrentes dos mesmos (Henneman et al., 2012).

A segurança do doente consiste na redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, sendo este, de uma forma geral, direcionado para o conhecimento atual e recursos disponíveis em contexto da prestação de cuidados, em oposição ao risco de não tratamento ou de outro. O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

A segurança dos doentes tem tido uma crescente preocupação na prestação de cuidados de saúde da atualidade. Pode também ser definida como a não presença de lesões acidentais. A maioria dos eventos adversos é identificável e poderia ser prevenido. Os enfermeiros conseguem ter um papel preponderante durante as suas intervenções tendo em conta que são a classe profissional que permanece mais tempo com o doente. Um enfermeiro perito está melhor preparado para identificar e gerir os possíveis erros e dessa forma obter o melhor resultado para o doente (Benner, 2001; Doran, 2011)

De forma a garantir a segurança do DCAR, os cuidados diferenciados que lhe são prestados visam garantir a sua sobrevivência, através de intervenções avançadas

de vigilância, monitorização, terapêutica e tecnologia de suporte (Benner et al., 2011; Locsin, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A tecnologia tem um papel preponderante nas dinâmicas da UCI. Permite que os profissionais de saúde obtenham resultados positivos, mas não pode de forma alguma condicionar ou substituir o olhar crítico/clínico de quem a usa, necessitando para tal de uma utilização cuidadosa. É preciso considerar o uso adequado das tecnologias de forma a não tornar a relação entre o profissional e o doente centrada apenas em procedimentos, normas e prescrições. Assim surge a necessidade de compreender a tecnologia como uma ferramenta e como ações de trabalho que possibilitam uma ação transformadora do cuidado humano (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005; Eliete et al., 2014; Funk, 2011; Locsin, 2013).

A prestação de cuidados na UCI requer uma utilização adequada da tecnologia, sendo da relação estabelecida entre esta e a equipa de enfermagem, que surgem as intervenções que expressam a competência tecnológica. Estas são a demonstração qualificada de intervenções de enfermagem intencionais, deliberadas e autênticas, que são realizadas com base em conhecimentos tecnológicos, com o propósito de conhecer as pessoas como um todo, e assim tomar uma decisão atempada, com o objetivo de vigiar e gerir protocolos de terapêutica complexos, perante vitimas de deterioração rápida e/ou falência de órgão(s) (Funk, 2011; Locsin, 2005; Martins & Sasso, 2008; Tunlind, Granström, & Engström, 2015).

A interação entre a tecnologia e os enfermeiros vai proporcionar que exista um conhecimento daqueles que são alvo dos cuidados, de forma mais completa como pessoas, como intervenientes ativos dos seus cuidados, e não como objetos do cuidado (Locsin, 2005). Para cuidar é imprescindível conhecer a pessoa que é cuidada, e a utilização da tecnologia será um facilitador para um conhecimento mais dinâmico e individual da pessoa (Locsin, 2013).

O recurso à tecnologia na prestação de cuidados, seja para proceder à vigilância dos doentes, através da monitorização constante, ou no auxílio à gestão de protocolos complexos, permitiu aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando a deteção precoce de sinais de alerta e complicações, prevenindo-as e atuando sobre as mesmas, sendo assim necessário desenvolver

perícia na prestação de cuidados ao DCAR, através da análise global da situação, tendo em conta a singularidade da pessoa, percebendo-a como um todo e definindo assim intervenções objetivas (Benner, 2001).

Os dados obtidos através da tecnologia devem ser interpretados e analisados de forma a que o foco seja sempre a pessoa de quem cuidamos e não a tecnologia. Os dispositivos como ventiladores e/ou monitores são equipamentos, mas a interpretação dos resultados fornecidos por estes é da responsabilidade do enfermeiro. A competência tecnológica é preponderante para o estabelecimento de relações com o outro de forma a dirigir a prestação de cuidados às necessidades individuais da pessoa. O objetivo da utilização da tecnologia é mais abrangente do que conhecer a parte/função afetada, permite conhecer a pessoa de forma intencional e autêntica como um todo, momento a momento, como ser humano individual, único e singular, facilitando assim a identificação precoce de sinais de alerta e de complicações, o que permite melhorar a eficiência e a qualidade da prestação de cuidados em cada situação, tornando-se fundamental em cada momento de cuidar. (Locsin, 2005, 2007).

Cada doente é único, transformando cada situação num momento singular, o que pode obrigar a uma série de intervenções distintas para corresponder ao mesmo objetivo com doentes diferentes. As intervenções devem ser atempadas, rápidas e eficazes, sendo necessário estabelecer prioridades e proceder à avaliação contínua de forma a manter o rigor nos cuidados prestados. Só através de uma avaliação cuidada é que o enfermeiro consegue perceber quais as intervenções eficazes e quais necessitam de levar a uma reformulação do plano de cuidados de forma contínua, tendo por base uma vigilância adequada, com o intuito de detetar precocemente focos de instabilidade e assim responder de forma célere às necessidades da PSC (Sheehy, 2011).

A vigilância é um pré-requisito na prestação de cuidados de enfermagem, o que a torna preponderante para a deteção precoce de problemas, sendo a primeira forma de defesa do doente (Benner, 2001).

A vigilância praticada pelos enfermeiros tem por base a evidência científica, a capacidade intelectual e a experiência de cada um, permitindo a identificação de sinais e sintomas significativos, a perceção do risco iminente, e capacitar assim para uma

resposta rápida, eficiente e eficaz aos riscos presentes. É uma intervenção independente de enfermagem que exige observação, procura e recolha de dados, de forma a permitir uma intervenção atempada, precisa, concreta e eficiente com o objetivo de prevenir e identificar as complicações e assim definir estratégias de intervenção (Meyer & Lavin, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As intervenções especializadas de enfermagem consistem em qualquer tipo de cuidados promovidos pelos enfermeiros que, baseados no julgamento e conhecimento clínico, permitem melhorar os resultados dos doentes, famílias e comunidade (Bulechek, Butcher, & Dotcherman, 2010).

As intervenções de enfermagem ao DCAR são de extrema importância, pois são cuidados que, perante uma situação de instabilidade, permitem manter a vigilância, a segurança, prevenir complicações e promover a saúde, procurando desta forma garantir a melhor qualidade de vida.

Na UCI a equipa de enfermagem consegue ter uma intervenção extremamente preponderante junto do DCAR. Devido à escassa evidência encontrada nesta área de intervenção de enfermagem, elaborei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de identificar quais as intervenções de enfermagem ao doente submetido a cirurgia que se encontra internado na UCI, o protocolo encontra-se em apêndice (Apêndice I).

De seguida evidencio algumas das intervenções de enfermagem, que foram identificadas na realização da RIL (Grossman, Bautista, & Sullivan, 2002; Yano, & Kido, 2007; Nicolás et al., 2008; Pontes et al., 2013; Taguchi, Yang & Zhang, 2016).

- Preparar equipamento necessário para a admissão do doente (como por exemplo: o ventilador, monitor, seringas e bombas infusoras, entre outros), com o intuito de garantir a correta operacionalidade dos mesmos, pois trata-se de equipamento preponderante à monitorização, vigilância, tratamento e prevenção de complicações;
- Vigiar e monitorizar o estado hemodinâmico (FC, PA, PVC, Temp., FR e sinais de dificuldade respiratória) com o objetivo de proceder a uma monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica de forma contínua,

efetiva e eficiente, para assim conseguir identificar precocemente alterações que possam comprometer a vida do DCAR;

- Monitorizar e vigiar continuamente o estado neurológico, estando desperto para possíveis complicações que possam surgir (inclui avaliação da presença de *Delirium*);
- Prevenir e combater a hipotermia, com o objetivo de debelar e impedir complicações decorrentes da hipotermia presente, como, alterações eletrocardiográficas, hemodinâmicas, coloração e perfusão da pele, alterações hidroeletrólíticas e da coagulação, procedendo então ao aquecimento controlado e gradual do doente através da colocação de cobertores de algodão, de mantas de fluídos circulantes aquecidos, ou de mantas de ar quente;
- Colaborar no processo de desmame ventilatório, com vista à extubação do doente, através da monitorização do padrão respiratório, da avaliação da necessidade de aspiração de secreções brônquicas, auscultação de sons respiratórios, monitorização dos parâmetros ventilatórios, da saturação periférica de O₂, resultados da gasimetria e capnografia;
- Utilizar instrumentos de estratificação de risco, para assim planear estratégias em conjunto com a equipa multidisciplinar de forma a diminuir o risco e implementar estratégias que permitam obter melhores resultados;
- Gerir o ambiente envolvente do doente de forma a promover o conforto do doente, seja através da diminuição do ruído existente (ajuste de alarmes e som dos mesmos), ou através da promoção de intervenções e técnicas em simultâneo;
- Administrar terapêutica instituída, como sedação, antibioterapia e analgesia, que deve ser gerida de forma a debelar a dor que possa estar presente, seja pelo procedimento cirúrgico efetuado recentemente, seja por outras técnicas ou procedimentos a realizar. O enfermeiro deve estar atento às diversas situações que possam desencadear dor, que podem levar a complicações, tais como instabilidade ventilatória e hemodinâmica, e dessa forma sempre que possível deve gerir a analgesia necessária;

- Vigiar/monitorizar constantemente a integridade cutânea, incluindo verificação do penso operatório, e ou outros dispositivos colocados no decorrer da cirurgia;
- Comunicar com o doente e família, partilhando informação do período peri operatório, e quais os planos de cuidados/intervenções a implementar, promovendo assim a comunicação de forma a assistir a família nas necessidades detetadas, pois esta passa por um momento de instabilidade e vulnerabilidade, possuindo uma grande necessidade de informação, devendo o enfermeiro ser responsável por a capacitar e incluir nas decisões clínicas.

A gestão das intervenções de enfermagem ao DCAR e em contexto de UCI é um desafio permanente, pois os cuidados devem contemplar todas as suas dimensões. Estas intervenções devem ter por base a mais recente evidência científica, para que, através de um raciocínio e julgamento clínico, permita assim uma tomada de decisão fundamentada. Pressupõe-se que tenham por base uma avaliação contínua, sistemática e sistematizada através de uma monitorização e observação ininterruptas antes e após a cirurgia, mesmo na passagem do DCAR do período do intraoperatório para o pós-operatório, pois este está sujeito a inúmeras alterações da coagulação, desequilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base, alterações cardíacas, e encontra-se ainda sob o efeito de terapêutica anestésica. De igual forma estes doentes têm um acréscimo de vulnerabilidade à infeção, nomeadamente do local cirúrgico, devido à diminuição da perfusão do local da ferida, seja por alteração da temperatura (hipotermia) ou por diminuição do débito cardíaco (Canadian Nurses Association, 2008; Grossman, Bautista, & Sullivan, 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A competência para a gestão de protocolos terapêuticos complexos fica demonstrada nas intervenções de enfermagem durante a prestação de cuidados ao DCAR, intervenções essas que aliam o domínio da fisiopatologia da doença ao domínio da tecnologia para melhor cuidar e conhecer o doente, contribuindo assim para otimizar a sua sobrevivência e a qualidade de vida (Locsin, 2017).

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.

O atual capítulo visa descrever e analisar o trabalho efetuado e o percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do mestrado em enfermagem na área de especialização PSC, percurso esse que foi traçado de acordo com os objetivos definidos pela ESEL para o CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, 2019), e com as competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008).

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi operacionalizado através da realização de ensinamentos clínicos no decorrer do 3º semestre do 8º CMEPSC em contexto de SU e UCI, e que teve por base a realização de um projeto. Deste fizeram parte algumas atividades importantes para a escolha dos campos de estágio, como as visitas realizadas a contextos diversos no decorrer do segundo semestre, que me permitiram conhecer os diferentes locais de estágio, tendo contribuído de forma muito positiva as conversas com os enfermeiros chefes de cada um dos contextos (Apêndice II), o que permitiu perceber se cada um dos locais poderia corresponder às minhas expectativas, relacionadas com a temática a desenvolver.

Irei então de seguida, ao longo deste capítulo, descrever e analisar as atividades desenvolvidas, os fatores que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências, as dificuldades encontradas, e as estratégias utilizadas para ultrapassar essas mesmas dificuldades. Este encontra-se dividido em dois subcapítulos, que se referem aos momentos em que operacionalizei o projeto, os estágios realizados em UCI e em SU.

Com a intenção de aprimorar a perícia na prestação de cuidados de enfermagem, e tendo por base o modelo de Dreyfus adaptado por Benner (2001) para a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem, realizei todo este percurso alicerçado na temática - **Doente cirúrgico de alto risco: intervenção de enfermagem especializada**. Pretendo, através do percurso académico realizado, desenvolver um contínuo de aprendizagem de iniciado a perito na prestação de cuidados à PSC, para agir de forma intuitiva em cada situação, aliando a experiência à compreensão profunda e global de cada situação (Benner, 2001).

Como já referi anteriormente, defini como objetivos gerais para a UC de estágio com relatório:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica – em contexto de SU e UCI;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados em enfermagem ao doente cirúrgico de alto risco e sua família.

Além dos objetivos gerais enunciados estabeleceram-se objetivos específicos para cada um dos contextos onde foram efetuados os EC. Estes foram discutidos após o contato com a realidade de cada EC, com o enfermeiro orientador e professora orientadora, sendo ajustados à realidade e às minhas necessidades. De forma a operacionalizar os objetivos específicos propostos, defini atividades a desenvolver em cada um dos contextos– Apêndice III e IV.

2.1. Ensino Clínico em Unidade de Cuidados Intensivos

O contexto escolhido para a realização do primeiro ensino clínico recaiu sobre uma UCI Polivalente da área metropolitana de Lisboa e teve a duração de 10 semanas, tendo decorrido de 1 de outubro a 14 de dezembro (Apêndice V).

Este primeiro EC teve uma duração superior ao segundo EC, pois apesar de atualmente exercer funções numa UCI, este local de estágio seria aquele que mais competências e conhecimentos me iria proporcionar adquirir e desenvolver na área da PSC e relacionado com a temática em estudo proposta para este percurso, pois existem inúmeros doentes intervencionados por diferentes especialidades cirúrgicas, sendo evidente que aqueles que são admitidos na UCI, encontram-se em situação crítica e necessitam de intervenção especializada de enfermagem. E apesar de exercer funções numa UCI cirúrgica há praticamente 12 anos, considereei que este campo de estágio seria importante para o meu desenvolvimento e aquisição de competências uma vez que existe uma diversidade muito grande dos doentes internados que foram submetidos a cirurgia por diferentes especialidades (Cirurgia Geral, Cardíaca, Torácica, Vascular, Neurocirurgia, Urologia, Plástica, Ortopedia, Ginecologia entre outros) diversidade essa que é completamente diferente do meu local de trabalho (Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia e Ginecologia).

As UCI são unidades complexas, destinadas à prestação de cuidados aos doentes críticos, necessitando para tal de um espaço físico, específico e recursos humanos diferenciados/especializados. As práticas aí realizadas são assentes em procedimentos de monitorização, vigilância, avaliação, diagnóstico e tratamento aos doentes com disfunção de órgão(s) potencialmente reversível, seja com patologias médicas ou cirúrgicas (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2003).

A unidade onde decorreu o EC possui um elevado nível de diferenciação, que corresponde ao nível 1, segundo os critérios da American Society of Critical Care Medicine, encontrando-se dotada de uma elevada capacidade de intervenção em termos de monitorização e de suporte às funções vitais, onde os cuidados aos doentes requerem conhecimentos especializados, o que possibilitou a aquisição e

desenvolvimento de competências a nível da prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao DCAR (Hodgman et al., 2015)

No sentido de entender a dinâmica organizacional da UCI em muito contribuiu na fase inicial do ensino clínico a visita guiada que efetuei à unidade no primeiro dia de estágio com a enfermeira orientadora. Esta visita não foi a primeira pois já tinha estado nesta UCI no decorrer da ida a campo para conhecimento dos diferentes campos de estágio possíveis. Serviu assim para reforçar o conhecimento relativamente ao espaço e estrutura da UCI. De igual forma, a consulta de normas, procedimentos e protocolos da UCI facilitaram a integração na equipa multidisciplinar, e permitiram um aumento da segurança nas minhas intervenções, pois estes documentos de apoio à prestação de cuidados, permitem uma prática baseada na evidência definida pela literatura, indo ao encontro dos indicadores de qualidade definidos pela instituição.

A realização de turnos ao longo das 24 horas em diferentes dias da semana, permitiu assim compreender as dinâmicas e necessidades do serviço de acordo com as necessidades específicas de cada doente, em cada situação.

A UCI encontra-se localizada no 1º piso do edifício principal, junto ao BO com acesso para este através da UCPA, e outro acesso para outro corredor adjacente à unidade que permite a entrada/saída de doentes de e para outros serviços, nomeadamente, serviços de internamento, serviço de urgência e a imagiologia. Serviços com os quais deve manter uma relação de proximidade e de fácil comunicação/acesso (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2013).

A unidade possui capacidade para 12 doentes, sendo que cada uma das unidades dos doentes possui uma estrutura física própria, sendo todas as unidades separadas por parede, aspeto que considero importante, uma vez que se encontra de acordo com as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos que refere que “devem ser privilegiadas as organizações em boxes individuais (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2013, p. 2). A estrutura física da unidade é diferente daquela onde exerço funções que é em *open space* – zona aberta, que segundo as referidas recomendações têm o inconveniente de não poder assegurar a devida proteção aos

doentes, devido ao risco aumentado de contaminação cruzada, e aumento do stress dos doentes relacionado com o ruído, privacidade, e com a prestação de cuidados a outros doentes (Valentin & Ferdinande, 2011). Cada uma das unidades individuais encontra-se preparada para a prestação de cuidados de nível III de acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, mas, também acaba por receber doentes a necessitar da prestação de cuidados de nível II e de nível I algo que acontece com os doentes de pós-operatório com necessidade de ventilação mecânica (nível II) e com os doentes submetidos a angioplastia coronária (nível I) (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Ponce & Mendes, 2015; Valentin & Ferdinande, 2011).

No decorrer do EC foi ainda possível perceber a dinâmica de uma outra valência que pertence à unidade, mas que desenvolve a sua atividade fora da UCI, a Equipa de Resposta Rápida (ERR), equipa essa que permite a prestação de cuidados a doentes em situação de detioração rápida que necessitam de uma intervenção célere e eficaz com o objetivo de reverter o quadro ou prevenir/evitar a Paragem Cardiorrespiratória (PCR). A outra situação em que a equipa pode vir a ser ativada é para situações de PCR. A identificação do risco de detioração é efetuada com base em critérios específicos, quantificáveis e facilmente identificáveis, utilizando para tal uma escala de avaliação de identificação de detioração rápida, nesta instituição é utilizada uma adaptação da Modified Early Warning Scale (*MEWS*) (American Heart Association, 2016; Ponce & Mendes, 2015).

A ERR é constituída por um médico e um enfermeiro com competências em SAV e abordagem avançada da via aérea. Esta equipa responde de imediato após a sua ativação, dirigindo-se logo para o local, seja serviço clínico ou não clínico. Depois de avaliada e estabilizada a vítima se necessário procedem à sua transferência para outro serviço, ou se necessário para a UCI (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Tive a oportunidade de acompanhar esta equipa em duas situações, uma para o serviço de internamento e outra para uma situação numa área não clínica. Para o serviço de internamento a equipa precisa unicamente de se deslocar para o local, pois os serviços possuem carro de reanimação com monitor/desfibrilhador bifásico, drogas e material necessário para este tipo de situações. No episódio que decorreu na área

não clínica a equipa teve de levar o seu próprio equipamento, monitor/desfibrilhador bifásico, e mala médica com material e terapêutica.

O acompanhamento da equipa nestas duas situações permitiu consolidar conhecimentos, capacidades e competências na prestação de cuidados à PSC em situações de urgência e emergência em contexto diferente da UCI, onde a gestão de recursos, tempo, prioridades e a mobilização de conhecimentos são preponderantes para o sucesso da intervenção da equipa.

Na intervenção em contexto de serviço de internamento fomos ativados para um doente com um status pós cirurgia abdominal, que apresentava um quadro de aparente abdómen agudo. Após a nossa chegada procedeu-se à sua avaliação e estabilização. A avaliação foi realizada segundo a metodologia ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (American Heart Association, 2016; McLean & Zimmerman, 2007). Este tipo de avaliação segundo o método de priorização de necessidades permite, no imediato, identificar qual ou quais as alterações no estado de saúde e corrigi-las rapidamente, de forma a minimizar ou debelar o risco de vida para o doente. De seguida o doente foi estabilizado e acompanhado ao serviço de imagiologia para realização de TAC abdominal, que confirmou o diagnóstico de isquemia intestinal, tendo sido intervencionado e admitido na UCI. A identificação precoce do quadro clínico e a rápida intervenção da ERR permitiram que o doente tivesse acesso a cuidados diferenciados ainda fora da UCI, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao doente, promovendo também a sua continuidade. Esta situação vivenciada reforça a evidência apresentada pela literatura, em que uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes que se encontram internados e que sofrem um processo de deterioração rápido, obtendo assim melhores resultados para os doentes (Direção-Geral da Saúde, 2010; Kvetan & Currie, 2006).

Este doente pode e deve ser considerado como DCAR, pois apresenta uma baixa reserva/capacidade fisiológica, associada à agressão provocada pelas duas intervenções cirúrgicas, sendo a segunda de emergência, o que eleva a sua predisposição para a morbilidade e mortalidade (Elliott et al., 2012; Rhodes et al., 2010).

A situação ocorrida na área não clínica foi para uma senhora que teve uma síncope, tendo sido realizada uma abordagem segundo a mesma metodologia de priorização das necessidades (ABCDE). De seguida monitorizámos a doente, procedemos à avaliação de sinais vitais, análise de traçado eletrocardiográfico e avaliação de glicémia capilar, dentro dos parâmetros esperados à exceção do traçado eletrocardiográfico que aparentava um ligeiro supra do segmento de ST. Acompanhámos a doente e família até à sala de reanimação do SU do hospital, onde foi realizado um eletrocardiograma de 12 derivações que confirmou um enfarte agudo do miocárdio com supra de ST. Este tipo de abordagem permite estabelecer prioridades e, principalmente, identificar quais as causas/condições que colocam a vida em risco, de forma a proceder à sua correção de imediato (American Heart Association, 2016; McLean & Zimmerman, 2007). Gostaria de realçar nesta situação, apesar da intervenção ter acontecido fora da UCI, o recurso à utilização da tecnologia disponível que pertence à ERR, que permitiu detetar o problema que motivou a síncope e assim dar o melhor encaminhamento para a doente (Locsin, 2005), o que me permitiu desenvolver competências na deteção de focos de instabilidade e gestão de protocolos complexos e intervenção por prioridades, onde os meios tecnológicos e avançados de vigilância e monitorização permitem uma prestação de cuidados individualizados procurando obter os melhores resultados (Benner et al., 2011).

No decorrer do EC tive a oportunidade de acompanhar um DCAR num transporte intra e inter-hospitalar. O transporte intra-hospitalar deveu-se à necessidade de realização de uma TAC abdomino-pélvica. O transporte inter-hospitalar consistiu na transferência do doente para outra unidade hospitalar. Em qualquer uma das situações foi equacionado o risco inerente ao transporte *versus* as necessidades do doente para que esta situação não contribuísse de forma direta ou indireta para o agravamento da situação clínica do doente (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008).

Durante todo o processo de transporte do DCAR a segurança do doente é da responsabilidade de toda a equipa, nomeadamente do enfermeiro. Para tal a vigilância constante é uma função primordial, permitindo assim garantir uma margem de segurança que permita a deteção de sinais de alarme por parte do elemento da equipa de enfermagem. Durante o transporte procurei ter sempre uma intervenção ativa e atenta na procura de sinais de instabilidade, mantendo para tal uma avaliação

constante, detalhada e sistemática do doente, utilizando uma abordagem ABCDE, de forma a priorizar as intervenções que pudessem vir a ser necessárias, estando sempre alerta para os momentos de maior risco, como a passagem do doente da cama para a maca de transporte e os primeiros 5 minutos do transporte (American College of Surgeons, 2012; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008).

No decorrer deste EC procurei guiar a minha conduta e as minhas práticas tendo em conta o CDE e o REPE. Assim sendo, foi garantida a confidencialidade e o sigilo profissional, e protegida a informação clínica das pessoas internadas na UCI.

Recordo o caso de um doente que no decorrer do turno recebeu inúmeras visitas, pois nesta UCI o período de visitas é alargado (11h – 20h) e sem restrição de número, em que na sua maioria procuravam obter informações junto de mim, pois era o elemento da equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidados nesse dia, ao doente. No sentido de proteger o doente e a sua informação clínica, canalizei toda a informação para a primeira visita que o doente teve, a sua esposa, não por ser a primeira, mas sim por ser o elemento de referência identificado pelo próprio doente. É da responsabilidade do enfermeiro, o dever de informação ao indivíduo e família, mas também de igual forma, o enfermeiro está obrigado a guardar sigilo profissional relativamente ao seu alvo de cuidados, o doente e família. Para tal deve ser efetuado o acolhimento ao doente e família no sentido de identificar quais as pessoas significativas em que se deve centrar a informação clínica importante e que possam por ventura participar na tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Para colaborar na melhoria dos cuidados prestados aos doentes internados na UCI, procurei integrar aquelas que são as recomendações da instituição e do serviço no que diz respeito às normas da qualidade instituídas, consultando para tal o guia de boas práticas da instituição, articulando com a evidência atual, de forma a garantir os melhores resultados possíveis para os doentes.

No decorrer do EC foi-me possível acompanhar e integrar o projeto institucional que visava a implementação da utilização de um PDA que permitia a consulta, o registo e validação da terapêutica prescrita para cada um dos doentes. Este sistema em que os enfermeiros utilizavam o PDA permitia ainda a impressão de etiquetas de identificação de terapêutica e validação das colheitas de sangue efetuadas, e o

acompanhamento e confirmação dos pedidos de hemoderivados e a validação da administração dos mesmos.

A utilização deste PDA para consulta, confirmação e validação só era possível através da leitura da pulseira que o doente possuía, que era constituída por um código de barras único e o número de processo do doente. Este sistema veio reforçar a segurança dos doentes reduzindo o risco de dano desnecessário no decorrer da prestação de cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

A implementação desta tecnologia de suporte permite assim cuidados diferenciados que garantem a segurança dos doentes e a sua sobrevivência, através de intervenções avançadas de vigilância, monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Locsin, 2001). A competência tecnológica é um processo dinâmico e contínuo, em que o domínio da tecnologia permite uma melhoria da prestação de cuidados e consequentemente melhores *outcomes* para os doentes. No entanto, a tecnologia e os seus equipamentos e técnicas, não podem substituir o enfermeiro, uma vez que a sua capacidade de avaliação do doente e da situação através de uma vigilância com juízo crítico e uma tomada de decisão em função disso, pode facilitar o conhecimento da pessoa como um todo (Locsin, 2005, 2013).

Neste percurso efetuado na UCI, tive a oportunidade de realizar uma atividade que para mim foi extremamente marcante e positiva, da qual resultou a realização do jornal de aprendizagem – a ida ao Bloco Operatório (BO) para assistir a uma cirurgia de um DCAR.

Tal como já referi anteriormente, exerço funções numa UCI cirúrgica. Futuramente, gostava de implementar no meu serviço, pelo menos aos elementos que se encontrem em fase de integração, a oportunidade de assistir a uma cirurgia de um DCAR, que venha a ser recebido na UCI. O facto de conhecer e perceber a dinâmica de uma cirurgia, possibilita a integração da teoria com a prática, o que poderá levar a uma melhoria do desempenho e das funções a realizar e consequentemente uma melhoria na qualidade de cuidados a prestar aos doentes, pois o conhecimento teórico relativamente a um procedimento cirúrgico, fica muito aquém da realidade desse mesmo procedimento. A plena noção de como decorre uma cirurgia, quais as estruturas envolvidas e que foram mobilizadas, permite perceber algo tão simples como as queixas álgicas do doente, até algo tão complexo como a hemodinâmica, ou

como a reserva fisiológica do doente, permitindo que o enfermeiro detete e antecipe sinais de deterioração, perceba quais as necessidades do doente, e assim defina e estabeleça estratégias de cuidados de forma a otimizar as intervenções de enfermagem com o objetivo de atingir uma prática de excelência (Benner, 2001).

Realço a oportunidade de conhecer aquilo que são as atividades dos enfermeiros junto do DCAR, nomeadamente o enfermeiro de anestesia que tem a preocupação de garantir/proporcionar conforto, controlar o estado hemodinâmico, garantir a segurança, e controlar a medicação. Para tal, este utiliza a tecnologia como recurso para a vigilância e observação de diferentes indicadores, e como forma de conseguir detetar riscos e problemas potenciais, para assim diminuir o número de eventos adversos, melhorando a segurança do doente (AESOP, 2013; Henneman et al., 2012; Locsin, 2005).

Tive a oportunidade de participar em inúmeras situações de prestações de cuidados complexos, a sua grande maioria não sendo novas para mim, pois trabalho numa UCI. No meu contexto profissional os doentes que recebo são, na sua maioria, do foro cirúrgico. Apesar de não ser relacionado com a temática que pretendo desenvolver, durante a prestação de cuidados a um doente do foro não cirúrgico – doente internado por um choque séptico de ponto de partida respiratório, foi-me permitida a prestação de cuidados a uma PSC com Síndrome do Desconforto Respiratória Aguda (SDRA), com necessidade de posicionamento em decúbito ventral para otimizar ventilação e oxigenação, o que me permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências, quer pela prática efetuada, quer pela reflexão e discussão da técnica com a enfermeira orientadora e restante equipa. Esta reflexão/discussão foi extremamente importante para mim, pois a reflexão sobre a ação, permitiu-me consolidar conhecimentos e dissipar receios relativamente a esta técnica “nova”.

A colocação de doentes com SDRA em decúbito ventral permite otimizar o recrutamento alveolar, melhorar a relação ventilação/perfusão, e facilitar a drenagem de secreções brônquicas. É uma terapia eficaz, segura e pouco dispendiosa, mas em contrapartida é tecnicamente difícil, necessitando de elementos capacitados e treinados, e obriga a um grande consumo de tempo por parte da equipa de enfermagem. Além da gestão da equipa, de dispositivos e do consumo de tempo no

momento da realização do posicionamento, o enfermeiro tem de ter a capacidade de agir antecipado, para reconhecer precocemente sinais de instabilidade e de risco de vida (Dalmedico et al., 2017; Guérin et al., 2013; Ponce & Mendes, 2015).

A realização do decúbito ventral em doente ventilado consiste num protocolo terapêutico complexo revelando-se como uma das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista, onde a vigilância e a monitorização constante são importantes para assegurar uma intervenção precisa, eficiente, eficaz e em tempo útil. No decorrer do posicionamento o enfermeiro deve ter particular atenção com os dispositivos médicos que o doente apresenta, para que estes não se exteriorizem, especial atenção para a presença de alterações hemodinâmicas (hipotensão, arritmias e PCR), e deve efetuar uma gestão diferenciada da dor, promovendo o conforto e o bem-estar do doente (V. M. De Oliveira et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Com o objetivo de desenvolver competências relativamente à gestão de cuidados, recursos humanos e materiais, foi-me possível participar no processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar, seja através das reuniões de serviço, passagens de turnos, ou através de discussões com a enfermeira orientadora e restantes colegas, o que me permitiu perceber e identificar a pertinência e a necessidade de reencaminhamento dos doentes para outros elementos da equipa multidisciplinar, como por exemplo, colaborando na intervenção dos colegas de enfermagem de reabilitação junto dos doentes. Desta forma, os recursos existentes são utilizados de forma eficiente garantindo a promoção da qualidade dos cuidados prestados, quer através da gestão e liderança dos elementos da equipa, quer através da priorização das necessidades dos doentes e do serviço (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Foi também importante a reflexão e a discussão de ideias em conjunto com a enfermeira orientadora, no que diz respeito à delegação de tarefas e à gestão de recursos, pois a enfermeira orientadora, num número considerável de turnos realizados, assumiu a chefia da equipa de enfermagem, tendo tido a necessidade de centralizar a gestão dos recursos e a própria gestão dos cuidados de enfermagem, uma vez que existem colegas que ainda estão no período de integração, ou terminaram recentemente esse período. Foi então importante perceber a

intencionalidade das decisões tomadas, como a gestão da atribuição dos doentes, a gestão da ERR e a gestão das situações de conflito entre os elementos da equipa multidisciplinar, sendo facilitador da comunicação entre os diferentes elementos. Este acompanhamento e reflexão permitiu desenvolver competências de gestão, em que o principal objetivo prende-se com a otimização de recursos e processos na prestação de cuidados de forma a atingir uma melhoria dos *outcomes* dos doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2018b).

Toda a minha prestação ao longo do EC, relativamente à prevenção e controlo de infeção, teve por base o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Direção-Geral da Saúde, (2017b) o que me permitiu aprofundar conhecimentos na área dos feixes de intervenção e assim integrá-los de forma mais consistente na minha prestação de cuidados. Em simultâneo procurei conhecer e integrar os pontos chave da gestão de risco e as normas/orientações específicas do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) da instituição onde decorreu o EC.

Na UCI os enfermeiros procuram estar a par da mais recente evidência de forma a sustentar a sua prática. Vou salientar alguns aspetos que considerei pertinentes. A maioria dos doentes em que é necessária a colocação de sonda gástrica, esta é feita por via orogástrica com o objetivo de evitar as lesões e possíveis infeções que advenham da colocação da sonda por via nasogástrica. As lesões do nariz associadas à entubação nasogástrica estão relacionadas com a humidade e atrito local, exigindo cuidado na fixação da sonda na face do utente de forma a minimizar a tracção. Assim sendo a sonda colocada por via orogástrica pode ser fixa com fita de nastro, ou então com penso adesivo transparente à face do doente. Este tipo de colocação/fixação permite de igual forma aliviar e variar os diferentes pontos de pressão da sonda. Esta prática não é utilizada de forma regular no meu serviço, mas daqui em diante irei incentivar a sua prática de forma a contribuir para a prevenção e controlo de infeções associadas à colocação e manutenção de sonda gástrica (Unamuno & Marchini, 2002).

Outro aspeto que não faz parte da realidade onde trabalho, mas que considerei extremamente importante, foi a utilização de Tubo Endotraqueal (TET) com dispositivo

para aspiração subglótica, pois a evidência demonstra que as secreções que se encontram acima do *cuff* acabam por ser aspiradas para os pulmões dos doentes através de microcanais existentes entre o balão do *cuff* e a traqueia, acabando por contribuir para a Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Este tubo com aspiração continua na ordem dos 20mmHg vai permitir que o espaço subglótico se mantenha livre de secreções diminuindo assim o risco de microaspirações, e conseqüentemente diminuindo o risco da PAI (Barbas & Couto, 2012).

No decorrer do EC foi possível reforçar aqueles que são os cuidados de enfermagem autónomos relativamente ao doente intubado com tubo endotraqueal de forma a diminuir o risco de infeção (Direcção-Geral da Saúde, 2010, 2015):

- Higienização das mãos de acordo com os cinco momentos recomendados;
- Manutenção da cabeceira da cama elevada: $\geq 30^\circ$;
- Realização da higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia;
- Manutenção dos circuitos ventilatórios;
- Manutenção da pressão do balão do *Cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O.

De seguida vou realçar a manutenção da pressão do *cuff*, que na UCI aos doentes com via aérea avançada é mantida de acordo com as orientações da DGS, 20 – 30 cmH₂O, sendo utilizado um dispositivo eletrónico que permite a monitorização continua da pressão do *cuff*, e que ajusta essa mesma pressão à fisiologia do doente, permitindo assim um conhecimento mais profundo por parte dos enfermeiros daqueles que são alvos dos seus cuidados. Este equipamento permite que os enfermeiros vigiem, monitorizem e controlem em tempo real a pressão do *cuff*, identificando se necessário de imediato alterações que possam ocorrer. Esta tecnologia permite identificar e corrigir eventos adversos, sendo importante no processo de vigilância e de tomada de decisão dos profissionais (Henneman, 2009; Locsin, 2013).

Acrescento ainda que em todos os momentos de prestação de cuidados procurei respeitar/cumprir os princípios da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, tendo em conta os recursos existentes e o tempo útil/disponível em cada situação, procurando assim promover um ambiente de cuidados seguro.

Com a realização deste EC pretendia identificar e conhecer o circuito do DCAR, o que na presente instituição foi de fácil perceção, pois os DCAR's na sua maioria são provenientes do BO, mas, existem também situações de doentes que em contexto de complicação pós-cirurgia acabam por ser admitidos na UCI vindos da enfermaria.

Em primeiro lugar foi-me permitida a ida ao BO para visualizar a cirurgia de um DCAR, cirurgia cardiotorácica. Momento de grande aprendizagem que contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem relativamente ao DCAR, uma vez que tive a possibilidade de assistir a uma cirurgia desta tipologia a um doente que pertence ao grupo de indivíduos que pode ser classificado como DCAR, pela natureza da intervenção cirúrgica (The Royal College of Surgeons of England, 2011).

A possibilidade de acompanhar um DCAR durante a sua intervenção cirúrgica, através do conhecimento que me possibilitou adquirir, foi de igual forma um momento facilitador para a continuidade da prestação de cuidados, pois permite identificar e antecipar momentos de instabilidade, prevenir e perceber as queixas dos doentes e, reconhecer possíveis complicações e dessa forma desenvolver cuidados diferenciados em resposta às necessidades dos doentes.

Uma outra situação que me permitiu acompanhar o circuito do DCAR, consistiu na resposta a uma ativação da ERR para um doente com um quadro de abdómen agudo, com distensão abdominal, aumento de volume e dor à palpação, apresentando evidentes sinais de choque, como hipotensão, taquicardia e sudorese profusa, e que após a intervenção e estabilização da ERR, realizou MCDT's, tendo sido submetido de seguida a cirurgia (Laparotomia exploradora com recessão intestinal), e posteriormente admitido na UCI.

Duas situações distintas que tive a oportunidade de vivenciar no decorrer deste EC e que me permitiram conhecer o circuito do DCAR na instituição. E, refira-se, duas situações de sucesso com alta para a enfermaria e posteriormente alta hospitalar. Este facto permite perceber que a mobilização de conhecimentos, habilidades múltiplas eficientes e eficazes realizadas em tempo útil, mesmo perante as situações mais complexas, permitem ao DCAR obter os melhores resultados possíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

No sentido de identificar a especificidade de cuidados e, de perceber a intervenção especializada em enfermagem, em muito contribuiu a prática presenciada e vivenciada no decorrer do EC, mas também a realização da RIL (Apêndice I) realizada no decorrer do 2º semestre, aquando da elaboração do projeto e a realização do estudo de caso, que me permitiu refletir sobre a prestação de cuidados especializados.

O trabalho em UCI é extremamente exigente, onde a necessidade de enfermeiros com mais e melhores competências, cada vez mais qualificados e capazes de se integrarem em processos de melhoria contínua, onde o domínio das novas tecnologias, a participação e a autonomia são traços fundamentais, tendo que articular objetivos e recursos de forma a dar resposta às necessidades do DCAR (Silva, 2010).

No decorrer deste EC foram várias as situações imprevistas, e complexas em que tive de intervir, mas a minha experiência profissional permitiu que essa intervenção decorresse de forma espontânea e natural, possibilitando-me assim a prestação de cuidados ao DCAR, seja no acolhimento após a vinda do BO, na antecipação de momentos de instabilidade e na reversão desses mesmos momentos.

A vigilância, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes revelam-se de máxima importância na prestação de cuidados ao DCAR, pois só através da mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas se consegue responder/intervir em tempo útil e de forma holística (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Estes conhecimentos, habilidades, capacidades e/ou competências conseguem-se materializar em pequenos pormenores, que em contexto de instabilidade do DCAR, fazem toda a diferença. Algo tão simples como antecipar a preparação de uma amina, proceder à sua troca antes do *terminus* da mesma, associar mais que uma seringa em perfusão, ter uma torneira livre para iniciar essa droga, avaliar o adequado posicionamento tendo em conta a instabilidade do doente, a vigilância e a monitorização constantes, que porventura irão permitir conhecer o doente através das diferentes tecnologias existentes (Locsin, 2005)

No decorrer do EC a unidade passou por um período atípico de doentes internados, em que o número de doentes era inferior ao expectável para a época. Por

essa razão a prestação de cuidados foi sempre efetuada de acordo com um rácio de 1:1, o que está de acordo com as recomendações da sociedade europeia de cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O facto de ter estado só com um doente em cada um dos turnos ao longo do estágio, revelou-se também uma mais valia relativamente aos cuidados a prestar à família/pessoa significativa do DCAR. Consegui assim estar mais atento e disponível para aquilo que eram as necessidades da família.

A família consiste na unidade social ou grupo de indivíduos que podem encontrar-se relacionadas por união biológica, emocional ou legal, cujas ligações são baseadas em confiança e suporte mútuo (International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A experiência da família em contexto de UCI é extremamente traumatizante, vivenciando momentos de grande instabilidade e vulnerabilidade, sempre que esta esteve presente procurei estabelecer uma comunicação terapêutica, com o objetivo de satisfazer as suas necessidades (Mendes, 2018).

A família enquanto cliente da equipa de enfermagem necessita de ser capacitada, necessita de comunicar com o seu familiar ou com a equipa, mas principalmente a família tem uma grande necessidade de informação (Mendes, 2016). E no decorrer do estágio procurei sempre que me era possível suplantar essa necessidade da família, informando-a e procurando desmistificar medos e receios inerentes à situação do seu familiar e à sua permanência na UCI.

O triângulo terapêutico é composto pelo enfermeiro, pelo doente e pela família ou pessoa significativa deste, tendo que as intervenções de enfermagem ser adequadas a cada um dos intervenientes, devido à sua singularidade. A teoria de Nursing as Caring de Boykin & Schoenhofer (2013) demonstra que todas as pessoas são cuidadoras, em virtude de serem humanas, em virtude da sua humanidade, sendo na relação estabelecida entre quem cuida e quem é cuidado, na valorização da pessoa como pessoa, que surge o conhecimento de si e a compreensão do outro, permitindo assim o crescimento no cuidar (Bailey, 2009; Boykin & Schoenhofer, 2013).

Este EC possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e de competências na identificação e na intervenção em situações de risco de vida junto da PSC, e

principalmente do DCAR, permitindo assim dar resposta às necessidades dos doentes e suas famílias de forma assertiva e competente.

2.2. Ensino Clínico em Serviço de Urgência

O segundo ensino clínico decorreu em um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Centro de Trauma, e teve a duração de 6 semanas, tendo decorrido de 3 de Janeiro a 8 de Fevereiro de 2019 (Apêndice V), serviço esse que permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências a nível da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC e, particularmente a PSC vítima de trauma.

Apesar de já ter exercido funções num SU, este não era um SUP, centro de trauma, mas sim um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. Este nível de diferenciação veio permitir um outro contato com a PSC, uma realidade diferente que me proporcionou adquirir e desenvolver competências ao longo deste EC.

A área temática em que assenta todo este percurso tem como foco de interesse o DCAR. Neste EC, efetuado no SUP, pretendi desenvolver e adquirir competências na prestação de cuidados à PSC, e especificamente à PSC vítima de trauma, pois é uma área de intervenção da enfermagem na qual a minha experiência é mínima, uma vez que até ao momento, seja no SU onde exerci funções anteriormente, ou no meu atual local de trabalho, o contato com o grande politraumatizado é nulo. A PSC vítima de trauma apresenta lesões com risco e/ou potencial risco de vida, lesões essas que muitas vezes necessitam de intervenção cirúrgica, de urgência/emergência, o que eleva o risco de morbilidade e mortalidade associado, tornando-a num DCAR (American College of Surgeons, 2012; Boyd & Jackson, 2005).

O serviço de urgência é, em variadíssimas situações, o primeiro contato com a estrutura de cuidados de grande parte da população acidentada ou com doença súbita que necessitem de atendimento imediato, tendo como principal missão a receção, diagnóstico e prestação de cuidados de saúde na área médica e cirúrgica em contexto de urgência/emergência (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2015; Ponce, 2012).

O EC decorreu num SUP, centro de trauma, da área metropolitana de Lisboa, que recebe doentes da sua área de influência, mas tendo em conta as suas características/valências acaba por receber doentes de diferentes zonas do país (principalmente zona oeste e sul).

No sentido de entender a dinâmica organizacional do SU em muito contribuiu na fase inicial do ensino clínico a visita guiada efetuada ao serviço no primeiro dia de estágio com o enfermeiro orientador. Esta visita não foi a primeira pois já tinha estado neste SU no decorrer da ida a campo para conhecimento dos diferentes campos de estágio possíveis. Serviu assim para reforçar o conhecimento relativamente ao espaço e estrutura do SU, tornando-se facilitador para o meu processo de integração e aprendizagem e conseqüentemente para a prestação de cuidados às pessoas presentes nos diferentes setores do SU.

O SU encontra-se localizado no piso térreo, tendo acesso privilegiado para outros serviços como BO, serviço de imagiologia e Serviço de Medicina Intensiva (SMI), seguindo o cumprimento das “Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências” (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2015).

O circuito dos doentes neste SU não é complicado, mas necessitou de alguma atenção principalmente nos primeiros turnos. Os doentes após chegada ao SU, fazem a sua inscrição na admissão, sendo posteriormente chamados para o sector da triagem, que utiliza o sistema de triagem de Manchester, sistema esse que após a avaliação por parte de um enfermeiro, com formação específica no sistema de triagem de prioridades, seleciona o fluxograma adequado para a situação apresentada e, posteriormente, o discriminador que permite estabelecer a prioridade clínica do doente (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho), sendo de seguida encaminhado para o respetivo setor (Freitas, 2012; Grupo Português de Triagem, 2010).

A realização de turnos na triagem permitiu-me refletir e compreender a sua função e complexidade. Este não foi o meu primeiro contacto com o sistema de Triagem de Manchester, pois enquanto exerci funções num SU, tive a oportunidade de efetuar formação neste âmbito e exercer funções como elemento da triagem. Um dos principais objetivos do elemento da triagem é agilizar o fluxo e encaminhamento adequado de doentes, utilizando para tal uma grande capacidade de juízo clínico,

promovendo sempre a qualidade e segurança de cuidados através de uma relação entre a experiência prévia e o conhecimento científico, com impacto na gestão do SU (Benner, 2001).

Os doentes trazidos em ambulância, seja por bombeiros ou por TEPH, podem fazer o circuito já enunciado, ou então podem ser triados num posto que se encontra localizado entre as salas de reanimação e o setor laranja, e de seguida são encaminhados para o respetivo setor. Existem doentes que depois de triados podem não ser encaminhados para o setor respetivo da sua prioridade, como por exemplo, nos doentes com epistaxis sem HTA que são encaminhados para otorrinolaringologia, ou os doentes que necessitam de observação por psiquiatria ou que, por patologia respiratória, necessitem de aporte de O₂, sendo encaminhados para a sala de inalatórios.

Os doentes que chegam ao SU acompanhados pela ambulância de Suporte Imediato de Vida são observados/triados no setor intermédio ou em sala de reanimação. Já os doentes que chegam acompanhados pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) são recebidos pelo enfermeiro e médico que se encontram escalados na sala de reanimação, sendo esse mesmo enfermeiro que procede à triagem do doente na própria sala de reanimação. Tendo em conta a minha experiência prévia em contexto de SU, em conjunto com as situações vivenciadas neste contexto, posso afirmar que a triagem é muito mais do que seguir e cumprir um fluxograma. A experiência e conhecimento na avaliação clínica realizada pelo enfermeiro influencia diretamente, tanto a pessoa triada como a dinâmica do SU, conduzindo a uma gestão dos cuidados, que permite otimizar a resposta da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar para cada situação em concreto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

O enfermeiro da triagem é o primeiro profissional clínico com quem o doente e a família têm contato, é importante saber comunicar e avaliar todas as situações com a mesma capacidade e postura, o que nem sempre é fácil, devido à constante solicitação, e nível de exigência imposto. Quem exerce funções na triagem tem de possuir um nível de conhecimentos, experiência e capacidade de avaliação rápida de forma a identificar situações de deterioração rápida, sinais e sintomas evidentes e/ou subtis para assim proceder ao melhor encaminhamento para que o doente receba o

melhor nível de cuidados possível para a satisfação das suas necessidades, onde através da gestão de processos complexos de doença crítica, consegue antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica (Benner, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Sheehy, 2011).

O SU além de ser constituído por cada um dos setores respetivos à prioridade atribuída na triagem, é também constituído por sala de inalatórios (para os doentes com necessidade aporte de O₂ ou com patologia respiratória), gabinetes de psiquiatria, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, cirurgia, salas de pequena cirurgia, imagiologia (para realização de raio-x), laboratório de urgência e Serviço de Observação (SO) (com lotação para 16 camas).

A maioria dos turnos realizados neste contexto ocorreram nas salas de reanimação, de forma a alcançar os objetivos delineados e a concluir as atividades a desenvolver neste EC (Apêndice IV). As salas de reanimação são o local de eleição no SU para a receção e estabilização do grande politraumatizado, o que me permitiu assim adquirir e desenvolver competências na abordagem a este tipo de doentes, com os quais possuo pouca experiência.

O SU possui duas salas de reanimação, 1 e 2. Sendo a sala de reanimação 1 de maior dimensão, podendo receber em simultâneo dois doentes, enquanto a sala de reanimação 2 só permite receber um doente. Ambas as salas encontram-se de acordo com as Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências, pois estão preparadas para apoio urgente ou emergente a doentes em estado crítico, possuindo condições para vigilância, diagnóstico, segurança e medidas de suporte avançado de vida (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2015).

Nas salas de reanimação o rácio praticado é de 1:1 ou 1:2, mas nas situações de maior afluência, ou em situações de elevada complexidade, dependência e necessidades de cuidados, é da responsabilidade do enfermeiro coordenador da área ambulatória, mobilizar enfermeiros de outros setores com o objetivo de dar resposta às necessidades daquele momento de forma a otimizar a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Algo que também me permitiu entender melhor a dinâmica deste SU, foi o contacto e a possibilidade de prestar cuidados a doentes inseridos nos protocolos de via verde coronária e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Consigo agora compreender melhor a articulação entre os diferentes serviços, desde o pré-hospitalar até ao serviço de tratamento definitivo, com o objetivo de uma intervenção mais célere e eficaz. Diferentes situações que me permitiram desenvolver competências e aprofundar conhecimentos para desta forma otimizar a prestação de cuidados a estes doentes.

A possibilidade de realizar diferentes turnos ao longo das 24 horas do dia, em diferentes dias da semana, permitiu perceber que o fluxo de entrada de doentes é variável, facto reforçado pelos profissionais do serviço que referem que existem diferentes momentos de afluência ao SU, momentos esses, que levaram à necessidade da gestão pontual dos recursos humanos, no sentido de dar resposta a essas mesmas necessidades, pois o número, nível de dependência e a necessidade de cuidados dos doentes admitidos nunca é conhecido.

De igual forma, foi importante perceber a articulação do SU com os diferentes serviços do hospital, quer no acompanhamento de doentes para realização de exames, ou na transferência de doentes para outros serviços, como por exemplo, a transferência de doentes para a unidade de AVC, e a UCI. Significante foi também o acompanhamento e transferência de doentes para a unidade de hemodinâmica e hemodiálise. De realçar ainda, a articulação com outras instituições, seja para receção de doentes, seja para transferência inter-hospitalar.

Para conseguir acompanhar, vigiar e prestar cuidados aos doentes neste contexto, é necessário conhecer e integrar os diferentes programas informáticos utilizados no SU: o ALERT®, e o Pyxis®. Ambos os programas constituem um instrumento indispensável para a prestação de cuidados de qualidade e em segurança no SU. Apesar de alguma dificuldade inicial, que considero normal, pois nunca tinha trabalhado com estes programas, ambos são de fácil utilização, e bastante intuitivos. A sua utilização no apoio à prestação e gestão de cuidados permitiram o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas relacionadas com a aplicação de tecnologias avançadas e sistemas de informação com o propósito de obter melhores *outcomes* para os doentes (Locsin, 2005).

O Pyxis® consiste num programa informático próprio para a gestão da medicação armazenada. Este sistema é comum a todo o SU, exceto nas salas de reanimação, em que se recorre primeiramente aos carros de urgência, sendo o Pyxis® utilizado quando é necessária medicação que não se encontra disponível no carro de urgência. A obtenção da medicação é feita através da sessão do enfermeiro que irá administrar, partindo da prescrição médica, sendo para isso necessário identificar o utente, bem como a medicação que se pretende extrair, aumentando assim a segurança no momento de administração de terapêutica (Doran, 2011).

Considero o ALERT® como uma mais valia importante, pois integra todas as funcionalidades relativamente a registos, prescrições procedimentos e resultados de MCD, o que permite o planeamento de cuidados individualizados à pessoa.

Estes dois instrumentos permitem uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança, sendo qualquer um deles neste contexto, uma ferramenta tecnológica relevante que permite cuidar melhor (Locsin, 2013).

No decorrer do EC procurei guiar as minhas práticas de acordo com o CDE, o REPE e os pressupostos preconizados pelo Mestrado de Enfermagem à PSC, tendo sido garantida a confidencialidade e o sigilo profissional. De igual forma foi protegida a informação clínica das pessoas a quem prestei cuidados no decorrer deste EC(Ordem dos Enfermeiros, 2015b, 2015a).

Recordo o caso de uma jovem (politraumatizada) vítima de acidente de viação que chegou ao SU acompanhada pela VMER. Após a passagem da doente e de toda a informação por parte da equipa da VMER, rapidamente percebemos que estávamos perante uma situação extremamente complicada e difícil de reverter, pois a vítima esteve bastante tempo encarcerada, tendo evoluído para uma situação de PCR que só reverteu no local ao fim de mais de 30 minutos de manobras. Depois de uma avaliação detalhada por parte da equipa médica foi decidido que se a doente voltasse a entrar em PCR não seriam efetuadas manobras de ressuscitação, algo que veio a acontecer logo de seguida. Foi então solicitada à polícia o contacto com a família, para estes se dirigirem ao SU. Foram prestados os cuidados ao corpo e colocado na sala de reanimação 2, com o objetivo da família se dirigir ali e poder, naquele local, fazer o reconhecimento do corpo sem ter que se dirigir à casa mortuária. Foi permitido à

família e respeitada a sua perda, tendo lhe sido facultado o tempo e espaço possível para manifestarem a sua dor (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Acrescento ainda o facto de este SU ser um serviço onde recorrem doentes de diferentes raças, etnias e religiões. Procurei assim estar atento aos “valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra (...), cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” e, abster-me “de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 82).

Recordo a situação de uma PSC queimada, de nacionalidade filipina, em que o estabelecimento de uma comunicação eficaz não foi um processo simples, pois o doente não falava português, e não era fluente em inglês, tendo sido necessário recorrer a estratégias alternativas para conseguir chegar a uma comunicação eficaz. Como não existia um tradutor disponível para a língua do doente, recorremos à utilização de inglês entre mim, enfermeiro orientador e doente, e procuramos utilizar os mecanismos tecnológicos disponíveis (aplicações de *smartphones*) para conseguir estabelecer uma comunicação eficaz com o doente, e assim conseguir explicar ao doente a que procedimentos seria submetido, perceber a existência de queixas álgicas, sempre sem descurar a informação clínica do doente, utilizando para tal uma abordagem constante e sistematizada do ABCDE. Procurou-se de igual forma preservar o direito à privacidade do doente e o respeito pela intimidade da pessoa, pois como a queimadura foi provocada por um agente químico, este teve a necessidade de realizar uma irrigação com uma grande quantidade de água por pelo menos 20 minutos com exposição corporal, sem descurar o controlo do risco de hipotermia (American College of Surgeons, 2012; Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Outra situação importante e relevante é o contacto com a família. Atualmente todos os doentes ao abrigo da *Lei n.º 15/2014 - Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21*, podem ter um acompanhante (familiar ou pessoa significativa) de forma permanente (Assembleia da República, 2014).

A família é definida pela CIPE como a “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais...” (International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 143).

A experiência da família em contexto de SU é extremamente traumatizante, vivenciando momentos de grande instabilidade e vulnerabilidade (Mendes, 2018).

O SUP é rico em situações cuja intervenção de enfermagem passa pela comunicação com a família, uma vez que esta procura respostas para os anseios relativamente aos seus familiares. Enquanto enfermeiro especialista, importa conseguir articular um processo de enfermagem adequado às necessidades da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Na minha opinião, a integração da família no plano de intervenção do enfermeiro, será importante, pois esta poderá assumir dois papéis: o de sujeito de cuidados e o de recurso para a prestação de cuidado à PSC. Hsiao et al. (2017) refere que o contributo da família face à situação de saúde/doença da PSC é importante, uma vez que para além de poderem dar-lhe suporte, apresentam um conhecimento sobre esta de tal forma que poderá contribuir para os cuidados prestados, favorecendo a individualização dos mesmos, constituindo-se, assim, um recurso, um veículo de informação privilegiada sobre a PSC, pois esta pode apresentar alterações ao nível da comunicação, que podem estar relacionadas com factos como a alteração do estado de consciência por sedação ou não, a presença de dispositivos médicos que possam limitar a comunicação, ou então devido à sua situação de saúde/doença.

A família enquanto cliente da equipa de enfermagem necessita de ser capacitada, necessita de comunicar com o seu familiar ou com a equipa, mas principalmente a família tem uma grande necessidade de informação (Mendes, 2016).

Sempre que a família esteve presente procurei estabelecer uma comunicação terapêutica, com o objetivo de satisfazer as necessidades desta.

O triângulo terapêutico é composto pelo enfermeiro, pelo doente e pela família. A integração no plano terapêutico de todos estes elementos só é possível através de um processo de enfermagem assente num modelo de pensamento complexo que procura responder às diferentes necessidades dos vários intervenientes. Ideia reforçada pela teoria de Nursing as Caring de Boykin & Schoenhofer (2013) que demonstra que todas as pessoas são cuidadoras, em virtude de serem humanas, em virtude da sua humanidade (Bailey, 2009; Boykin & Schoenhofer, 2013).

A complexidade de cuidados na abordagem à PSC e sua família enuncia que esta deve ser feita de forma global, percebendo todos os elementos que a compõem, e as múltiplas interações que se produzem entre os mesmos e a ligação com o ambiente (Hesbeen, 2000).

Em todo e qualquer ato profissional o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício devendo para tal, se necessário, procurar adaptar as normas da qualidade de cuidados às necessidades da pessoa, pois cada pessoa deve ser vista como completamente única, o que significa que pessoas diferentes com experiências semelhantes de sintomas não devem ser tratadas da mesma maneira, logo cada individuo não deve ser “adaptado” a uma norma/protocolo, mas sim a norma/protocolo é que deve ser adaptado às necessidades e às características individuais de cada um (Brink & Skott, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Em contexto de SU, nomeadamente na sala de reanimação, local onde passei o maior número de turnos, os cuidados especializados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. As intervenções devem ser atempadas, rápidas e eficazes, sendo necessário estabelecer prioridades e proceder à avaliação contínua de forma a manter o rigor nos cuidados prestados. Só através de uma avaliação cuidada é que o enfermeiro consegue perceber quais as intervenções eficazes e quais necessitam de ser revistas/melhoradas, só desta forma se consegue corresponder às necessidades do doente. Na prestação de cuidados à PSC no SU, além de aprimorar a competência técnica, foi-me possível melhorar a capacidade de avaliação clínica do doente sem recurso a meios tecnológicos, pois no meu contexto profissional, UCI, existe uma variabilidade de meios tecnológicos que permite, facilita e promove a identificação de focos de instabilidade e conseqüente intervenção. No SU como não existe essa variabilidade de meios é imprescindível que seja capaz de identificar rapidamente esses focos de instabilidade e que consiga intervir de forma célere, priorizando as intervenções de tratamento ou de suporte mais importantes para a estabilização da PSC, recorrendo a dados objetivos, sinais e sintomas do doente, tais como: alterações súbitas do estado de consciência, sinais de dificuldade respiratória ou de via aérea comprometida, alterações da pressão arterial (<90mmHg) e frequência cardíaca (<40bpm ou >140bpm), dor, entre outros (American Heart

Association, 2016; McLean & Zimmerman, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2015c; Sheehy, 2011).

No decorrer deste EC procurei integrar aquelas que são as recomendações da instituição e do serviço no que diz respeito às normas da qualidade instituídas, como por exemplo, através da utilização do protocolo de via verde trauma (Anexo I). De igual forma, através do registo e atualização constante dos registos, seja, na folha de “Registo de Trauma” (Anexo II), na folha de “Registo Trauma/Doente Queimado” (Anexo III). Foram duas situações que tive a oportunidade de presenciar, colaborar e intervir, que permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências, visando a melhoria dos cuidados prestados (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

A utilização dos programas informáticos no SU procura melhorar a qualidade e promover a segurança dos doentes reduzindo o risco de dano desnecessário no decorrer da prestação de cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

A implementação desta tecnologia de suporte permite assim cuidados diferenciados que garantem a segurança dos doentes e a sua sobrevivência, através de intervenções avançadas de vigilância, monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Realço ainda a utilização da pulseira de identificação que é um recurso tecnológico que nos irá permitir otimizar a prestação de cuidados, a vigilância e a segurança das pessoas e melhorar desta forma os resultados esperados, sendo um recurso tecnológico que permite conhecermos e cuidarmos melhor a pessoa. Além disso também é uma mais valia no que diz respeito à organização do serviço, gestão de setores e priorização de intervenções de enfermagem (Locsin, 2005).

Algo que também contribuiu para o meu desenvolvimento no decorrer deste EC, foi a realização do jornal de aprendizagem, pois a prática reflexiva, com distanciamento entre o momento vivenciado e o da reflexão, permitem aprender, compreender a experiência, melhorar a competência, a confiança, e os cuidados prestados, sendo uma boa ferramenta para o desenvolvimento de competências e melhoria da minha prática (Price & Chalker, 2000; Silva, 2010).

A elaboração do jornal de aprendizagem levou-me a refletir sobre o elevado número de doentes que recorrem ao SU, nomeadamente nas salas de reanimação e

área laranja, o que no início do estágio me causou alguns constrangimentos, sentimentos de perda e dificuldade na tomada de decisão. Com o objetivo de ultrapassar esta dificuldade foi extremamente importante a reflexão e a discussão de ideias em conjunto com o enfermeiro orientador. De igual forma preponderante foi o recurso à minha experiência prévia, como enfermeiro de um SU, pois apesar de cada situação ser única e individual, a experiência prévia permite que os novos conhecimentos e competências se produzam em função daquilo que já foi experienciado (Benner, 2001; Canário, 2007).

Com o objetivo de desenvolver competências relativamente à planificação da prestação de cuidados, procurei participar no processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar, seja através da discussão do plano de cuidados com os diferentes elementos, quer nas passagens de turno, estando atento para a necessidade de reencaminhamento dos doentes para outros elementos da equipa multidisciplinar, procurando assim utilizar os recursos existentes de forma eficiente garantindo a promoção da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Igualmente importante foi também a observação do desempenho dos enfermeiros coordenadores, o que me permitiu compreender que estes apesar de nem sempre participarem diretamente na prestação de cuidados são, no entanto, uma peça fundamental, contribuindo para a harmonia do SUP. Por turno existem dois enfermeiros coordenadores, um na área ambulatória (urgência) e outro na área de internamento (SO).

No SO o coordenador assume uma função de gestão dos recursos (humanos e materiais) e dos cuidados (estando integrado na prestação de cuidados, intervindo sempre que solicitado ou que considere pertinente), constituindo-se ponte de comunicação entre os enfermeiros e os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Na área de ambulatório devido à existência de vários sectores e fisicamente distantes entre si, o coordenador assume uma posição de gestão dos recursos humanos. Em meu entender, a gestão de recursos humanos realizada por este enfermeiro coordenador implica que, de facto, este enfermeiro esteja mais “distante” da prestação de cuidados de forma a ter uma visão global da situação, que acaba por ser facilitada pelo fato de não ter de se preocupar com a micro gestão (como

a necessidade de reposição e organização de material, a gestão dos cuidados de cada sector, que ficam à responsabilidade do enfermeiro que lá se encontra destacado); por outro lado, devido a esta posição privilegiada para avaliar cada situação de uma forma mais abrangente, faz com que consiga ter noção da necessidade de mobilizar recursos, como enfermeiros para determinados sectores, deixando livre o enfermeiro de cada sector focado na prestação de cuidados, estando seguro de que o coordenador assim que necessário recorre a essa mobilização. Para estar a par das necessidades de cada um dos setores o enfermeiro coordenador deambula por todo a urgência, e por vezes em simultâneo, consulta o sistema informático com o objetivo de perceber o fluxo de doentes e as diferentes necessidades de cada um dos setores. Este tipo de desempenho permitiu identificar umas das competências do mestrado que pretendi desenvolver enquanto estudante, “Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”, pois só através de uma articulação eficaz e uma gestão eficiente dos diferentes recursos se consegue responder às necessidades dos doentes, e assim alcançar a excelência na prática de cuidados de enfermagem (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Ribeiro, Maria, & Tronchin, 2017).

Os enfermeiros coordenadores pretendem gerir o SU e a sua equipa, procurando otimizar as respostas às necessidades dos doentes. É alguém que gere as equipas, as relações interprofissionais, os conflitos, efetua assessoria aos enfermeiros e restante equipa, colabora nas decisões da equipa multidisciplinar, na orientação de tarefas a delegar, na supervisão dos cuidados prestados e tarefas delegadas, adequa recursos, procurando sempre garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2019).

De igual forma, foi também importante durante a prestação de cuidados, compreender a micro gestão da sala de reanimação, que implica que o enfermeiro que se encontra lá escalado esteja a par dos recursos materiais disponíveis e os que deverá solicitar, sempre com o objetivo de antecipar eventuais necessidades.

Gostaria de salientar a disposição de material nas salas de reanimação (como cateteres periféricos, tubos de colheita de sangue, eléctrodos) que se encontram nas mesas de apoio da sala de reanimação e nas unidades dos utentes no SO. Em meu entender, para além de promover uma gestão rápida dos recursos aquando da

admissão dos utentes, facilita a organização das intervenções, e permite que a ação do enfermeiro seja mais eficiente. Poderá de igual forma contribuir para o controlo da infeção uma vez que na abordagem da PSC requer-se rapidez nas intervenções, pelo que o ato de ir buscar o material ao stock poderá estar associado a uma maior probabilidade de contaminação do material lá acondicionado (Benner, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A dinâmica e complexidade do SU, nomeadamente no período de contingência, época em que decorreu o EC, dificultam o cumprimento dos princípios de controlo da infeção, seja no cumprimento dos 5 momentos preconizados para a higiene das mãos conforme a circular normativa N^o13/DQS/DSD (Direcção-Geral da Saúde, 2010), quer durante a realização de procedimentos, pois o tempo disponível para responder às diferentes solicitações dos distintos intervenientes no SU é de difícil gestão, apesar do enorme esforço da equipa. Muitas vezes a gestão de prioridades, onde a atuação e tratamento imediato são fundamentais, ganham importância de tal forma que tornam as intervenções que visam a prevenção de complicações, como a transmissão de infeção um desafio. No entanto, o facto dos EPI's se encontrarem dispostos à entrada das salas de reanimação, em local de fácil acesso, permitem a sua rápida colocação e uma adequada utilização (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, 2019).

Em contexto de sala de reanimação um fator que considero positivo é o rácio 1:1 ou 1:2, que na minha opinião contribui para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Algo que foi possível constatar aquando da preparação e da realização de técnicas como a algaliação, colocação de Cateter Venoso Central e Linha Arterial.

No decorrer do EC procurei então adquirir algumas estratégias para assim conseguir “maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19364), procurando manter-me atualizado relativamente às recomendações do GCL-PPCIRA da instituição e utilizando as recomendações do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Direcção-Geral da Saúde (2017c) podendo, assim, a minha prestação ser vista como exemplo a seguir pelo cumprimento dos princípios da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, tendo em conta os recursos existentes e o tempo útil disponível em cada

situação, e através de momentos de formação informal entre pares, possibilitando assim a promoção de um ambiente de cuidados seguro.

Considerarei importante, e positivo, o facto de existirem posters nas paredes das salas de reanimação, com esquemas de leitura fácil sobre o modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos – conceito dos “cinco momentos”, no entanto considero que será insuficiente e deveriam existir em outros pontos, de forma a relembrar os profissionais para a importância destes, e necessidade de realização dos mesmos.

No sentido de desenvolver a competência do mestrado: “*Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima*”, foi importante conhecer o plano de emergência externo. Assim sendo, procurei conhecer as particularidades do plano, que se caracteriza por um conjunto de ações que visam dar resposta a uma situação de catástrofe ou uma situação de grande emergência externa em que o hospital esteja envolvido, para que a atuação seja eficaz com a utilização dos recursos disponíveis. Este plano encontra-se organizado em três níveis, (Nível 1 - Resposta imediata com os meios disponíveis; Nível 2 - Resposta com os recursos do Hospital, ativáveis em situações especiais; Nível 3 - Resposta com recursos mobilizáveis em situações de grande emergência. De referir que só quando esgotadas as capacidades e recursos de um determinado nível é que é acionado o nível seguinte pelo conselho de administração do hospital e envolve não só o espaço físico do SUP bem como outras áreas do hospital e requer a mobilização de toda a equipa deste serviço bem como a de equipas de outros serviços. Foi de igual forma pertinente tomar conhecimento, além da adequação/gestão de recursos humanos, conhecer o circuito de doentes em situação de catástrofe, bem como a localização de recursos materiais e a adaptação dos existentes para as situações de emergência e catástrofe.

No decorrer do EC foi possível contactar com três situações de exceção, que apesar de não serem consideradas de emergência/catástrofe tiveram a sua influência na dinâmica do SU: o plano de contingência para o pico da gripe, o encerramento da área de influência de praticamente todos os hospitais da área metropolitana de Lisboa, sendo todos os doentes encaminhados pelo CODU para este SUP, e a limitação do número de macas disponíveis para receber os doentes no SU, levando nomeadamente a que equipas do pré-hospitalar ficassem a aguardar disponibilidade de maca para colocar o doente que tinham acompanhado até ao SU.

Com o objetivo de desenvolver competências na área do “*cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou complexa e ou falência orgânica*”, neste EC procurei desenvolver competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

O trauma consiste num importante problema de saúde pública, em que cerca de uma em cada dez vítimas mortais resulta de situações relacionadas com trauma. A OMS revela que na europa, os acidentes de viação representam aproximadamente 55% dos casos de trauma que são admitidos nos SU, 17% relacionados com quedas, 22% com situações diversas, e 6% com agressões (INEM, 2012a; Rossaint et al., 2016)

O número de doentes vítimas de trauma com que tive a oportunidade de contactar foi menor do que aquele que era expectável para um SUP, centro de trauma. Só tive a oportunidade de contactar com 3 situações de vítimas de trauma, números que apesar de tudo vão ao encontro dos dados revelados pela OMS, 2 vítimas de acidente de viação, 1 vítima de queda (American College of Surgeons, 2018).

Apesar de terem sido poucas as situações, procurei obter o maior número de aprendizagens possíveis, com o objetivo de conseguir adquirir/desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma. Neste sentido, também a reflexão conjunta com o enfermeiro orientador foi importante, para perceber a organização da equipa e a intervenção especializada de enfermagem neste tipo de situações. Foi possível acompanhar um maior número de situações de vítimas de monotrauma, que também acabaram por ser momentos de aprendizagem.

Durante a prestação de cuidados à PSC vítima de trauma procurei sempre aliar a teoria com a prática, de forma a compreender e integrar a sequência de abordagem ABCDE, e que me possibilita-se aprimorar a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, procurando ter sempre em consideração os protocolos (VVT – Anexo I) e as orientações clínicas do serviço.(American College of Surgeons, 2012; INEM, 2012a).

No contacto/prestação de cuidados a vítimas de monotrauma foi possível constatar que os doentes que se encontram acordados, alerta, sóbrios (com GCS

igual a 15), que não apresentem queixas, não possuam dor na região cervical ou em sua linha média, podem ser avaliados sem colar cervical, sendo-lhe solicitado que movimente o pescoço lateralmente, e se continuarem sem referir dor, é solicitado que efetuem movimentos de extensão e flexão com o pescoço. Se se mantiverem sem dor, não necessitam efetivamente do colar cervical, nem necessitam de radiografia à coluna cervical. Esta tipo de abordagem é uma pratica dos enfermeiros com capacidade/competência para efetuar esse tipo de avaliação, indo ao encontro daquilo que é apresentado pelo American College of Surgeons (2012), nas normas para a avaliação de uma possível lesão de coluna em doentes traumatizados.

Na minha opinião, um momento de maior *stress* aquando da receção de uma vítima de trauma, é na transferência da vítima do plano duro da equipa do pré-hospitalar para o plano duro do SU, *stress* esse muito provavelmente relacionado com a minha pouca experiência com esta tipologia de vítimas. Foi possível constatar que neste tipo de situações é sempre utilizada a maca pluma, que permite mobilizar e/ou transferir uma vitima para um plano duro, mantendo estabilização com alinhamento manual e com o mínimo de movimento da coluna vertebral (INEM, 2012b).

Durante a prestação de cuidados à PSC vítima de trauma além de efetuar registos no programa informático do SUP, tive também a oportunidade de efetuar registos no impresso criado pelo SUP especificamente para este tipo de doentes (Anexo II).

A vigilância, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes revelam-se de máxima importância na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma, pois só através da mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas se consegue responder/intervir em tempo útil e de forma holística (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

CONCLUSÃO

Com a realização deste relatório pretendeu-se apresentar de forma crítica e reflexiva, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem ao longo do 8º CMEPSC da ESEL, que tem por base os objetivos delineados pela escola, as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em PSC e as competências enunciadas pelo segundo ciclo de estudos dos descritores de Dublin (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b, 2019).

O percurso formativo efetuado foi de enorme enriquecimento a nível pessoal, contribuindo para uma maior maturidade e desenvolvimento do meu espírito crítico, e a nível profissional, pois a aquisição e desenvolvimento de competências permitem a melhoria dos cuidados prestados, que possibilitam a superação a novos e antigos desafios do dia-a-dia.

Todo este trajeto foi alicerçado na temática – O doente cirúrgico de alto risco: intervenção de enfermagem especializada, tendo como referência o modelo de Dreyfus de aquisição e desenvolvimento de competências, adaptado por Benner (2001) à enfermagem, com o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O recurso à teoria de *Nursing as Caring* de Boykin & Schoenhofer (2013) e à teoria de médio alcance *Technological Competency as Caring in Nursing* de Locsin (2005) serviram de suporte a todo este percurso realizado em contexto de SU e UCI. Estes são ambientes tecnicistas em que os cuidados à PSC necessitam de intervenções qualificadas e intencionais onde a competência tecnológica permite conhecer e cuidar de todos os intervenientes de forma única, respeitando a sua singularidade.

Os cuidados de enfermagem há PSC e família exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação e a pessoa/família, de prevenir e identificar precocemente as complicações, de forma a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Se a avaliação diagnóstica e a monitorização constante da PSC/família são extremamente importantes, o processo de cuidar em situações tão complexas é uma competência especializada em enfermagem que permite algo tão diferenciado como é a intervenção de forma holística (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Todo este percurso foi desenvolvido de acordo com uma prática segura, profissional, ética e legal, de forma a garantir uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e a responsabilidade profissional de acordo com o CDE e o REPE, procurando assim contribuir para a segurança e qualidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, 2015a, 2019).

A participação e colaboração em projetos institucionais, implementação de programas, a interiorização e dinamização das normas da qualidade das instituições onde decorreram os EC's, permitiram melhorar e aumentar a qualidade e a segurança dos doentes e, assim contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio.

Relativamente ao domínio de capacidades e competências referente ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, posso afirmar que tive a oportunidade de desenvolver competências já previamente adquiridas, mas com o decorrer do EC, onde as oportunidades de prestação de cuidados foram variadas e múltiplas, também consegui obter e desenvolver capacidades e competências importantes para a prestação de cuidados à PSC, e competências especializadas para a prestação de cuidados ao DCAR e sua família.

Quanto à gestão dos cuidados, foram múltiplas as situações em que tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador do EC e/ou o enfermeiro chefe de equipa. De igual forma consegui participar em diferentes momentos enquanto gestor dos cuidados da PSC que se encontrava à minha responsabilidade, o que permitiu desenvolver competências para otimizar a resposta da equipa multidisciplinar, para melhorar o *outcome* da PSC.

Com o objetivo de conseguir dar resposta às necessidades de uma situação de catástrofe ou emergência multivítimas, procurei integrar nas diferentes instituições onde decorreram os EC's, qual o plano de emergência interno. No SU procurei também conhecer qual o plano de emergência externo e, quais os recursos e circuitos a utilizar para as situações de exceção, como aconteceu no decorrer do EC, com o plano de contingência da gripe, "encerramento" de SU de outros hospitais da área metropolitana.

De forma a maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção da PSC no decorrer da prestação de cuidados procurei assegurar o cumprimento de procedimentos e normas específicas do GCL-PPCIRA da instituição onde decorreu o EC, com o objetivo de uniformizar a prestação dos cuidados tendo em vista a qualidade dos mesmos.

Acrescento ainda que em todos os momentos de prestação de cuidados procurei respeitar/cumprir os princípios da prevenção da infeção, tendo em conta os recursos existentes e o tempo útil disponível em cada situação, procurando assim promover um ambiente de cuidados seguro.

Para manter uma atualização constante e adequada às necessidades da PSC, procurei manter-me atualizado relativamente às últimas orientações das diferentes temáticas. Foi de igual forma um importante contributo a realização dos trabalhos ao longo dos diferentes EC, que permitiram assim acrescentar qualidade à minha intervenção junto da PSC. Realço também como fator importante a minha colaboração como elemento da comissão organizadora do 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Anexo IV), pois um enfermeiro especialista também deve liderar projetos de formação que divulguem a mais recente evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Como já referi anteriormente na descrição do percurso de aquisição e desenvolvimento de competência em contexto de UCI, a possibilidade de acompanhar um DCAR no decorrer do seu procedimento cirúrgico foi extremamente marcante e importante para mim. De futuro pretendo apresentar esta sugestão aos meus superiores hierárquicos para que os meus colegas, pelo menos os que venham a ter um período de integração tenham essa possibilidade, pois considero que o facto de

conhecer e perceber a dinâmica de uma cirurgia, permite uma melhoria na qualidade de cuidados a prestar aos doentes.

Futuramente pretendo continuar a investir na minha formação. Trauma, transporte do doente crítico e gestão em enfermagem, serão as áreas temáticas a abordar em primeiro lugar, pois são áreas onde continuo a sentir necessidade de aprofundar conhecimentos, técnicas e competências, para assim conseguir uma prática de excelência.

Também como projeto futuro pretendo, no domínio da temática aqui apresentada, divulgar a RIL elaborada por mim no decorrer deste curso, no sentido de difundir evidência científica na área do DCAR. Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento e promoção da formação contínua dos enfermeiros encontro-me a colaborar na organização do 2º congresso do SMI do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Anexo V), no qual irei também participar como conferencista numa mesa relacionada com o DCAR.

Em jeito de reflexão, posso afirmar que tive alguma dificuldade na realização de trabalho, principalmente ao nível da expressão escrita. Com o objetivo de ultrapassar esta dificuldade procurei manter-me atualizado com a mais recente evidência científica, para dessa forma facilitar o meu processo de escrita. De igual forma procurei realizar todos os trabalhos escritos atempadamente, procurando recolher quais os aspetos de melhoria a este nível junto da professora orientadora. A conciliação do papel profissional/aluno nem sempre foi de fácil gestão, mas de igual forma, aproveitei para transformar esta dificuldade em mais um momento de aprendizagem.

As dificuldades vivenciadas em cada momento deste percurso, foram vistas como oportunidades de melhoria e de crescimento, onde a parceria com os orientadores de estágio, outros profissionais e professores foram determinantes para me ajudar a ser melhor enfermeiro e melhor pessoa.

Após o que foi descrito neste relatório de estágio, posso afirmar que consegui adquirir e desenvolver competências para a prestação de cuidados à PSC, mas principalmente para a prestação de cuidados especializados de enfermagem ao DCAR e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, & Unidade de Instalações e Equipamentos. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. (UIE/ACSS, Ed.), RT 09/2013. Lisboa.
<https://doi.org/10.1007/BF00822731>
- Administração Central do Sistema de Saúde, & Unidade de Instalações e Equipamentos. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. (P. Cabral, Ed.) (RT 11/2015). Lisboa: UIE/ACSS.
- AESOP, A. dos En. de S. de O. P. (2013). Frequently Asked Questions, 1–5. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/deep2013-faqs-pdf.aspx>
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support®*. (C. de T. Colégio Americano de Cirurgiões, Ed.) (Nona). Chicago.
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support®* (10ª). Chicago.
- American Heart Association. (2016). *Advanced Cardiovascular Life Support*. (American Heart Association, Ed.) (1º Edition). Integracolor, LTD.
- Assembleia da República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, 1.ª série(Lei n.º 15/2014), 2127–2131.
- Bailey, D. N. (2009). Caring Defined : A Comparison and Analysis. *International Journal for Human Caring*, 13(1), 16–32.
- Barbas, C. S. V., & Couto, L. P. (2012). Tubos endotraqueais com aspiração suprabalonete diminuem a taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica e são custo-efetivos ? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24(4), 320–321.
<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000400004>

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Ed. Comemorativa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22679841>
- Bolander, V. B. (1998). *Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental : abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boyd, O., & Jackson, N. (2005). How is risk defined in high-risk surgical patient management? *Critical Care (London, England)*, 9(4), 390–396. <https://doi.org/10.1186/cc3057>
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). Nursing as caring: a model for transforming practice. *NLN Publications*, (15–2549), i–xxxii, 1–108. Retrieved from <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8367273>
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 563–567. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>
- Bulechek, G. M. ;, Butcher, H. K. ;, & Dotcherman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Canadian Nurses Association. (2008). Advanced Nursing Practice A National Framework. *Framework*, 1–53.
- Canário, R. (2007). Aprendizagens e quotidianos profissionais. *Processos de Formação Na E Para a Prática de Cuidados*, 175–185.
- Dalmedico, M. M., Salas, D., Oliveira, A. M. de, Baran, F. D. P., Meardi, J. T., & Santos, M. C. (2017). Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome: overview of systematic reviews. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016048803251>

- De Oliveira, V. M., Weschenfelder, M. E., Deponti, G., Condessa, R., Loss, S. H., Bairros, P. M., ... Vieira, S. R. R. (2016). Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 62(3), 287–293. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.287>
- Dias, A. T., Matta, P. de O., & Nunes, W. A. (2006). Severity indexes in an adult intensive care unit: clinical evaluation and nursing work. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(3), 276–281. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25310442>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), 11. Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcoco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto Queimaduras. *Norma 022/2012*, 1–29.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma Nº 001/2017 de 08/02/2017*, 1–8.
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). DESCRITORES DUBLIN. Retrieved July 12, 2018, from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (D.-G. da Saúde, Ed.) (Vol. 6). Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa*, 1(Nº: 13/DQS/DSD), 1–37.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Norma 021/2015*, 1–13. Retrieved from

<https://bit.ly/307jpDr>

- Doran, D. (2011). *Nursing outcomes : the state of the science*. (Jones & Bartlett Learning, Ed.) (2nd ed.). Sudbury.
- Elias, A. C. G. P., Matsuo, T., Cardoso, L. T. Q., & Grion, C. M. C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 324–329. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300004>
- Eliete, M., Moura, B., Nazareno, J., Oliveira, P. De, Maria, C., & Sousa, M. De. (2014). Artigo Análise Reflexiva a Estratégia Saúde Da Família E As Tecnologias Em Saúde : Análise Reflexiva, 8(7), 2155–2160. <https://doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201442>
- Elliott, D., Aitken, L., Chaboyer, W., & Australian College of Critical Care Nurses. (2012). *ACCCN's critical care nursing*. (D. Elliott, L. Aitken, & W. Chaboyer, Eds.) (2 Ed.). Chatswood: Elsevier.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), 353–362. <https://doi.org/10.1177/0969733010361442>
- Fairman, J., & Lynaught, J. (2000). *Critical Care Nursing: A History* (1st–2000th ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Freitas, P. T. (2012). Protocolo de Triagem de Manchester - a gestão de risco como missão do serviço de urgência. In LIDEL (Ed.), *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição, pp. 1–7). Lisboa: Edições Técnicas, Lda.
- Funk, M. (2011). As health care technology advances: Benefits and risks. *American Journal of Critical Care*, 20(4), 285–291. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011810>

- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Godinho, N. (2017). GUIA ORIENTADOR PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ESCRITOS , REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E CITAÇÕES Normas APA e ISO 690 (NP 405), 690.
- Goldsworthy, S., Kleinpell, R., & Williams, G. (2017). *International Best Practices in Critical Care Nursing* . (2ª). Queensland: World Federation of Critical Care Nurses. Retrieved from <https://wfccn.org/ebook/>
- Grossman, S., Bautista, C., & Sullivan, L. (2002). Using Evidence-based Practice to Develop a Protocol for Postoperative Surgical Intensive Care Unit Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência Protocolo de TRIagem de Manchester*. (Grupo Português de Triagem, Ed.) (2ª). Amadora.
- Guérin, C., Reignier, J., Richard, J.-C., Beuret, P., Gacouin, A., Boulain, T., ... Ayzac, L. (2013). Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2159–2168. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214103>
- Hammerschmidt, K. S. D. A., Santos, S. S. C., Erdmann, A. L., Caldas, C. P., & Lunardi, V. L. (2013). Complexidade do cuidado de enfermagem ao idoso: reflexões sobre a abordagem ecossistêmica da saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(1), 198–203. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i1.17973>
- Henneman, E. (2009). Patient Safety and Technology. *AACN Advanced Critical Care*, 20(2), 128–132. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e3181a0b468>
- Henneman, E., Gawlinski, A., & Giuliano, K. (2012). Surveillance: A Strategy for Improving Patient Safety in Acute and Critical Care Units. *Critical Care Nurse*, 32(2), e9–e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital. *Cuidar No Hospital: Enquadrar Os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva Do Cuidar*. <https://doi.org/972-8383-11-8>
- Hodgman, T. M., Brill, R. J., Spevetz, A., Kline, A. M., Montgomery, V. L., Puri, N., ...

Pronovost, P. J. (2015). Critical Care Delivery: The Importance of Process of Care and ICU Structure to Improved Outcomes: An Update From the American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care. *Critical Care Medicine*, 43(7), 1520–1525.

<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000978>

Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y., Lin, C. C., Han, C. Y., & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3–8.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>

INEM. (2012a). *EMERGÊNCIAS DE TRAUMA*. (INEM, Ed.) (1ª Edição). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

INEM. (2012b). *TÉCNICAS DE EXTRAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO DE VÍTIMAS DE TRAUMA*. (INEM, Ed.) (1ª Edição). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

International Council of Nurses, & Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. (C. I. de Enfermeiros & O. dos Enfermeiros, Eds.), *Edição Portuguesa*. Genebra: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Kvetan, V., & Currie, B. (2006). ICU Without Walls: A New York City Model. In *Medical Emergency Teams* (pp. 134–144). New York, NY: Springer New York.
https://doi.org/10.1007/0-387-27921-0_13

Locsin, R. (1995). Machine Technologies and Caring in Nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201–203. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00859.x>

Locsin, R. (2001). The culture of technology: defining transformation in nursing, from “the lady with a lamp” to “robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15559041>

Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing: a model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

- Locsin, R. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal of Human Caring*, 11(1), 38–43. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.1.38>
- Locsin, R. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.
- Locsin, R. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, 64(1–2), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Martins, C. R., & Sasso, G. T. M. D. (2008). Editorial tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem, 17(1), 11–12. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>
- McConachie, I. (2002). *Anaesthesia for the High Risk Patient*. (I. McConachie, Ed.) (1^a, Vol. 52). London: Plymbridge Distributors Ltd. [https://doi.org/10.2344/0003-3006\(2005\)52\[41:AFTHRP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.2344/0003-3006(2005)52[41:AFTHRP]2.0.CO;2)
- McLean, B., & Zimmerman, J. (2007). *Fundamental Critical Care Support* (Fourth Edi). Mount Prospect, IL 60056: Society of Critical Care Medicine.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibility of Professionals To Information Needs : Experience of the Family At the Intensive Care Unit Sensibilidade Dos Profissionais Face À Necessidade De Informação : Experiência Vivida Pela Família Na Unidade De De Información : Experiencia Vivida De, 25(1), 1–9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, A. P. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16225388>
- Minto, G., & Biccard, B. (2014). Assessment of the high-risk perioperative patient. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 14(1), 12–17.

<https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt020>

- Nicolás, A., Aizpitarte, E., Iruarrizaga, A., Vázquez, M., MA, M., & MC, A. (2008). Perception of night-time sleep by the surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 13(1), 25–33. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00255.x>
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, 1–38. <https://doi.org/10.1111/jonm.12157>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código deontológico, 1–19.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Ordem Dos Enfermeiros*, 112. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2ª Série*, (Regulamento n.º 361/2015), 17240–17243.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República, 2ª Série*, (0), 3478–3487.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). 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 periope. *Diário Da República, 2ª Série - Nº135*, 11.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019, Regulament*, 4744–4750.
- Pearse, R., Moreno, R., Bauer, P., Pelosi, P., Metnitz, P., Spies, C., ... Rhodes, A. (2012). Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *The Lancet*,

- 380(9847), 1059–1065. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61148-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61148-9)
- Pearse, R., Rhodes, A., & Grounds, M. (2004). Clinical review: how to optimize management of high-risk surgical patients. *Critical Care (London, England)*, 8, 503–507. <https://doi.org/10.1186/cc2922>
- Ponce, P. (2012). *Manual de Urgências e Emergências (2ª Edição)*. Lisboa: LIDEL.
- Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva (1ª)*. Lisboa: LIDEL.
- Pontes, S., Salazar, R., & Torres, O. (2013). Avaliação perioperatória de pacientes em unidade de terapia intensiva, 40(2), 92–97.
- Price, A. M., & Chalker, M. (2000). Our journey with clinical supervision in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(1), 51–55. <https://doi.org/10.1054/iccn.1999.1475>
- Reis Miranda, D., Nap, R., De Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., Abizanda, R., ... Zimmerman, J. E. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Rhodes, A., Cecconi, M., Hamilton, M., Poloniecki, J., Woods, J., Boyd, O., ... Grounds, R. M. (2010). Goal-directed therapy in high-risk surgical patients: A 15-year follow-up study. *Intensive Care Medicine*, 36(8), 1327–1332. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1869-6>
- Ribeiro, O., Maria, D., & Tronchin, R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem : um estudo em hospitais portugueses, 89–100.
- Rossaint, R., Bouillon, B., Cerny, V., Coats, T. J., Duranteau, J., Fernández-mondéjar, E., ... Vincent, J. (2016). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma : fourth edition. *Critical Care*, 1–55. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1265-x>
- Sankar, A., Beattie, W. S., & Wijesundera, D. (2015). How can we identify the high-risk patient? *Current Opinion in Critical Care*, 21(4), 328–335. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000216>
- Sheehy's, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à pratica. (4ª Edição)*. Loures: Lusociência.

- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática* (6ª). Lusociência.
- Silva, A. (2010). *Reformas no Sector da Saúde: A Equidade em Cuidados Intensivos*. Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos, Recomendações*. (Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Ed.).
- Taguchi, T., Yano, M., & Kido, Y. (2007). Influence of bright light therapy on postoperative patients: A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 289–297. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.004>
- The Royal College of Surgeons of England. (2011). The Higher Risk General Surgical Patient : Towards Improved Care for a Forgotten Group Department of Health on. *London: Royal College of Surgeons of England. Department of Health*, 1–36. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+Higher+Risk+General+Surgical+Patient+Towards+Improved+Care+for+a+Forgotten+Group#0>
- Thelan, L. A., Davie, J. K., Urden, L. D., & Lough, M. E. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição). Loures: Lusociência.
- Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>
- Unamuno, M. do R. D. L., & Marchini, J. S. (2002). SONDA NASOGÁSTRICA/NASOENTÉRICA: CUIDADOS NA INSTALAÇÃO, NA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 35(1), 95–101. <https://doi.org/10.11606>
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

Yang, J. G., & Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 1062–1072. <https://doi.org/10.1111/jocn.13115>

APÊNDICES

Apêndice I

Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Título

Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) submetida a cirurgia.

Revisores

Hélio Correia

Professora Cândida Durão

Instituição

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Questão

Quais as intervenções de enfermagem à PSC submetida a cirurgia que se encontra internada na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)?

P – PSC submetida a Cirurgia;

I – Intervenções de Enfermagem;

Co – UCI.

Objetivo

Identificar quais as intervenções de enfermagem à PSC submetida a cirurgia que se encontra internada na UCI.

Enquadramento Teórico

A competência e a prática competente visam implementar intervenções de enfermagem competentes e juízos clínicos em cada situação clínica. Os domínios e competências são igualmente úteis para a articulação contínua do conhecimento contido na prática especializada de enfermagem. Benner citada por Tomey & Alligood, (2004).

A pessoa em situação crítica é aquela que não consegue de forma independente manter-se estável, ou que se encontra em situação de deterioração rápida, em que a sua sobrevivência encontra-se totalmente dependente dos cuidados avançados de vigilância, monitorização, terapêutica e da tecnologia de suporte. (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2015c)

Os cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. (Ordem dos Enfermeiros, 2015c)

Florence Nightingale acreditava que o papel da enfermagem consistia em evitar a interrupção do processo reparador e fornecer condições ótimas para a sua melhoria, colocando o doente na melhor posição para que a natureza agisse sobre ele. A enfermeira tinha de controlar/manipular o ambiente para proteger o doente de danos físicos e psicológicos, o que permitia prevenir a doença e melhorar a recuperação do doente. Assim sendo, as intervenções de enfermagem concentram-se na gestão do ambiente com o objetivo de diminuir o dispêndio de energia desnecessário do doente, promovendo assim a cura. (George, 2000; Tomey & Alligood, 2004)

Para Bolander (1998) as intervenções de enfermagem são ações específicas realizadas para ajudar a pessoa a atingir os resultados esperados.

As intervenções de enfermagem consistem em qualquer tipo de cuidados diretos ou indiretos promovidos pelos enfermeiros, que baseados no julgamento e conhecimento clínico permitem melhorar os resultados dos doentes, famílias e comunidade. (Bulechek et al., 2010)

As intervenções são o poder da enfermagem, sendo também designadas como ordens ou prescrições de enfermagem, as quais constituem a abordagem ao tratamento de um problema identificado. Devendo consistir na atividade terapêutica

que ajude o doente a deslocar-se de um estado de saúde para o outro. (Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1996)

Cada doente é único, transformando cada situação num momento singular, o que poderá obrigar a uma série de intervenções distintas para corresponder ao mesmo objetivo com doentes diferentes. As intervenções devem ser atempadas, rápidas e eficazes, sendo necessário estabelecer prioridades e proceder à avaliação contínua de forma a manter o rigor nos cuidados prestados. Só através de uma avaliação cuidada é que o enfermeiro consegue perceber quais as intervenções eficazes e quais necessitam de ser revistas/melhoradas, só desta forma se consegue corresponder às necessidades do doente. (Sheehy's, 2001)

A PSC encontra-se em qualquer local, mas é na UCI que a equipa de enfermagem consegue ter uma intervenção extremamente preponderante. As UCI são bastante dependentes da tecnologia, e é da relação estabelecida entre esta e a equipa de enfermagem que surgem as intervenções que expressam a competência tecnológica, que é vista e valorizada como uma expressão do cuidado em enfermagem, sendo a tecnologia uma ferramenta transformadora do cuidado humano. (Eliete et al., 2014; Funk, 2011; Locsin, 2013)

A competência tecnológica é a demonstração qualificada de intervenções de enfermagem intencionais, deliberadas e autênticas que são realizadas em ambientes que exigem conhecimentos tecnológicos, com o propósito de conhecer as pessoas como um todo. (Locsin, 2005)

Todos os doentes submetidos a cirurgia devem ser avaliados de forma a considerar a necessidade de serem admitidos em UCI, e para tal devem ser ponderados diferentes aspetos, como por exemplo as comorbilidades, o risco associado ao procedimento cirúrgico, e eventos intraoperatórios. (Ponce & Mendes, 2015)

As UCI são unidades complexas, destinadas à prestação de cuidados aos doentes críticos, necessitando para tal de um espaço físico específico e recursos humanos diferenciados/especializados, onde as intervenções de enfermagem em muitas situações diferem das realizadas em outros contextos, pois os doentes encontram-se também a vivenciar uma situação de grande vulnerabilidade.

Esta RIL surge assim neste contexto, com o objetivo de identificar quais as intervenções de enfermagem à PSC submetida a cirurgia que se encontra internada na UCI.

Pertinência do Estudo

As intervenções de enfermagem à PSC submetida a cirurgia que se encontra internada na UCI, são de extrema importância, pois são cuidados que perante uma situação de instabilidade, permitem manter a vigilância, a segurança, prevenir complicações, promover a saúde, procurando desta forma garantir a melhor qualidade de vida.

A gestão das intervenções de enfermagem em contexto de UCI é um desafio permanente, pois os cuidados à PSC devem contemplar todas as suas dimensões.

Critério de Inclusão

População: Esta revisão integrativa irá incluir todos os estudos que abordem a PSC submetida a cirurgia que se encontre internada na UCI;

Fenómeno de Interesse: Esta revisão integrativa irá incluir todos os estudos que abordem as intervenções de enfermagem no pós-operatório;

Contexto: Esta revisão integrativa irá incluir todos os estudos que abordem a PSC internada na UCI;

Tipos de Estudo: Esta revisão integrativa irá incluir todos os tipos de estudos, trabalhos ou documentos publicados ou não publicados, de língua portuguesa ou inglesa a que se tenha acesso.

Critério de Exclusão

Serão excluídos os estudos, trabalhos ou documentos que abordem a cirurgia cardíaca, ou a cirurgia de transplantação e os que foram publicados anteriormente a 1999.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa desta revisão integrativa da Literatura tem como objetivo encontrar os artigos científicos, bem como literatura cinzenta (artigos não publicados), relacionada com o tema que se pretende aprofundar.

A estratégia de pesquisa utilizada nesta revisão teve diferentes etapas. Em primeiro foi efetuada uma pesquisa livre em diferentes bases de dados, como *GOOGLE, B-on, Cinahl e Medline*, com o objetivo de identificar as palavras-chave contidas no título, resumo e os termos de indexação usados em cada artigo. De seguida, entre 15 e 30 de junho, foi efetuada uma nova pesquisa usando os termos de indexação nas bases de dados *MEDLINE Plus with full text, CINAHL Plus with full text*, e *Cochrane database of systematic reviews* na plataforma *EBSCOhost Web*. Foi integrado ainda um artigo de literatura cinzenta que cumpria os critérios de inclusão.

Os descritores específicos utilizados foram:

POPULAÇÃO	FENÓMENO DE INTERESSE	CONTEXTO
<u>PSC submetida a</u> <u>cirurgia</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>UCI</u>
Critically ill Patients; Critical Patients; Acutely ill Patients; Severe Patient; Surgical Patient.	Postoperative Care; Postoperative Complications; Postoperative Nursing.	Intensive Care Unit; ICU; Critical Care Unit; Surgical Intensive Care Unit.

Método de Revisão e Colheita de Dados

Depois da obtenção dos resultados, os artigos serão compilados de forma a conseguir eliminar aqueles que se encontram duplicados, de seguida serão eliminados mediante a análise do título e do *abstract*, e aqueles que não se encontrem em língua portuguesa ou inglesa.

De seguida será efetuada então uma leitura integral dos artigos, com o objetivo de perceber a sua pertinência, relevância, adequação e cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão.

O exposto anteriormente será efetuado segundo o PRISMA *Flow Diagram*.

Síntese e Apresentação de Resultados

Os resultados da RIL serão apresentados numa tabela de caracterização dos artigos, onde constam os seguintes dados:

- Identificação do estudo (Título, Autor e Ano);
- Características Metodológicas;
- Objetivo do estudo;
- Resultados, Conclusões e Limitações;
- Intervenções de Enfermagem.

Conflito de Interesses

Os revisores afirmam que não existe conflito de interesses.

Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde, & Unidade de Instalações e Equipamentos. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. (UIE/ACSS, Ed.), RT 09/2013. Lisboa.

<https://doi.org/10.1007/BF00822731>

Administração Central do Sistema de Saúde, & Unidade de Instalações e Equipamentos. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. (P. Cabral, Ed.) (RT 11/2015). Lisboa: UIE/ACSS.

AESOP, A. dos En. de S. de O. P. (2013). Frequently Asked Questions, 1–5. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/deep2013-faqs-pdf.aspx>

American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support®*. (C. de T. Colégio Americano de Cirurgiões, Ed.) (Nona). Chicago.

American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support® (10ª)*. Chicago.

- American Heart Association. (2016). *Advanced Cardiovascular Life Support*. (American Heart Association, Ed.) (1^o Edition). Integracolor, LTD.
- Assembleia da República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, 1.^a série(Lei n.º 15/2014), 2127–2131.
- Bailey, D. N. (2009). Caring Defined : A Comparison and Analysis. *International Journal for Human Caring*, 13(1), 16–32.
- Barbas, C. S. V., & Couto, L. P. (2012). Tubos endotraqueais com aspiração suprabalonete diminuem a taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica e são custo-efetivos ? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24(4), 320–321. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000400004>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Ed. Comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22679841>
- Bolander, V. B. (1998). *Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental : abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boyd, O., & Jackson, N. (2005). How is risk defined in high-risk surgical patient management? *Critical Care (London, England)*, 9(4), 390–396. <https://doi.org/10.1186/cc3057>
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). Nursing as caring: a model for transforming practice. *NLN Publications*, (15–2549), i–xxxii, 1–108. Retrieved from <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8367273>
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 563–567. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>

- Bulechek, G. M. ;, Butcher, H. K. ;, & Dotchtermann, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Canadian Nurses Association. (2008). Advanced Nursing Practice A National Framework. *Framework*, 1–53.
- Canário, R. (2007). Aprendizagens e quotidianos profissionais. *Processos de Formação Na E Para a Prática de Cuidados*, 175–185.
- Dalmedico, M. M., Salas, D., Oliveira, A. M. de, Baran, F. D. P., Meardi, J. T., & Santos, M. C. (2017). Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome: overview of systematic reviews. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016048803251>
- De Oliveira, V. M., Weschenfelder, M. E., Deponti, G., Condessa, R., Loss, S. H., Bairros, P. M., ... Vieira, S. R. R. (2016). Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 62(3), 287–293. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.287>
- Dias, A. T., Matta, P. de O., & Nunes, W. A. (2006). Severity indexes in an adult intensive care unit: clinical evaluation and nursing work. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(3), 276–281. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25310442>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), 11. Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto Queimaduras. *Norma 022/2012*, 1–29.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma Nº 001/2017 de 08/02/2017*, 1–8.
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). DESCRITORES DUBLIN. Retrieved July

12, 2018, from

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

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. (D.-G. da Saúde, Ed.) (Vol. 6). Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento.

Direcção-Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa*, 1(Nº: 13/DQS/DSD), 1–37.

Direcção-Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Norma 021/2015*, 1–13. Retrieved from <https://bit.ly/307jpDr>

Doran, D. (2011). *Nursing outcomes : the state of the science*. (Jones & Bartlett Learning, Ed.) (2nd ed.). Sudbury.

Elias, A. C. G. P., Matsuo, T., Cardoso, L. T. Q., & Grion, C. M. C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 324–329. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300004>

Eliete, M., Moura, B., Nazareno, J., Oliveira, P. De, Maria, C., & Sousa, M. De. (2014). Artigo Análise Reflexiva a Estratégia Saúde Da Família E As Tecnologias Em Saúde : Análise Reflexiva, 8(7), 2155–2160. <https://doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201442>

Elliott, D., Aitken, L., Chaboyer, W., & Australian College of Critical Care Nurses. (2012). *ACCCN's critical care nursing*. (D. Elliott, L. Aitken, & W. Chaboyer, Eds.) (2 Ed.). Chatswood: Elsevier.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com o No NCE/09/01932*, 1. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

- Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), 353–362.
<https://doi.org/10.1177/0969733010361442>
- Fairman, J., & Lynaught, J. (2000). *Critical Care Nursing: A History* (1st–2000th ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Freitas, P. T. (2012). Protocolo de Triagem de Manchester - a gestão de risco como missão do serviço de urgência. In LIDEL (Ed.), *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição, pp. 1–7). Lisboa: Edições Técnicas, Lda.
- Funk, M. (2011). As health care technology advances: Benefits and risks. *American Journal of Critical Care*, 20(4), 285–291. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011810>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Godinho, N. (2017). GUIA ORIENTADOR PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ESCRITOS , REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E CITAÇÕES Normas APA e ISO 690 (NP 405), 690.
- Goldsworthy, S., Kleinpell, R., & Williams, G. (2017). *International Best Practices in Critical Care Nursing* . (2ª). Queensland: World Federation of Critical Care Nurses. Retrieved from <https://wfccn.org/ebook/>
- Grossman, S., Bautista, C., & Sullivan, L. (2002). Using Evidence-based Practice to Develop a Protocol for Postoperative Surgical Intensive Care Unit Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência Protocolo de TRIagem de Manchester*. (Grupo Português de Triagem, Ed.) (2ª). Amadora.
- Guérin, C., Reignier, J., Richard, J.-C., Beuret, P., Gacouin, A., Boulain, T., ... Ayzac, L. (2013). Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2159–2168.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214103>
- Hammerschmidt, K. S. D. A., Santos, S. S. C., Erdmann, A. L., Caldas, C. P., & Lunardi, V. L. (2013). Complexidade do cuidado de enfermagem ao idoso: reflexões sobre a abordagem ecossistêmica da saúde. *Ciência, Cuidado e*

- Saúde*, 12(1), 198–203. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i1.17973>
- Henneman, E. (2009). Patient Safety and Technology. *AACN Advanced Critical Care*, 20(2), 128–132. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e3181a0b468>
- Henneman, E., Gawlinski, A., & Giuliano, K. (2012). Surveillance: A Strategy for Improving Patient Safety in Acute and Critical Care Units. *Critical Care Nurse*, 32(2), e9–e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital. *Cuidar No Hospital: Enquadrar Os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva Do Cuidar*. <https://doi.org/972-8383-11-8>
- Hodgman, T. M., Brill, R. J., Spevetz, A., Kline, A. M., Montgomery, V. L., Puri, N., ... Pronovost, P. J. (2015). Critical Care Delivery: The Importance of Process of Care and ICU Structure to Improved Outcomes: An Update From the American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care. *Critical Care Medicine*, 43(7), 1520–1525. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000978>
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y., Lin, C. C., Han, C. Y., & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- INEM. (2012a). *EMERGÊNCIAS DE TRAUMA*. (INEM, Ed.) (1ª Edição). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- INEM. (2012b). *TÉCNICAS DE EXTRAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO DE VÍTIMAS DE TRAUMA*. (INEM, Ed.) (1ª Edição). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- International Council of Nurses, & Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. (C. I. de Enfermeiros & O. dos Enfermeiros, Eds.), Edição Portuguesa. Genebra: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
- Kvetan, V., & Currie, B. (2006). ICU Without Walls: A New York City Model. In

Medical Emergency Teams (pp. 134–144). New York, NY: Springer New York.
https://doi.org/10.1007/0-387-27921-0_13

Locsin, R. (1995). Machine Technologies and Caring in Nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201–203. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00859.x>

Locsin, R. (2001). The culture of technology: defining transformation in nursing, from “the lady with a lamp” to “robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15559041>

Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing: a model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Locsin, R. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal of Human Caring*, 11(1), 38–43. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.1.38>

Locsin, R. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.

Locsin, R. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, 64(1–2), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>

Martins, C. R., & Sasso, G. T. M. D. (2008). Editorial tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem, 17(1), 11–12. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>

McConachie, I. (2002). *Anaesthesia for the High Risk Patient*. (I. McConachie, Ed.) (1^a, Vol. 52). London: Plymbridge Distributors Ltd. [https://doi.org/10.2344/0003-3006\(2005\)52\[41:AFTHRP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.2344/0003-3006(2005)52[41:AFTHRP]2.0.CO;2)

McLean, B., & Zimmerman, J. (2007). *Fundamental Critical Care Support* (Fourth Edi). Mount Prospect, IL 60056: Society of Critical Care Medicine.

Mendes, A. P. (2016). Sensibility of Professionals To Information Needs : Experience of the Family At the Intensive Care Unit Sensibilidade Dos Profissionais Face À Necessidade De Informação : Experiência Vivida Pela Família Na Unidade De

- De Informação : *Experiencia Vivida De*, 25(1), 1–9.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, A. P. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16225388>
- Minto, G., & Biccard, B. (2014). Assessment of the high-risk perioperative patient. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 14(1), 12–17.
<https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt020>
- Nicolás, A., Aizpitarte, E., Iruarrizaga, A., Vásquez, M., MA, M., & MC, A. (2008). Perception of night-time sleep by the surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 13(1), 25–33. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00255.x>
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, 1–38.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12157>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código deontológico, 1–19.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Ordem Dos Enfermeiros*, 112. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2ª Série*, (Regulamento n.º 361/2015), 17240–17243.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República, 2ª Série*, (0), 3478–3487.

- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). 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. *Diário Da República, 2ª Série - Nº135*, 11.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019, Regulament, 4744–4750*.
- Pearse, R., Moreno, R., Bauer, P., Pelosi, P., Metnitz, P., Spies, C., ... Rhodes, A. (2012). Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *The Lancet*, 380(9847), 1059–1065. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61148-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61148-9)
- Pearse, R., Rhodes, A., & Grounds, M. (2004). Clinical review: how to optimize management of high-risk surgical patients. *Critical Care (London, England)*, 8, 503–507. <https://doi.org/10.1186/cc2922>
- Ponce, P. (2012). *Manual de Urgências e Emergências (2ª Edição)*. Lisboa: LIDEL.
- Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva (1ª)*. Lisboa: LIDEL.
- Pontes, S., Salazar, R., & Torres, O. (2013). Avaliação perioperatória de pacientes em unidade de terapia intensiva, *40(2)*, 92–97.
- Price, A. M., & Chalker, M. (2000). Our journey with clinical supervision in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(1), 51–55. <https://doi.org/10.1054/iccn.1999.1475>
- Reis Miranda, D., Nap, R., De Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., Abizanda, R., ... Zimmerman, J. E. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Rhodes, A., Cecconi, M., Hamilton, M., Poloniecki, J., Woods, J., Boyd, O., ... Grounds, R. M. (2010). Goal-directed therapy in high-risk surgical patients: A 15-year follow-up study. *Intensive Care Medicine*, 36(8), 1327–1332. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1869-6>
- Ribeiro, O., Maria, D., & Tronchin, R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem : um estudo em hospitais portugueses, 89–100.

- Rossaint, R., Bouillon, B., Cerny, V., Coats, T. J., Duranteau, J., Fernández-mondéjar, E., ... Vincent, J. (2016). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma : fourth edition. *Critical Care*, 1–55. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1265-x>
- Sankar, A., Beattie, W. S., & Wijeyesundera, D. (2015). How can we identify the high-risk patient? *Current Opinion in Critical Care*, 21(4), 328–335. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000216>
- Sheehy's, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à pratica*. (4ª Edição). Loures: Lusociência.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática* (6ª). Lusociência.
- Silva, A. (2010). *Reformas no Sector da Saúde: A Equidade em Cuidados Intensivos*. Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos, Recomendações*. (Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Ed.).
- Taguchi, T., Yano, M., & Kido, Y. (2007). Influence of bright light therapy on postoperative patients: A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 289–297. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.004>
- The Royal College of Surgeons of England. (2011). The Higher Risk General Surgical Patient : Towards Improved Care for a Forgotten Group Department of Health on. *London: Royal College of Surgeons of England. Department of Health*, 1–36. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+Higher+Risk+General+Surgical+Patient+Towards+Improved+Care+for+a+Forgotten+Group#0>
- Thelan, L. A., Davie, J. K., Urden, L. D., & Lough, M. E. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição). Loures: Lusociência.
- Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-

technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>

Unamuno, M. do R. D. L., & Marchini, J. S. (2002). SONDA NASOGÁSTRICA/NASOENTÉRICA: CUIDADOS NA INSTALAÇÃO, NA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 35(1), 95–101. <https://doi.org/10.11606>

Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

Yang, J. G., & Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 1062–1072. <https://doi.org/10.1111/jocn.13115>

Apêndice II

Notas das Visitas aos vários contextos clínicos

IDA A CAMPO

SERVIÇO DE URGÊNCIA Polivalente – Hospital [REDACTED] – Centro Hospitalar de [REDACTED]

Data: 11 de julho de 2018 às 11horas / Realizada com o Sr. Enfermeiro Chefe [REDACTED].

✓ Equipa de enfermagem é constituída por quantos elementos?	A equipa de enfermagem do SU é constituída por 4 equipas de enfermagem, sendo cada uma delas constituída aproximadamente por 20 elementos;
✓ Quantos enfermeiros escalados por turno?	20. No turno da manhã acresce os elementos da gestão do serviço;
✓ Quais são as áreas de trabalho dos enfermeiros?	2 áreas distintas. Área de internamento, constituída pelo SO. E a área ambulatoria, constituída por 3 áreas distintas, verde e azul, amarelo e Laranja (distribuição de acordo com o protocolo de triagem) Acresce a estas 3 áreas, as salas de reanimação, cirurgia, ortopedia, pequena cirurgia e a área da psiquiatria;
✓ Qual o método de distribuição pelas áreas de trabalho?	A distribuição pelos diferentes postos de trabalho é realizada com antecedência pelo enfermeiro chefe de equipa, mas as necessidades do serviço, tendo em conta a afluência ou outras situações é da responsabilidade e é gerida pelo chefe de equipa no momento;

<p>✓ Existe espaço específico para acolher a família dos doentes da sala de reanimação?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quem faz o acolhimento? 	<p>Existe. Foi criada uma pequena sala com esse objetivo. Mas que nem sempre é utilizada por todos os elementos da equipa multidisciplinar;</p> <p>O acolhimento é realizado pela equipa multidisciplinar, dependendo muitas vezes de decisão clínica, mas equipa de enfermagem encontra-se disponível e sempre que pode presente;</p>
<p>✓ Onde se localiza a sala de reanimação? (Acessos? Próxima da entrada? do SO?)</p>	<p>Próxima da entrada.</p>
<p>✓ Quantas unidades de reanimação possui a sala de reanimação?</p>	<p>2 salas de reanimação. Uma de maiores dimensões, com 2 unidade de reanimação, e é a sala mais utilizada em situações de trauma. A outra sala só possui 1 unidade, sendo de dimensão inferior;</p>
<p>✓ Espaço específico para trauma?</p>	<p>Qualquer uma das unidades da sala de reanimação de maiores dimensões;</p>
<p>✓ Dotação da sala de reanimação?</p>	<p>1 enfermeiro para cada uma das unidades; (1 - 1);</p>
<p>✓ Os Postos da sala de reanimação são atribuídos antecipadamente?</p>	<p>Sim. Decisão/gestão do enfermeiro chefe de equipa:</p>
<p>✓ Como são feitos os registos na sala de reanimação? PCE ou Papel?</p>	<p>Processo Clínico Eletrónico;</p>

<p>✓ Existe documento próprio para registos de enfermagem na sala de reanimação?</p>	<p>Sim;</p>
<p>✓ Existe documento próprio para registos de enfermagem para doente de trauma?</p>	<p>Não, os registos são efetuados no mesmo documento utilizado na sala de reanimação;</p>
<p>✓ Onde é recebido o Doente Cirúrgico de Alto Risco? Sala de reanimação?</p>	<p>Não se põe essa situação, existem sempre salas de B.O. disponíveis para receber os doentes. O doente de trauma depois de ser recebido/estabilizado na sala de reanimação segue para o B.O.;</p>
<p>✓ Até ser transferido para UCI ou BO onde permanece? SO Geral? ou SO cirurgia? ou sala de reanimação?</p> <p>○ Se na sala de reanimação qual o rácio enfermeiro/doente?</p>	<p>O doente que fica a guardar em S.O. não é DCAR;</p> <p>Não fica aguardar na sala de reanimação;</p>
<p>✓ Qual o equipamento e/ou tecnologia que se encontra disponível para a prestação de cuidados?</p>	<p>Monitores, monitores de transporte, ventiladores, desfibrilhadores, bombas infusoras, equipamento para registos de enfermagem entre outros...;</p>
<p>✓ Os enfermeiros escalados na sala de reanimação possuem formação acrescida?</p> <p>○ Se sim, qual?</p> <p>○ Formação em enf. PSC?</p>	<p>Sim.</p> <p>SBV, SAV, formação em trauma, nomeadamente ATLS / ATCN</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Formação em Trauma? 	<p>30% a 40% da equipa são enfermeiros especialistas. Maioritariamente em PSC, mas existem enfermeiros com outras especialidades tais como, reabilitação, psiquiatria, comunitária e pediatria; Sim. ATLS / ATCN;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existem protocolos, normas ou procedimentos relacionados com os cuidados de enfermagem à PSC? 	<p>Não;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consegue-se perceber a presença do technological Caring durante a prestação de cuidados? 	<p>Sim, por parte dos colegas com formação acrescida em enfermagem em PSC.</p>

IDA A CAMPO

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – Hospital dos ██████████ – Lisboa

Data: 03 julho de 2018 às 16 horas / Realizada com o Sr. Enfermeiro Chefe ██████████.

✓ Equipa de enfermagem é constituída por quantos elementos?	32 enfermeiros, mas nem todos realizam horário completo;
✓ Quantos enfermeiros escalados por turno?	As equipas são constituídas por 4 enfermeiros em cada turno;
✓ Qual o rácio praticado?	Poderá chegar a 1 enfermeiro para 3 doentes. Algo que não é comum pois a taxa de ocupação da unidade varia entre 40% - 60%;
✓ Qual o método de distribuição? ○ Diário, semanal, mensal, por “carga” de trabalho?	Diária, realizada no início do turno, consoante a “carga” de trabalho;
✓ Existe espaço específico para acolher a família dos doentes/comunicação de más notícias?	Existe uma sala que é utilizada para estas situações;
✓ Quem faz o acolhimento?	Equipa de Enfermagem;
✓ Capacidade/Lotação de doentes da UCI?	12. Sendo que deve existir sempre uma vaga disponível para a Equipa de Resposta Rápida (ERR);
✓ Distância entre camas? ○ Nomas GCL-PPCIRA ou SPCI?	Superior a 3 metros, com estrutura/barreira física entre camas e restante espaço (Parede);

<p>✓ Quantos doentes infetados em média? (mês)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Localização dos mesmos? ○ Tipologia de isolamento utilizado? 	<p>✓ Os números são desconhecidos. Mas serão um número reduzido;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quando presente, são colocados em quarto de Isolamento; ○ No momento da admissão todos os doentes ficam em isolamento de contato (preventivo) até resultados das zaragoas de admissão. Mediante situação clínica existem doentes que podem ficar em isolamento de proteção. Já existiram situações de isolamento respiratório/gotículas;
<p>✓ Qual a tipologia de doentes recebidos na UCI?</p>	<p>✓ A maioria dos doentes são do foro cirúrgico, Neurocirurgia, Cirurgia Córdio-Torácica e Cirurgia Geral. Também são recebidos doentes do foro médico, existindo a perceção de que estes têm um tempo de internamento em média superior;</p>
<p>✓ Como são feitos os registos? PCE ou Papel?</p>	<p>✓ Papel.</p>
<p>✓ Qual o equipamento e/ou tecnologia que se encontra disponível para a prestação de cuidados?</p>	<p>✓ Diverso. Desde ventiladores (Extrom e Servo U), monitores de técnica de substituição renal (diálise convencional e prismaflex), balão intra-aórtico, entre outros...</p>
<p>✓ A prestação de cuidados e os registos de enfermagem são efetuados à luz de alguma teoria de enfermagem?</p>	<p>✓ Não.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ De onde provêm o DCAR? <ul style="list-style-type: none"> ○ A maioria? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A maioria provem do Bloco Operatório;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dos doentes presentes na UCI em média quantos são DCAR (mês)? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 a 3 por semana, o que dá uma média de 12 a 15 por mês;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ O DCAR de cirurgia programada realiza visita pré-operatória à unidade? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os doentes após admissão na UCI ficam em isolamento preventivo? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sim;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ É feito rastreio no momento de admissão? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sim;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ No momento da transferência para outro serviço, quem gere a transferência? <ul style="list-style-type: none"> ○ Contacto, organização...? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de Enfermagem, por norma o Enfermeiro chefe de equipa contacta o serviço de internamento para conhecimento de vagas e articula o horário com vista à transferência;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os enfermeiros possuem formação acrescida? <ul style="list-style-type: none"> ○ Se sim, qual? ○ Formação em enf. PSC? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sim; <p>Todos os enfermeiros possuem SAV pois integram a ERR;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alguns elementos especialistas em Reabilitação; ○ 2 enfermeiras com mestrado em PSC e outras 2 que se encontram em formação;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existem protocolos, normas ou procedimentos relacionados com os cuidados de enfermagem ao DCAR? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sim, nomeadamente da Cir. Córdio-Torácica. Em processo de implementação/formação encontram-se diferentes protocolos de Neurocirurgia;

✓ Dos enfermeiros presentes neste momento no serviço algum com conhecimento sobre o technological Caring?	✓ Sim, pelo menos as 2 enfermeiras com formação de Mestrado em Enfermagem PSC;
✓ Consegue-se perceber a presença do technological Caring durante a prestação de cuidados?	✓ Sim. Realizado com plena noção do mesmo pelo menos pelas 2 enfermeiras mestres em PSC.

Apêndice III

Objetivos específicos e atividades do Ensino clínico em Unidade de Cuidados
Intensivos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES PROPOSTAS PARA O ENSINO CLÍNICO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – ██████████

Objetivo	Atividades propostas
Entender a dinâmica organizacional da UCI;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetuar visita guiada às instalações da UCI de forma a conhecer o espaço físico e dinâmica do serviço; ▪ Consultar normas e/ou protocolos da UCI; ▪ Conhecer a equipa multidisciplinar.
Utilizar o processo de enfermagem de forma responsável, profissional, ética e legal;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar uma tomada de decisão tendo por base os princípios éticos e o código deontológico da OE; ▪ Prestar cuidados baseados na defesa dos Direitos Humanos; ▪ Orientar a prática profissional garantindo a segurança da PSC, nomeadamente o DCAR;
Colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC e sua Família;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar em projetos institucionais no âmbito da melhoria da qualidade; ▪ Promover um ambiente terapêutico e seguro;
Planear a prestação de cuidados à PSC e sua família;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar no processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; ▪ Monitorizar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados;
Dinamizar práticas que permitem a prevenção do controlo de infeção na prestação de cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recomendar procedimentos e circuitos relativos à prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados.

<p>Compreender a especificidade da intervenção dos enfermeiros ao Doente Cirúrgico de Alto Risco;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o circuito do Doente Cirúrgico de Alto Risco; ▪ Consultar normas, procedimentos e protocolos da UCI relativos à prestação de cuidados ao DCAR; ▪ Identificar a especificidade dos cuidados de enfermagem ao DCAR; ▪ Perceber a intervenção especializada de enfermagem ao DCAR; ▪ Promover a continuidade de cuidados.
<p>Desenvolver competências especializadas em enfermagem para a identificação, prevenção e atuação perante a instabilidade e a falência orgânica do DCAR;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar cuidados especializados ao DCAR de forma a perceber e antecipar a instabilidade e falência orgânica; ▪ Administrar protocolos terapêuticos complexos; ▪ Gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar do DCAR; ▪ Implementar os protocolos existentes para a abordagem do DCAR; ▪ Participar na implementação de novos protocolos para o DCAR; ▪ Articular o conhecimento e a experiência prévia com o atual contexto de ensino clínico.
<p>Desenvolver competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à família do DCAR;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a família do DCAR na gestão das perturbações emocionais; ▪ Comunicar com a família de forma a clarificar a situação de complexidade do DCAR; ▪ Promover uma relação terapêutica com a família do DCAR.

Apêndice IV

Objetivos específicos e atividades do Ensino clínico em Serviço de urgência

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES PROPOSTAS PARA O ENSINO CLÍNICO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE – ██████████

Objetivo	Atividades propostas
Entender a dinâmica organizacional do SU;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetuar visita guiada às instalações do SU de forma a conhecer o espaço físico e dinâmica do serviço; ▪ Consultar normas e/ou protocolos do SU; ▪ Conhecer a equipa multidisciplinar.
Utilizar o processo de enfermagem de forma responsável, profissional, ética e legal;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar uma tomada de decisão tendo por base os princípios éticos e o código deontológico da OE; ▪ Prestar cuidados baseados na defesa dos Direitos Humanos; ▪ Orientar a prática profissional garantindo a segurança da PSC.
Colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC e sua Família;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar em projetos institucionais no âmbito da melhoria da qualidade; ▪ Promover um ambiente terapêutico e seguro;
Planear a prestação de cuidados à PSC e sua família;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar no processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; ▪ Monitorizar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados;
Dinamizar práticas que permitem a prevenção do controlo de infeção na prestação de cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recomendar procedimentos e circuitos relativos à prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados.

<p>Planejar os cuidados de enfermagem em resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultar o plano de emergência e catástrofe do SU; ▪ Entender qual a resposta concreta em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.
<p>Desenvolver competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar cuidados especializados em enfermagem à PSC vítima de trauma; ▪ Prestar cuidados especializados à vítima de trauma antecipando a instabilidade e a falência orgânica; ▪ Implementar os protocolos existentes para a abordagem da PSC vítima de trauma; ▪ Administrar protocolos terapêuticos complexos; ▪ Gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da PSC vítima de trauma; ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com a PSC vítima de trauma; ▪ Articular o conhecimento e a experiência prévia com o atual contexto de ensino clínico.
<p>Desenvolver competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à família da PSC vítima de trauma;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicar com a família da PSC vítima de trauma; ▪ Clarificar a situação de complexidade da PSC vítima de trauma; ▪ Assistir a família da PSC vítima de trauma na gestão das perturbações emocionais; ▪ Promover uma relação terapêutica com a família da PSC vítima de trauma.

Apêndice V
Cronograma

CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE DO 8º CMEPSC

ANOS	2018														2019								
MESES	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro a 8 Maio			
DIAS	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17		3	7	14	21	28	4	11	18	25
	28	5	12	19	26	2*	9	16	23	30	7	14		2*	4	11	18	25	1*	8	15	22	8
Introdução ao Semestre														Férias de Natal									
Estágio UCI																							
Estágio SUP																							
Elaboração do Relatório de Estágio																							

ANEXOS

Anexo I

Protocolo Via Verde Trauma

PROTOCOLO VIA VERDE TRAUMA (VVT)

1º Passo – ACTIVACÃO

Um dos seguintes Critérios de Inclusão

Doente com história ou suspeita de trauma com:

- ✓ GCS <14 ou queda ≥ 2 pontos desde o acidente
- ✓ Deterioração clínica / neurológica no SU
- ✓ TCE com fractura crânio com afundamento
- ✓ Trauma coluna vertebral com sinais focais de TVM (dor, parestesia, plegia, parésia)
- ✓ Trauma penetrante:
 - cabeca/pescoço/tórax
 - abdómen/períneo
 - proximal ao cotovelo e/ou joelho
- ✓ Retalho costal
- ✓ Trauma toracoabdominal fechado por mecanismos de grande cinética.
- ✓ Hemorragia arterial
- ✓ Sinais / sintomas de choque
- ✓ Luxação articular maior
- ✓ Fractura 2 ou mais ossos longos / fractura exposta
- ✓ Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- ✓ Associação trauma + queimaduras
- ✓ Queimaduras maior ≥ 9%
- ✓ Queimaduras face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés
- ✓ História de enforcamento / submersão / afogamento
- ✓ Critério clínico do responsável

Não

TRIAR E
ENCAMINHAR
SEGUNDO
NORMAS DO
SUC

Sim

SALA de
REANIMAÇÃO
Activar VVT
Tel: 96241

2º Passo – EFECTIVAÇÃO (SALA DE REANIMAÇÃO)

EQUIPA DE RECEPÇÃO PRIMÁRIA VVT

- Cirurgia Geral Tel: 96241
- Medicina Equilpa Fixa (dias úteis 8-20h) Tel: 98055
- Anestesiologia Tel: 99214
- Enfermagem Tel: 96234
- Assistentes Operacionais

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA PELA EQUIPA VVT

- ABCDE/FGHI
- MCDT's Intransportáveis
- Preservação de evidências forenses

PAINEL ANALÍTICO VVT
(4 tubos)

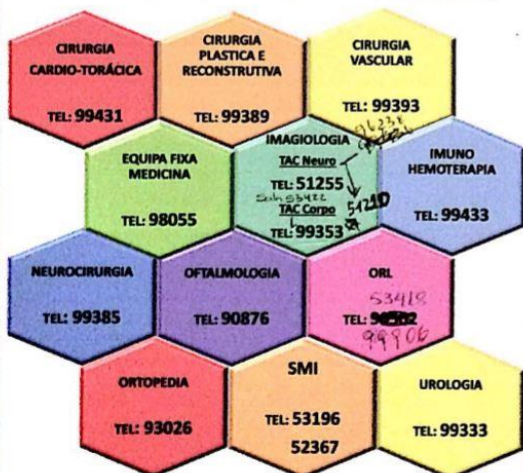
- ✓ Hemograma com contagem plaquetas
- ✓ Coagulação
- ✓ Grupagem ABO
- ✓ Bioquímica (ureia, creatinina, ionograma, transaminases, bilirrubina, amilase, PCR, troponina, CK)
- +/- BHC (? 12-50 anos)
- +/- alcoolémia
- +/- toxicologia (urina)

PAINEL IMAGIOLÓGICO VVT
Tel: 53013

- ✓ RX cervical
- ✓ RX tórax
- ✓ RX bacía
- ✓ Eco fast abdominal Tel: 99353
- ✓ +/- RX áreas traumatizadas ou com suspeita de lesão

✓ ECG Tel: 99421

3º Passo – ACTIVACÃO DA EQUIPA OPERACIONAL VVT



CRITÉRIOS ESPECIAIS DE ACTIVACÃO

✓ Activação pelo pré-hospitalar (CODU)

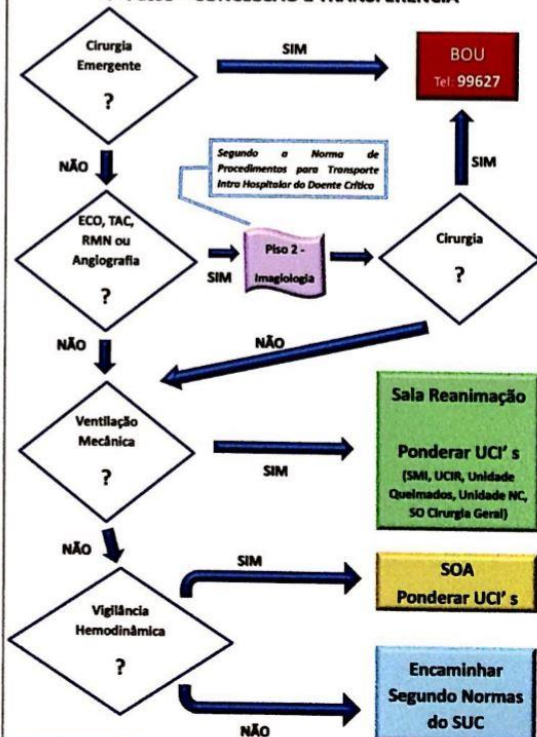
✓ Mãe <18 anos

CONTACTAR CIRURGIA PEDIÁTRICA
Tel: 99366

✓ Grávidas ou história de grávidas

CONTACTAR GINECOLOGIA / OBSTETRICIA
Tel: 99303

4º Passo – CONCLUSÃO E TRANSFERÊNCIA



Anexo II

Folha de Registo de Trauma



Etiqueta do Doente

Registo de Trauma

- Doente com história ou suspeita de trauma com:**
- GCS <14 ou queda ≥ 2 pontos desde o acidente
 - Deterioração Clínica / Neurológica no SU
 - TCE com fratura crânio com afundamento
 - Trauma coluna vertebral com sinais focais de TVM (dor, parestesia, plegia, parésia)
 - Trauma Penetrante: cabeça / pescoço / tórax / abdómen / períneo / proximal ao cotovelo e/ou joelho
 - Retalho Costal
 - Trauma toracoabdominal fechado por mecanismos de grande cinética.
 - Hemorragia Arterial
 - Sinais / Sintomas de choque
 - Luxação Articular Major
 - Fratura de 2 ou mais ossos longos / fratura exposta
 - Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
 - Associação trauma + queimaduras
 - Queimaduras major ≥ 9%
 - Queimaduras face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais, mãos ou pés
 - História de enforcamento / submersão / afogamento
 - Critério Clínico do Responsável

Hora de Activação ____h____	Enf.º Activador: _____
Hora de Avaliação pelo Coordenador VVT ____h____	Coordenador VVT: _____

ENTRADA NO SUC

Meios Próprios Pré-Hospitalar

Acompanhamento Heli S N VMER S N SIV S N

A – Via Aérea com protecção Cervical

Permeável S N Guedel S N C. Cervical S N
Tamanho _____

TOT S N nº _____ Nível _____ Comissura Labial
Prega labial

Cricotirodostomia S N Traqueostomia S N nº _____

B – Respiração

Estímulo Respiratório S N Expansão torácica Simétrica
Assimétrica
Paradoxal

Sat. O2 - ____% Oxigénio S N FIO2/lpm _____

FR - ____cpm Capnografia S N ____etCO2

Auscultação	Normal	Esq	Dta	Percussão	Normal	Esq	Dta
	Diminuída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Maciez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hiperressonante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fervores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Broncospasmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Descompressão torácica? S N

Dreno Torácico S N

		Esq	Dta
Calibre	____	____	____
Local (EIC)			
Funcionante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oscilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borbulhante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nível	____	____	____

C – Circulação

FC - ____bpm TA - ____/____mmHg Glicémia - ____mg/dl

Catéter Venoso Periférico S N Catéter Venoso Central S N

Intra-Óssea S N Linha Arterial S N

Abdomén Depressível Ruidos Hidroaéreos Presentes
Doloroso Ausentes
Tenso

Pele Rosada Pálida Tempo de Preenchimento Capilar <2sg >2sg
Diaforética Cianosada

Sons Cardíacos? Presentes Ausentes Pericardiocentese? S N

Ingurgitamento Jugular? S N

Sonda Gástrica S N Calibre ____G nível ____ Vol. nível ____cc

Conteúdo Gástrico Alimentar Bilioso
Aquoso Hemático

Evidência ou Suspeita de Fractura da Bacia? S N Drenagem vesical S N Calibre ____G Urina normal
Nefrostomia S N nível ____cc concentrada hematuria

Cristalóides S N ____cc Expansor Plasmático S N ____cc UCE S N ____un

D – Avaliação Neurológica

GCS - ____ Sedação? S N

Pupilas Sem reflexo córneo Atropina? S N

Miose

Midríase Opióides? S N

PD> PE

PE> PD Benzodiazepinas? S N

Plano Duro? S N Hora colocação: ____h ____

E – Exposição com Prevenção da Hipotermia

T. timp - ____°C

Medidas de controlo de hipotermia? S N

Roupa de cama Soros Aquecidos

Termoventilador

MCDT's intransportáveis		Hora ____h ____
RX <input type="checkbox"/>	Eco fast <input type="checkbox"/>	
Painel Analítico VVT <input type="checkbox"/>	ECG <input type="checkbox"/>	
Necessidade de BOU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/>		

F – Família e SV Periódicos

Presente S N

Hora	FR	Sat.O2	FC	TA	GCS

G – Medidas de conforto

Analgesia S N

Não Farmacológicas S N

H - História

Alergias? Nega Sim _____

Medicação? Nega Sim _____

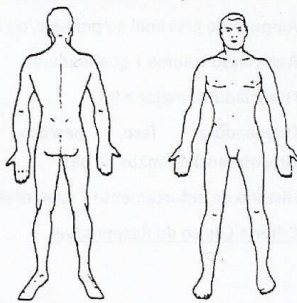
Passado/ Dças prévias Nega Sim _____

Última refeição Hora ____h ____

Outros eventos _____

VAT? S N ATB? S N Qual: _____

I – Inspeção e Exame Neurológico Completo



X – Área queimada	/ - Ferida
▨ - Amputação	O – Arma Fogo

	MS Esq	MS Dto	MI Esq	MI Dto	Linha dos joelhos	Linha das coxas	Linha pélvica	Linha mamilar	Linha Clavicular
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plegia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parésia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impossível Avaliar Sem Alterações

Tónus rectal? S N

Priapismo? S N

MCDT's transportáveis	Equipa operacional	Anest <input type="checkbox"/> CCT <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> IHT <input type="checkbox"/> IMA <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
TC <input type="checkbox"/> Angiografia <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/>	VVT ativada:	Obst <input type="checkbox"/> OFT <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> ORT <input type="checkbox"/> CPed <input type="checkbox"/> SMI <input type="checkbox"/> URO <input type="checkbox"/>
Transferência:		Hora ____h ____
BOU <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> SO Urgência <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> _____ SUC <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/>		

Anexo III

Folha de Registo Trauma/Doente Queimado

**REGISTO TRAUMA/DOENTE
QUEIMADO**

Serviço de
Urgência Central

Etiqueta do
Doente

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: M F

Data e Hora do Acidente: ___/___/___:___

Origem: Via Pública Domicílio Outra Instituição Qual? _____

Meio: Heli/VMER SIV SBV Próprios Meios

Data e Hora de Entrada SU: ___/___/___:___

Tipo de Queimadura: **Térmica** Fogo Vapor Líquido Qual? _____ **Elétrica** **Química** Qual? _____ **Radiações**

Profundidade Queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

Trauma Associado à Queimadura: Sim Não Qual? _____

Ambiente: Aberto Fechado

Compromisso da Via Área: Sim Não

Prótese Dentária: Sim Não

Aporte de O₂: Não Sim ON MV MF ___l/m

Entubação Traqueal: Não Sim Nº ___ Nível ___

Índice Clark (*> 2 Score clínico de lesão Inalatória*)

Espaço Fechado	1	
Dispneia	1	
Alt. Estado Consciência	1	
Rouquidão	1	
Queimadura Facial	1	
Expetoração Carbonácea	1	
Fervores/ Alt. Auscultação	1	
TOTAL	7	

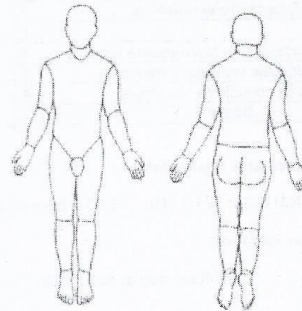
Queimadura Circular: Sim <input type="checkbox"/>		
Cervical	Sim	Não
MSD	Sim	Não
MSE	Sim	Não
Tronco	Sim	Não
MID	Sim	Não
MIE	Sim	Não
Queimadura Circular: Não <input type="checkbox"/>		

Repreenchimento Capilar		
Cervical	<2Seg.	≥2seg.
MSD	<2Seg.	≥2seg.
MSE	<2Seg.	≥2seg.
Tronco	<2Seg.	≥2seg.
MID	<2Seg.	≥2seg.
MIE	<2Seg.	≥2seg.

Pupila		
Reativas	Sim	Não
Isocóricas	Sim	Não
Anisocóricas	Sim	Não
Tamanho (especificar)	Dta.	Esq.

Consciente: Sim Não

Sedado: Sim Não



Assinalar a área Queimada

Proteção da Área Queimada com Campos/Roupa Esterilizada: Sim Não

Arrefecimento da Queimadura: Sim Não

Elevação dos Membros Afetados: Sim Não

Elevação da Cabeceira: Sim Não

Aquecimento: Sim Não

Avaliação da % SCTQ: _____% Peso Estimado: _____Kg

Ressuscitação Hídrica - Baseada na Fórmula de Parkland - (4ml x Kg x %SCTQ)

4ml x _____ Kg x _____% = Y

Y = _____ ml (total)

Escala de Coma Glasgow (GCS)		
	Abertura	Postura
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
Resposta Verbal	Nenhuma	1
	Orientada	5
	Confusa	4
Resposta Motora	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1
	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
Reação de fuga	4	
Flexão anormal	3	
Extensão anormal	2	
Nenhuma	1	
Score		

Ressuscitação Hídrica Total: _____ml

Metade nas 1ªs 8 Horas: _____ml

Metade nas Restantes 16 Horas: _____ml

Data e Hora do Início da Ressuscitação: ___/___/___:___

CVP: Sim Local: _____ Calibre: _____ Não

CVC: Sim Local: _____ Lúmenes: _____ Não

Linha Arterial: Sim Local: _____ Não

SNG/SOG: Sim Clampada Drenagem Não

Algáliação: Sim Foley Sylastic Nº: _____ Não

Tempo Queimadura (horas)	1ª H	2ª H	3ª H	4ª H	5ª H	6ª H	7ª H	8ª H
Lactato de Ringer (ml)								
Outros Fluidos (especificar)								
Débito Urinário (ml)								

BON				
Escala da Dor Qualitativa (EDQ)				
Sem Dor 0	Dor Ligeira 1	Dor Moderada 2	Dor Intensa 3	Dor Máxima 4
Escala Comportamental da Dor (BPS)				
Expressão Facial				
Relaxada	1			
Ligeiramente contraídas	2			
Contração franca	3			
Fácies dor	4			
Membros Superiores/Membros Inferiores				
Sem movimento	1			
Parcialmente fletidos	2			
Rígidos com dedos crispados/Rígidos	3			
Totalmente contraídos/Rígidos	4			
Adaptação Ventilatória				
Adaptado	1			
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2			
Desadaptado/bloqueio ventilatório frequente	3			
Impossibilidade de controlo da Ventilação	4			
Score				

SINAIS VITAIS				
Hora				
Temperatura				
T.A.				
F.C.				
F.R.				
Sat. O ₂				
Glicémia Capilar				
Dor	EDQ			
	BPS			

TERAPEUTICA ADMINISTRADA		
Terapêutica	Dose	Data/Hora

Exames Complementares Realizados:

RX ECG ANÁLISES: Sim Não TAC Especificar _____ Outros Quais? _____

Observação Especialidades:

ORL: Sim Não Oftalmologia: Sim Não Cirurgia Plástica: Sim Não Outros: Qual? _____

Vacina Antitetânica: Sim Não Desconhece

Administração Vacina Antitetânica: Sim Lote: _____ data: ____ / ____ / ____ Enfº _____ Não

Antecedentes Pessoais: _____

Medicação: Sim Qual? _____ Não

Alergias: Sim Qual? _____ Não Desconhece

Hora da Última Refeição: _____

Contacto Familiar: _____

Nome/Parentesco: _____

Hora Saída da Urgência: _____

Hora de Chegada à Unidade de Queimados: _____

Observações:

Enfermeiro: _____

Nº mecanográfico: _____

Anexo IV

Programa do 1º Congresso do SMI do HFF (2018)

23 e 24 Novembro 2018

1º Congresso

SMI Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Cursos Pré-Congresso Sexta – 23 de Novembro

Curso Traqueostomia no Doente Crítico 9h00-17h00

Centro de Formação HFF
– Sala 1 e 2

Formadores:

Equipa SMI, ORL e Imagiologia HFF,
Dr. Armindo Ramos (UCI HPP Cascais),
Dr. Pais Martins (UCIC Hospital São
Francisco Xavier – CHLO)

Workshop Ventilação Invasiva e Não Invasiva – Ventilador Hamilton

1ª Sessão: 10h00-13h00

2ª Sessão: 14h00-17h00

Centro Formação HFF
– Sala 3

Formador: Enfª Márcia

Workshop Electrocardiografia 10h00-13h00

Centro Formação HFF – Auditório
Formadores: UCIC HFF

Comissão Organizadora:

Eva Figueiredo
Helio Correia
João João Mendes
Nelson Santos
Sílvia Coelho
Zita Simões

Comissão Científica:

Paulo Freitas
Isabel Horta

Sábado – 24 de Novembro

8:00h Abertura do secretariado

9:00h Sessão de abertura
António Velez Roxo, Pres. Cons.
Adm. HFF
Paulo Freitas, Dir. SMI HFF

9:30-10:30h

Pro & Con ARDS

Moderador: Paulo Freitas

> I don't need ECMO

João João Mendes

> I need ECMO

João Gouveia

10:30-11:00h Coffee-break

11:00-12:30h

Via aérea - what challenges?

Moderador: Nelson Santos

> Evidência para VNI

Fernanda Paula Santos

> Evidência para oxigenoterapia
de alto fluxo

Ana Elisa

> Guidelines na abordagem VAD
no doente crítico

Pedro Gomes

12:30-13:00h

Elderly's frailty in ICU setting

Moderador: Isabel Serra

> Critérios de admissão

Isabel Ferreira

> The very old patients in UCI

Filipa Silva

13:00-14:00h Almoço

14:00-15:00h

Nutrição no doente crítico- The ideal standart

Moderador: Carolina Araújo

> Suporte nutricional

Aníbal Marinho

> Protocolos de nutrição entérica

Zita Simões

15:00-16:00h

Conferência: Cuidados em fim de vida em UCI

Piedade Amaro

Moderador: Teresa Brandão

16:00-16:30h Coffee-break

16:30-17:30h

Doação de órgãos - A way forward

Moderador: Sílvia Coelho

> Dador de órgãos -

Critérios de elegibilidade

Ana Paula Fernandes

> Do dador ao recetor -

Circuito na doação de órgãos

Fernando Rodrigues

17:30-18:00h

Sessão de encerramento

Organização



Anexo V

Programa do 2º Congresso do SMI do HFF (20919

21, 22 e 23 Novembro 2019

2º Congresso

SMI Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Cursos pré-congresso

21 de Novembro Quinta-feira

Curso: Angels

9-13 Horas

Sala Auditório Vagas: 30

Tema: AVC

Responsáveis: Nuno Martins,
Ana Amélia Pinto, Ana Paiva Nunes,
Miguel Rodrigues, Cláudia Queiroga,
Nandi Rodrigues

22 de Novembro Sexta-feira

Curso: Ventilação

9-13 Horas

Sala Auditório Vagas: 20

Tema: Ventilação Mecânica Invasiva

Responsável: João Gouveia

Tema: Ventilação Mecânica Não Invasiva

Responsável: João João Mendes

Sala 3

Tema: Oxigenioterapia de alto fluxo
por cânulas nasais

Responsável: Márcia Santos

Curso: Transporte de Doente Crítico

9-17 Horas

Sala 1 e 2 Vagas: 20

Responsáveis: Zita Simões, Paulo Freitas,
Hélio Correia, Patrícia Freitas,
Tiago Ramires, Cláudia Mesquita

Curso: Abordagem à Via Aérea Difícil

14-18 Horas

Sala 3 Vagas: 20

Responsáveis: Ana Faisco, Solange Amaro,
André Delgado, Ana Rita Bernardino,
Raul Martins, Tiago Brito,

Curso: Técnicas de Substituição da Função Renal

14-18 Horas

Sala Auditório Vagas: 20

Responsáveis: Sílvia Coelho, Jacinta Santos,
Sónia Santos, Ana Gaspar, Rita Calça

23 de Novembro Sábado

08.00h

Abertura do secretariado

09.00-09.15h

Sessão de abertura

Paulo Freitas, Fátima Assuda

09.30-10.15h

Abordagem integrada do
doente cirúrgico

Moderador: Vítor Nunes

- Cirurgião António Gomes
- Intensivista Isabel Ferreira
- Enfermeiro Hélio Correia
- Anestesia Ricardo Carvalho

10.30-11.00h

Intervalo

11.00-12.00h

Sépsis - Bundle 1ª hora

Moderador: Teresa Brandão

- Pró & Con José Artur Paiva &
João João Mendes

12.00-13.00h

Doenças Infecciosas sem
fronteiras

Moderadores: Patrícia Pacheco &
Paulo Freitas

- Zoonoses emergentes em Portugal
David de Moraes
- Doenças tropicais em cuidados
intensivos Kamal Mansinho

13.00-14.00h

Almoço

14.00-14.45h

Estado de mal epiléptico
em Unidade de Cuidados
Intensivos

Moderadores: António Martins
& Alfredo Leite

- Neurologista João Peres
- Intensivista Raquel Maia

14.45-15.45h

Antibioterapia – Como
encarar a multirresistência

Moderadores: Isabel Serra &
Zita Simões

- Infeccionista Mª João Lopes
- Intensivista Luís Melo
- Enfermeiro Sandra Matos

15.45-16.15h

Intervalo

16.15-17.30h

Transporte do doente
crítico

Moderador: Nuno Falcato

- Da decisão à efectivação Tiago Brito
- Avaliação do doente e prevenção de
complicações Pedro Vasconcelos

17.30-18h

Conferência:

Guidelines ECR 2020 – aspectos
controversos Nelson Santos

Moderador: Luís Cabral

Comissão Científica e
Organizadora

Eva Figueiredo, Fátima Assuda,
Hélio Correia, João Mendes,
Nelson Santos, Paulo Freitas,
Sílvia Coelho, Zita Simões

Organização



SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA EPE

Patrocínio científico



