



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS GENERALISTAS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico – Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Liliana Cristina Nunes da Costa

Porto – março 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS GENERALISTAS A CUIDADOS
ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
FROM THE PROVISION OF GENERALIST CARE TO SPECIALIZED
CARE TO CRITICAL SITUATIONS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico – Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Liliana Cristina Nunes da Costa

Sob a orientação da Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto – março 2022

RESUMO

Este relatório incorporou aprendizagens, reflexões e conhecimentos adquiridos decorrentes do estágio realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, assim como todas as experiências e competências adquiridas durante o percurso profissional e nos estágios, integrados no 14º Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica, Porto. Os estágios realizados no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” decorreram em contexto de Emergência Extra-Hospitalar, nos meios de Suporte Imediato de Vida, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e no Serviço de Urgência.

Neste relatório final de estágio espelhou-se uma análise reflexiva da prática clínica observada e implementada nos diferentes campos de estágio, como um processo promotor de construção de aprendizagem e aquisição de competências de enfermagem especializadas na área do cuidar a pessoa em situação crítica.

Esta análise crítica - reflexiva constituiu um meio promotor de levantamento de necessidades dos serviços no qual foram realizados os estágios e, neste sentido foram elaborados trabalhos, incluindo uma revisão integrativa da literatura fundamentada com base na investigação científica de forma a trazer mudança, conhecimento baseado na evidência para uniformizar os cuidados, prestando cuidados de enfermagem de qualidade e especializados nas diferentes áreas.

A revisão da literatura foi realizada com o intuito de demonstrar que o impacto das interrupções decorrentes do momento da avaliação e atribuição de prioridades ao doente no posto de triagem do Serviço de Urgência podem acarretar consequências para o doente, como erros e/ou atrasos na observação médica, provocando impacto na qualidade dos cuidados prestados.

Todas as atividades desenvolvidas e reflexões analisadas contribuíram e constituíram a base do meu desenvolvimento profissional e pessoal para uma melhoria da prática de cuidados ao doente em situação crítica com segurança e qualidade.

Palavras – Chave: Enfermagem Médico – Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Competências especializadas; Enfermeiro Especialista; Triagem de Prioridades; Serviço Urgência

ABSTRACT

This report incorporated the learning, reflections and knowledge acquired from the internship carried out in the course unit "Final Internship and Report", as well as all the experiences and skills acquired during the professional career and internships, integrated in the 14th Master's Degree in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Condition, of the Universidade Católica, Porto.

The internships carried out within the scope of the course unit "Final Internship and Report" took place in the context of Extra-Hospital Emergency, in the Immediate Life Support, in the Emergency and Resuscitation Medical Vehicle and in the Emergency Department.

This final internship report reflects a reflective analysis of the clinical practice observed and implemented in the different internship fields, as a process that promotes the construction of learning and acquisition of specialized nursing skills in the area of caring for critically ill patients.

This critical - reflective analysis constituted a means of promoting a survey of the needs of the services in which the internships were carried out and, in this sense, papers were prepared, including an integrative review of the literature based on scientific research in order to bring change, evidence-based knowledge to standardize care, providing quality and specialized nursing care in different areas.

The literature review was conducted in order to demonstrate that the impact of interruptions resulting from the moment of assessment and prioritization of the patient at the triage station of the Emergency Department can have consequences for the patient, such as errors and/or delays in medical observation, impacting the quality of care.

All the activities developed and the reflections analyzed contributed and formed the basis of my professional and personal development for an improvement in the practice of safe and quality care of critically ill patients.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critical Care Patient; Specialized Skills; Specialist Nurse; Priority Screening; Emergency Services

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que contribuíram para o término do meu percurso enquanto futura enfermeira especialista e, desta forma, quero exprimir o meu agradecimento nomeando os que caminharam comigo lado a lado ao longo deste tempo. O meu sincero e profundo **Obrigado** a todas estas pessoas que me permitiram **VOAR** cada vez mais alto!

Um obrigado à **Prof.^a Doutora Amélia Ferreira** e à **Prof.^a Doutora Patrícia Coelho**, pela disponibilidade, pela presença, apoio, orientação e partilha de saberes.

Aos meus **colegas de trabalho** e à minha **chefe de serviço**, que sempre se demonstraram disponíveis e me facilitaram nas trocas de turnos.

Aos **colegas** dos diferentes locais de estágio pela humildade, integração e partilha de experiências.

Aos **meus pais** que sempre me apoiaram para adquirir mais uma conquista e, se mostraram presentes durante todo este processo. Em especial, à **minha mãe** que mesmo atravessando um processo de doença, me encorajou a nunca desistir e a seguir o meu percurso, e que sempre esteve presente!

Um muito Obrigado a TODOS!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE Airway; Breathing; Circulation; Disability; Expose/Environement

AEC Alteração do Estado Consciência

AESP Atividade Elétrica Sem Pulso

AO Assistentes Operacionais

AVC Acidente Vascular Cerebral

BPS Behavioral Pain Scale

CHAMU Circunstâncias; História; Alergias; Medicação; Última refeição

CODU Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CCRNEU Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

CVC Cateter Venoso Central

COVID 19 Coronavirus Disease 19

DAV Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS Direção Geral de Saúde

DVE Derivação Ventricular Esquerda

EAM Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO Oxigenação por Membrana Extracorporal

ECTS European Credit Transfer System

ECG Eletrocardiograma

EEG Eletroencefalograma

EEMC Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica

EPI Equipamentos de Proteção Individual

EOT Entubação Orotraqueal

GPT Grupo Português de Triagem

IFCPC Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

INEM Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

LA Linha Arterial

PBCI Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR Paragem Córdio-Respiratória

PENPCDor Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PIC Pressão intracraniana
PSC Pessoa em Situação Crítica
RCE Restauração da Circulação Espontânea
REPE Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNU Rede Nacional de Urgência
RX Raio X
O2 Oxigênio
OE Ordem dos Enfermeiros
SAV Suporte Avançado de Vida
SBV Suporte Básico de Vida
SCA Síndrome Coronário Agudo
SIEM Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV Suporte Imediato de Vida
SNS Sistema Nacional de Saúde
SU Serviço de Urgência
SUB Serviço de Urgência Básico
SUP Serviço de Urgência Polivalente
TAC Tomografia Computorizada
TCE Traumatismo Crânio-Encefálico
TEP Tromboembolismo Pulmonar
TEPH'S Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar
TSR Técnica de Substituição Renal
UC Unidade Curricular
UCI Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
UCIP Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
UCISU Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Urgência
UCP Universidade Católica do Porto
UDC Unidade de Decisão Clínica
VA Via Aérea
VMER Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VV Via Verde

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS GENERALISTAS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS.....	22
2.1 Contextualização dos locais de estágio.....	23
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	27
3.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes: Processo de aprendizagem anteriormente percorrido.....	28
3.2 Competências especializadas adquiridas no Instituto Nacional de Emergência Médica e Serviço de Urgência	31
4. IMPACTO E IMPLICAÇÕES DO PERCURSO PERCORRIDO A NÍVEL PESSOAL E PROFISSIONAL.....	60
5. CONCLUSÃO.....	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
7. APÊNDICES.....	71
APÊNDICE I – Guia Informativo: Acolhimento à família na UCIP	
APÊNDICE II – Triagem de Prioridades em Situação de Exceção e Catástrofe com Multivítimas – INEM	
APÊNDICE III – Apresentação do trabalho: Triagem de Prioridades em Situação de Exceção e Catástrofe com Multivítimas – INEM	
APÊNDICE IV – Revisão Integrativa da Literatura – O Impacto das Interrupções na Triagem de Prioridades	

1. INTRODUÇÃO

O relatório final está estruturado e integrado no âmbito da Unidade Curricular (UC) – Estágio Final e Relatório do 14º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEMC), Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Universidade Católica do Porto (UCP) do ano letivo 2020/2021.

Esta UC tem 30 European Credit Transfer System (ECTS) com uma carga horária total de 840h, sendo 360h de contacto com a prática clínica em dois campos de estágio, 20h de orientação tutorial, 20h de seminário e 440h de trabalho autónomo do estudante.

Os dois estágios inseridos nesta UC decorreram em contextos distintos, o primeiro em contexto de Emergência Extra-Hospitalar do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e, o segundo em contexto de Serviço de Urgência (SU). Relativamente à estrutura do plano de estudos definidos pela universidade, no 2º semestre além da componente teórica era também contemplada uma componente prática, de estágio, que foi realizada numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) da região Norte, que contribuiu de igual forma para aquisição de competências especializadas através de atividades implementadas de forma a cumprir os objetivos previamente propostos. Este estágio decorreu entre os dias 17 de maio e 10 de julho de 2021, sob a orientação de duas enfermeiras com EEMC, num total de 180h de contexto prático e 12h de orientação tutorial. A escolha destes estágios foi dirigida às minhas preferências pessoais enquanto profissional de saúde. Licenciada em enfermagem desde 2013, a minha carreira profissional teve início em outubro de 2013 em França onde permaneci por 3 anos a desempenhar funções num Serviço de Medicina Interna. Em maio de 2017, dei início às minhas funções em Portugal num Serviço de Medicina Interna e Cirurgia Geral. Em agosto de 2017, iniciei funções no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Coronários/Cardiologia (UCIC) de um centro hospitalar da região Norte onde permaneço até então.

Em 2018, por objetivos profissionais e pessoais e com vista na aquisição de conhecimentos na área de urgência e emergência, na vertente teórica e prática para uma prestação de cuidados rápidos, eficazes e seguros à pessoa em situação crítica/instável, realizei uma Pós-Graduação de Urgência e Emergência. No entanto, a vertente prática da pós-graduação ficou aquém do esperado e foi então que decidi inscrever-me no Mestrado com EEMC na vertente

do cuidado à PSC de modo a tornar-me mais competente nessa área, com uma componente de aprendizagem teórico-prática que enriquecerá a minha formação de base e contribuirá para uma prestação de cuidados seguros, diferenciados, especializados e competentes que estão vinculados ao título de enfermeiro especialista na área da PSC, assim como evoluir em contexto de investigação científica.

A escolha da realização do estágio no Serviço de Urgência prendeu-se pelo facto de ser um serviço constituído por uma linha de cuidados abrangentes, com admissão de doentes em situação crítica, de múltiplas patologias e foro traumático, o que me permitiria adquirir conhecimentos práticos em situações de urgência/emergência aos doentes com patologias complexas e emergentes.

Os estágios em enfermagem são momentos de oportunidade de crescimento a nível da formação profissional, através de um processo de reflexão sobre a prática desenvolvida.

A enfermagem ao longo dos últimos anos, enquanto disciplina e ciência, sofreu uma grande evolução relativamente à formação graduada dos profissionais de saúde no que respeita o desafio da complexidade e reconhecimento da atividade no que concerne os cuidados de enfermagem, baseada na evolução da evidência científica, pois o foco principal da prestação de cuidados é a pessoa e a família.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, Diário da República, página. 4744)

A enfermagem tem sido, portanto, continuamente aperfeiçoada na procura de conhecimentos de forma a conseguir acompanhar igualmente a evolução da profissão e da ciência, tornando os enfermeiros cada vez mais autónomos e competentes na prática de cuidados prestados.

De forma a dar resposta a esta nova realidade é necessário instruir, formar e especializar os profissionais de saúde em diversas áreas da saúde. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) acompanha estas exigências e atribui título de enfermeiro especialista em 6 áreas de enfermagem, pois o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem. (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, Diário da República, página.4744)

A OE categorizou a Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica na área da PSC com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da PSC e família, dado que os enfermeiros especialistas possuem capacidade de implementar diagnósticos de enfermagem, avaliar

resultados relativamente aos planos de intervenção implementados com suporte nas competências especializadas obtidas. Como é definido pelo regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho da OE, a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de uma ou mais funções vitais e cuja dependência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, OE, página.19362)

Este relatório final pretende analisar o desempenho da minha prática clínica desenvolvida nos estágios de forma crítica, reflexiva e fundamentada, funcionando como um processo de resposta aos objetivos e às atividades implementadas para aquisição de competências de enfermeiro especialista no âmbito do cuidado à PSC.

Está definido pelo artigo 23º do decreto de lei n.º 63/2016 de 13 setembro publicado em Diário da República que para a concessão do grau de mestre é necessário a aprovação no ato público de defesa da dissertação, do trabalho de projeto ou do relatório de estágio que tenham obtido o número de créditos fixados, e portanto, o relatório de estágio final será apresentado à Universidade Católica do Porto para a obtenção do grau de mestre em enfermagem com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

Em contexto de estágio, é pretendido que cada enfermeiro especialista demonstre:

- ✓ Capacidade para trabalhar, de forma adequada, na equipa multiprofissional e interdisciplinar.
- ✓ Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.
- ✓ Aplicação dos seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização.
- ✓ Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas.
- ✓ Capacidade de participar e promover a investigação aplicada na sua área de especialização.

- ✓ Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta.
- ✓ Reflexão sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem.

A construção deste relatório tem por objetivo demonstrar as capacidades adquiridas em:

- ✓ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial especializada e da experiência profissional e pessoal.
- ✓ Produzir um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde do cliente e família.
- ✓ Comunicar os resultados da prática clínica e da investigação aplicada.
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, numa perspetiva académica avançada.
- ✓ Refletir criticamente e abordar questões complexas da prática profissional, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EMC.
- ✓ Documentar e refletir sobre o percurso realizado.
- ✓ Refletir sobre os contributos dos contextos de prática clínica no processo de aquisição de conhecimentos e competências especializadas.

O relatório final está estruturado com base numa metodologia descritiva, crítico – reflexiva e analítica recorrendo a referências bibliográficas fidedignas com o intuito de enriquecer a fundamentação teórica.

A estrutura do relatório final será organizada por uma introdução, por um capítulo que aborda o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista com subcapítulos de forma a conter a informação sistematizada e, por fim uma conclusão.

Começarei por uma breve contextualização dos contextos de estágio, no segundo capítulo serão contextualizadas as competências adquiridas nos campos de estágios com reflexão e análise da prática clínica desenvolvida, assim como os contributos que os estágios acarretaram no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Por último, irei incidir sobre o impacto que este percurso teve a nível de crescimento pessoal e profissional. Serão apresentadas igualmente as referências bibliográficas e, para apêndice serão remetidos todos os trabalhos desenvolvidos em estágio.

2. DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS GENERALISTAS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A enfermagem evolui de forma constante enquanto ciência e profissão, quer a nível da formação de base, quer na complexidade de cuidados de saúde prestados ao doente e família, e para tal é necessário acompanhar esta evolução e reconhecer o valor do papel do enfermeiro na prestação de cuidados e na comunidade científica, no que concerne à qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados.

O ponto 1 do artigo 4º do decreto de lei n.º 161/96 de 4 setembro diz-nos que a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem por objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. De acordo com o decreto de lei anteriormente mencionado, os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; utilizarem metodologia científica; identificarem problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; recolherem e apreciar os dados sobre cada situação que se apresenta; formularem diagnósticos de enfermagem; elaborarem e realizarem planos para a prestação de cuidados de enfermagem; executarem correta e adequadamente os cuidados de enfermagem necessários; avaliarem os cuidados de enfermagem prestados e reformularem as intervenções.

Para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade é importante contemplar uma boa base teórica, mas o desenvolvimento da prática clínica que é adquirida com a experiência profissional e com as aprendizagens contínuas em diferentes áreas, dita o profissionalismo do enfermeiro. Os estágios em enfermagem são meio de complemento na aquisição de experiências que contribuem para o percurso do desenvolvimento de competências, uma vez que nos permite experienciar momentos, aprendizagens novas e complexas, contribuindo para a reflexão e crítica sobre a prática aplicada e desenvolvida.

2.1 Contextualização dos locais de estágios

A Unidade de Cuidados Intensivos é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). (Ministério da Saúde, 2013 - Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos, página. 49)

O estágio do 1º ano/2º semestre do Mestrado com EEMC decorreu numa UCIP da região Norte, entre os dias 17 de maio e 10 de julho de 2021.

A UCIP onde decorreu o estágio é considerada a nível estrutural uma unidade mista, de nível III, com um total de 14 camas de cuidados intensivos polivalentes, incluindo 4 unidades fechadas, capazes de admitirem doentes com necessidades de isolamento protetor, aéreo ou em fase de aguardar resultados do teste à *Coronavirus Disease 19 (COVID 19)*.

É composta por uma vasta equipa de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais (AO) e secretária da unidade. A equipa de enfermagem está dividida entre a unidade de cuidados intensivos polivalentes, designada por UCIP1, e unidade de cuidados intermédios, designada por UCIP2, e no qual os dois serviços são geridos pela mesma chefe de enfermagem e pela mesma equipa médica. A equipa de enfermagem troca de serviço a cada 2 meses. Os horários de trabalho são assegurados por turnos de 12h, sendo que por cada turno tem sempre presente um enfermeiro responsável, de preferência enfermeiro especialista e que por regra não tem doentes atribuídos, exceto se por necessidade do serviço. A dotação adequada dos rácios enfermeiros – doentes, o nível e perfil de competências dos profissionais, são aspetos cruciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança. Os serviços devem, portanto, adotar estratégias e métodos que permitam uma adequação dos recursos humanos face às necessidades reais dos cuidados que os doentes carecem.

De acordo com o regulamento n.º 743/2019 de 25 setembro da OE referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem publicado em Diário da República, a classificação das Unidades de Cuidados Intensivos no que respeita a dotação de enfermeiros recomenda que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24h, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.

Este estágio está inserido na UC – A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica e, a UC contém delineados objetivos gerais de aprendizagem e competências e, como meio de complemento e segundo o regulamento da OE n.º 429/2018 de 16 julho que nos remete para as competências específicas do EEMC à PSC foram estabelecidos objetivos específicos e implementadas atividades adaptadas ao serviço para a realização do estágio de forma a adquirir competências especializadas no cuidado à PSC.

Neste contexto, foi-me permitido contactar com doentes instáveis, de múltiplas patologias complexas e com necessidade de monitorização invasiva, com necessidade de acesso a meios de diagnóstico e terapêutica diferenciada, contribuindo para um momento de oportunidade de desenvolvimento de competências, dirigida para a vigilância rigorosa da PSC, de forma a prevenir a instabilidade hemodinâmica e por consequência a falência multiorgânica.

No 1º semestre do ano letivo 2021/2022 realizei dois estágios em contexto de prática clínica, o primeiro decorreu em âmbito da Emergência Extra-Hospitalar do INEM, no período de 06 setembro a 27 de outubro, em que as horas de estágios foram divididas da seguinte forma: 180h de contacto prático, 120h nas ambulâncias SIV, 42h na VMER numa instituição da região Norte, 8h em *backoffice* na Delegação Norte do INEM, e as restantes horas para momentos de avaliação e apresentação de trabalhos.

A emergência extra-hospitalar é vista como toda a situação de doença súbita, de acidentes traumáticos, de situações de catástrofe com multivítimas e situações de exceção, garantindo um atendimento de qualidade no momento e no local do incidente.

Este estágio, foi para mim o mais aliciante de todos no que respeita a aquisição de competências, devido ao elevado grau de desafios que a prestação de cuidados emergentes em contexto extra-hospitalar exige, pela necessidade de garantir segurança para a equipa, para a pessoa que é socorrida, controlar o meio envolvente de forma a estabilizar a vítima e prestar apoio à família, prestar cuidados no local e transportar a vítima.

As ambulâncias SIV integram uma equipa constituída por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), e estão concebidas para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tendo como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o transporte de pessoas criticamente doentes, e dispõem de equipamento de SIV. São um meio de socorro em que, além do descrito para as Suporte Básico de Vida (SBV), há possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica. (Manual do SIEM, versão 2.0, 1ª edição de 2013, INEM, página. 6)

As ambulâncias SIV devem existir na rede articulada de serviços de Emergência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), devendo os Serviços de Urgência Básicos (SUB) integrar esse meio de emergência pré-hospitalar. (Despacho n.º 4163/2019 de 16 abril de 2019, Diário da República, página. 11910).

As VMER são igualmente um meio de intervenção de emergência extra-hospitalar constituído por um médico e um enfermeiro habilitado com formação específica para o socorro da vítima. Este meio é equipado com material para Suporte Avançado de Vida (SAV) em todas as situações que possam surgir, quer sejam elas emergências médicas ou trauma, em idade adulta ou pediátrica. As VMER estão alocadas nos hospitais e o objetivo principal deste meio é a estabilização da vítima crítica no meio extra-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte da vítima até à unidade de saúde especializada de forma a dar continuidade à prestação de cuidados da vítima. O enfermeiro especialista na área da PSC procura responder às necessidades da pessoa doente e da família de forma a respeitar a sua privacidade, os seus direitos e deveres, seguindo uma conduta ética pelo qual nos rege o código deontológico.

O segundo estágio referente ao semestre anteriormente mencionado decorreu no SU de um centro hospitalar da região Norte, no período de 28 de outubro a 18 de dezembro. Este serviço é considerado um serviço de urgência polivalente (SUP), em que é definido como o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área. (Artigo 5º do despacho n.º 10319/2014 de 11 agosto. Diário da República, página 20674)

O SU em termos de organograma fica localizado no Piso 1, Bloco F e apresenta 3 entradas principais: SU adultos, SU pediátrico e entrada de emergência. Relativamente às áreas do SU, estas encontram-se estruturadas da seguinte forma: área de triagem com dois postos de trabalho; duas salas de emergência; áreas com as respetivas Vias Verdes (VV); área médica; área cirúrgica; área de trauma; Unidade de decisão clínica 1 (UDC1) em que admitem doentes com prioridade verde e amarela; UDC2 que admitem doentes com prioridade laranja; Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Urgência (UCISU); áreas de apoio – salas de imagiologia; área VMER; sala de espera; secretariado de admissão de doentes e secretariado clínico.

A urgência funciona 7 dias por semana, 24h por dia e é considerada a porta de entrada do SNS que tem por objetivo receber, diagnosticar e tratar a vítima de doença súbita, acidentes e emergências que necessitam de atendimento e tratamento em contexto hospitalar.

A equipa do SU adultos e SU pediátrico é constituída por um total de 120 enfermeiros e 112 assistentes operacionais. Os turnos são assegurados por uma carga horária de 12h, e em todos os turnos está presente um enfermeiro responsável que é sempre representado por um enfermeiro especialista.

Por turno ficam responsáveis pelas salas de emergência e pela emergência interna hospitalar, dois enfermeiros, em que pelo menos um dos elementos é enfermeiro especialista. A equipa médica responsável pela sala de emergência é a equipa da UCIP.

A equipa é distribuída pelas diferentes áreas de trabalho definidas pelo responsável de turno e, enquanto aluna de especialidade tive oportunidade de passar por todas as áreas de trabalho do SU, o que me permitiu conhecer a organização de trabalho das diferentes áreas, priorizar os cuidados e as intervenções em função da prioridade atribuída ao doente e em função das queixas apresentadas, criar competências a nível de organização, de gestão e priorização dos cuidados face aos recursos humanos e materiais existentes.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

É definido pelo artigo 7º da lei n.º 111 / 2009 de 16 de setembro que, o título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos em que a especialidade vier a ser definida.

Os processos formativos e de certificação de competências são exigidos pela Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (IFCPC). Esta acreditação, assenta na criação de mecanismos que garantam o controlo de requisitos fundamentais para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem de forma a garantir o desenvolvimento de processos formativos de qualidade. (Regulamento n.º 558/2017, Diário da República, página. 23640)

O objetivo da IFCPC é conceber o modelo como um instrumento que desenvolva proximidade entre as diferentes instituições de saúde, com o intuito de integrar as várias equipas de saúde no projeto de forma participativa criando ambientes favoráveis na prática de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento da profissão de enfermagem. O plano de atividades da Acreditação de IFCPC incorpora os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem estabelecidos pela OE, respeitando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

De acordo com o regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro da OE, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem e, com referência aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico- Cirúrgica documentados pela OE a 25 novembro de 2017 na área da Enfermagem à PSC, pretendo descrever e fundamentar as atividades que permitiram adquirir e desenvolver competências de enfermeira especialista na vertente da PSC, no contexto da minha prática clínica desenvolvida no âmbito da Emergência Extra-Hospitalar e Serviço de Urgência.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC são os seguintes: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados.

Serão também abordadas as competências adquiridas no primeiro estágio do 1ºano/2º semestre numa UCIP da região Norte, composto por 180h de contexto prático.

Para o estágio decorrido na UCIP, foram planeadas atividades, projetos de intervenção e reflexão com o intuito de dar resposta aos objetivos definidos no projeto de estágio, de forma fundamentada e reflexiva, para sustentar e integrar as respetivas competências de enfermeiro especialista de natureza técnica, ética e relacional com a pessoa em estado crítico e família.

3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – processo de aprendizagem anteriormente percorrido

Os estágios em Enfermagem são momentos de oportunidade de crescimento a nível da formação profissional através de um processo de reflexão sobre a prática desenvolvida.

A escolha do estágio a realizar numa UCIP na zona Norte, deveu-se ao facto de este ser considerado um serviço de referência, constituído por uma linha de cuidados abrangentes, uma vez que a UCI por si só é vista como uma unidade complexa, com doentes em estado grave, em risco de vida iminente e que exigem observação e avaliação constante, assim como uma assistência permanente sendo, portanto, necessário profissionais de saúde dotados de conhecimentos teóricos e técnicos, treinados e competentes para prestar os melhores cuidados de saúde ao doente crítico, ajudando a restabelecer as suas funções vitais, prevenindo e antecipando situações que comprometem a vida.

A avaliação da dor do doente em UCI é um processo desafiador, uma vez que este na maioria das vezes não consegue comunicar verbalmente com a equipa de saúde, no entanto o enfermeiro é dotado de capacidades para reconhecer os sinais de desconforto através das alterações hemodinâmicas e de expressões faciais com o auxílio de escalas para doentes sedados, como a escala de Behavioral Pain Scale (BPS), e para os doentes não sedados as escalas numéricas, de faces ou comportamental. Segundo a norma do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) publicado pela DGS em 2012, a dor é uma perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nódico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a perceção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo.

Conforme dispõe a Circular Normativa da Direção Geral de Saúde (DGS) n.º 09/DGCG de 14 junho de 2003, a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática que deve ser observada em todas as instituições de saúde. O controlo

da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. Foram diversas as vezes que procedi à gestão da sedação ou da terapêutica de resgate em função da avaliação da dor efetuada com as escalas adaptadas à situação do doente, sempre com consciência que a minha tomada de decisão tem influência na consciência da minha prática aplicada. Antes da administração da terapêutica, eram sempre implementadas intervenções não farmacológicas com o objetivo de reduzir e/ou aliviar a dor, promovendo o conforto e bem-estar do doente, como aspiração de secreções, alternância de decúbitos, massagem corporal, redução da luminosidade da unidade do doente, redução do ruído do ambiente da unidade e proporcionar um ambiente calmo e sereno através da musicoterapia por exemplo. Neste sentido, adquiri competências na demonstração de uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas na avaliação do processo e nos resultados obtidos da tomada de decisão implementada.

O doente neurocrítico foi sem dúvida o tipo de doente que me suscitou mais interesse durante o estágio na UCIP, quer pelo planeamento de intervenções de enfermagem, quer pela sua execução e posterior avaliação dos resultados, pelas inúmeras especificidades e particularidades que apresentam, pois são doentes que necessitam de uma vigilância rigorosa e apertada devido à instabilidade hemodinâmica que desenvolvem e, portanto, desde do início que demonstrei curiosidade e interesse em prestar cuidados aos doentes deste foro, de forma a gerir, prevenir e alertar para sinais de instabilidade, pois os cuidados que estes doentes requerem, proporcionam momentos de reflexão acerca das tomadas de decisão implementadas e da avaliação dos resultados das mesmas. Além disso, tive oportunidade de participar numa formação de serviço acerca da neuromonitorização, o que me permitiu familiarizar com o nome e funções dos dispositivos invasivos e não invasivos mais utilizados, como o sensor de pressão intracraniana (PIC), derivação ventricular esquerda (DVE), oximetria cerebral e o SEDLINE (dispositivo não invasivo que através de um sensor colocado na região frontal da cabeça do doente, de forma bilateral, permite monitorizar atividade cerebral em áreas importantes do cérebro, captando sinais de eletroencefalograma (EEG) que se traduz num traçado elétrico). Ainda me foi proporcionado participar numa outra formação de serviço que me deu bases e conhecimentos acerca de técnicas mais utilizadas em cuidados intensivos, como a Técnica de Substituição Renal (TSR), que foi bastante enriquecedora uma vez que pude intervir e esclarecer dúvidas para implementar cuidados seguros utilizando a técnica.

Este estágio permitiu-me criar não só uma relação terapêutica com o doente, mas também com a família, no entanto, muito devido à situação pandémica vivida na atualidade, a DGS adotou medidas de restrição aos visitantes e acompanhantes nas visitas ao doente, o que condicionou e colocou um certo entrave na comunicação com a família de forma a envolvê-los na prestação de cuidados. A comunicação é um elemento fundamental que deve estar integrado nos cuidados de enfermagem, pois permite criar uma relação entre enfermeiro-utente-família e, é através da comunicação que estabelecemos com o doente e com a família, que podemos compreendê-lo como um todo no seu modo de pensar, agir e sentir.

Com base na consciência da importância da comunicação e pelas situações que presenciei, como o medo da família em se aproximar e tocar no seu familiar doente pelos inúmeros equipamentos e dispositivos que se encontram na unidade, surgiu como necessidade e proposta de melhoria ao serviço trabalhar o acolhimento à família aquando o momento da visita, em que teria o intuito de informar, tranquilizar, aproximar, reduzir o impacto emocional e psicológico da família.

O internamento da PSC numa UCI envolve uma rutura na estrutura do seio familiar, pelas mudanças e adaptações que o internamento exige, provocando problemas emocionais e psicológicos à pessoa doente e família que o acompanha, quer durante a fase de hospitalização, quer depois da alta clínica, pois a hospitalização por si só é alvo de ansiedade e desequilíbrio no quotidiano, e no qual é importante a equipa de enfermagem estar desperta para a ocorrências destas situações, envolvendo a família de forma ativa em todo o processo de prestação de cuidados desde do momento da hospitalização até à alta clínica, tendo o apoio, suporte e atenção da equipa de enfermagem.

Na necessidade de existir um acolhimento dirigido à família, de informar sobre o que consiste a UCI e o que podem esperar da equipa de enfermagem, foi desenvolvido um guia informativo de acolhimento com o conhecimento e contributo das enfermeiras tutoras e da enfermeira gestora da UCIP. Este guia informativo foi elaborado com uma linguagem clara, precisa, objetiva e adaptada culturalmente à população e às circunstâncias atuais da unidade. Destaco a elaboração deste guia como uma oportunidade de melhoria a ser implementada no serviço, sendo que o tema da comunicação com a família, acolhimento, receção é importante para a família, para os profissionais de saúde pelos laços terapêuticos que são criados com vista e objetivo comum que é a recuperação da pessoa doente.

Um dos objetivos propostos para o estágio na UCIP era a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico, numa perspetiva holística através da identificação de oportunidades de melhoria, na possibilidade de garantir um ambiente

terapêutico e seguro para os profissionais, doente e família e, portanto, considero esta etapa positiva para a contribuição e consolidação de conhecimentos e competências de enfermeiro especialista, pois contribuiu também como um momento único de aprendizagem de crescimento a nível pessoal, profissional e decisivo no saber-fazer.

Neste sentido adquiri as seguintes competências especializadas: garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; demonstra conhecimentos e habilidade em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia; demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante pessoa; família/cuidador em situação crítica.

3.2. Competências especializadas adquiridas no Instituto Nacional de Emergência Médica e Serviço de Urgência

O estágio realizado no INEM integrado numa instituição hospitalar da região Norte decorreu como já referido, no período de 06 de setembro a 27 de outubro de 2021, composto por 180 horas de contacto com contexto clínico, dividido entre as ambulâncias SIV, VMER e delegação Norte do INEM em *backoffice*.

O INEM, é o organismo do Ministério da Saúde responsável por definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) por forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. (Ministério da Saúde, & Instituto Nacional de Emergência Médica - 2019. Carteira de Serviços do INEM, página. 2)

O INEM tem diversas tarefas tais como: socorrer a vítima no local da ocorrência, transportar a vítima para o hospital e articular com os vários intervenientes do SIEM, sendo eles os hospitais, bombeiros, polícia, entre outros. Os meios de emergência médica são coordenados pelo Centro Orientação de Doentes Urgentes (CODU) onde é feita uma avaliação rápida aos pedidos de socorros através do número europeu de emergência – 112 – avaliando qual o meio de socorro mais adequado a ser ativado à situação em causa, determinando assim os recursos necessários para prestar socorro à PSC.

O atendimento pelo CODU é assegurado por médicos e TEPH'S com formação específica no atendimento e avaliação dos pedidos de socorro, no aconselhamento do pré-socorro, como o facto de ser iniciado em situações de Paragem Cárdio - Respiratória (PCR) o SBV, o acionamento do meio mais adequado, o acompanhamento da vítima, transporte da vítima e contacto com as unidades de saúde.

A opção de realizar o estágio em contexto extra-hospitalar prendeu-se pelo facto de possuir como objetivo pessoal enquanto profissional de saúde, a intenção de futuramente desempenhar funções em contexto extra-hospitalar e, o facto de intervir e estagiar em diferentes meios de socorro permitiu-me conhecer as especificidades e diferenças de cada meio de socorro, conhecendo o percurso da vítima desde do momento em que esta é socorrida, ao momento que lhe prestam assistência mais completa e abrangente de cuidados. No entanto, se houvesse oportunidade de escolha relativamente ao número de horas e ao meio extra-hospitalar a estagiar, teria optado por ter realizado mais horas na VMER uma vez que existe uma maior autonomia do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente em estado crítico que nas ambulâncias SIV, com intervenções mais autónomas através de protocolos aplicados. Também o facto de ter estado alguns turnos nas ambulâncias SIV sem saídas ou com saídas abortadas fez com que o meu interesse fosse mais dirigido à VMER, pelo número maior de oportunidades de contacto com o doente crítico e com a família.

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNEU), 2012, distingue os conceitos de urgência e emergência. Urgência é definida como uma situação clínica que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) e, emergência uma situação que existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo.

É suposto o SU ser composto por profissionais motivados, com experiência e capacidade de tomada de decisão na linha da frente do atendimento urgente.

O estágio do SU numa instituição da zona Norte, como já referido, decorreu de 28 outubro a 18 dezembro de 2021. Fui orientada por um enfermeiro com especialização em enfermagem médico – cirúrgica, sendo que nos primeiros 7 turnos de estágio estive com um enfermeiro também ele especialista em EMC designado pelo enfermeiro orientador. Tive oportunidade de passar por todas as áreas do SU, mas permaneci particularmente mais tempo na sala de emergência e posto de triagem de forma atingir os objetivos a que me propus inicialmente ao estágio.

Os primeiros 7 turnos decorreram sobretudo na UCISU, uma vez que o enfermeiro tutor se encontrava de férias e me foi designado um enfermeiro especialista em substituição e, este ficava na maioria das vezes na UCISU e sobretudo com turnos noturnos. No entanto, em conversa com o tutor e após demonstrar o meu interesse pela sala de emergência, acabei por realizar a maior parte dos meus turnos de estágio na sala de emergência.

a) Padrões de Qualidade de EMC – Satisfação do cliente

São elementos importantes face à satisfação do cliente:

o empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde; a intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica; a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica; a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica. (OE, 2017)

As atividades a que me propus para ir de encontro à satisfação do cliente foram:

- ❖ Assume a compreensão da informação transmitida pelo CODU, quer no local da ocorrência, quer no transporte do doente.
- ❖ Colabora, constrói oportunidades e desenvolve experiências com a equipa multidisciplinar.
- ❖ Analisa de forma clara e organizada a informação do acontecimento no local da ocorrência na respetiva unidade que recebe, de forma sistemática e clara.
- ❖ Promove o trabalho em equipa interdisciplinar e multidisciplinar.
- ❖ Adota uma relação profissional com os intervenientes envolvidos na prestação de socorro em contexto de emergência extra-hospitalar.
- ❖ Comunica de forma eficaz utilizando a metodologia ISBAR.
- ❖ Assume autonomia na transmissão de informação na passagem de turno.
- ❖ Compreende/reconhece as intervenções de enfermagem enquanto enfermeiro especialista nos diferentes meios de atuação.
- ❖ Analisa problemas éticos e deontológicos e identifica soluções para os resolver.
- ❖ Assegura cuidados de forma holística, com respeito à pessoa pela sua dignidade, privacidade, cultura, direitos e deveres.
- ❖ Promove a confidencialidade dos dados e da informação médica.
- ❖ Implementa medidas perante situações imprevistas e complexas, apresentando consciência crítica para a situação.
- ❖ Demonstra segurança na prestação de cuidados de enfermagem e comportamento adequado nos diversos contextos.
- ❖ Colabora nas decisões da equipa de saúde.

- ❖ Diagnostica de forma antecipatória possíveis complicações da doença.
- ❖ Conhece as normas, procedimentos e protocolos na Emergência Extra-Hospitalar e SU.
- ❖ Reconhece os direitos e deveres dos doentes para uma prestação de cuidados de enfermagem seguros.
- ❖ Cooperar no transporte de emergência extra-hospitalar da PSC.
- ❖ Reconhece os diferentes recursos e materiais utilizados para estabilizar a vítima.

Na enfermagem, uma vez mais reforçando, a comunicação com a PSC é fundamental para uma prestação de cuidados eficazes, seguros e competentes, uma vez que é crucial compreender o outro e fazer-se compreender ao outro. A comunicação terapêutica em enfermagem é vista como a capacidade em ajudar as pessoas a enfrentarem situações problemáticas, a relacionarem-se com os outros e com o meio, a encontrar estratégias de ajuste em relação ao que não pode ser alterado e a enfrentarem os seus problemas em relação à sua autorrealização e, para tal existir, é necessário o enfermeiro criar empatia com a PSC e família, pois a empatia fortalece o laço da comunicação terapêutica permitindo o enfermeiro colocar-se no lugar do outro sem perder a sua própria identidade. A relação terapêutica que se cria com o doente e com a família pode funcionar como um fator promotor de maior segurança para o doente e de diminuição do erro da nossa prática aplicada assumindo melhores tomadas de decisão.

O papel do enfermeiro especialista na comunicação com a PSC é fulcral para os cuidados, uma vez que este é dotado de capacidades técnicas, habilidades relacionais e comunicacionais, conhecimentos teóricos e competências especializadas que permitem compreender a PSC e o seu meio envolvente, sendo capaz de prestar cuidados e dar respostas à situação em que a vítima se encontra, sempre em prol da sua estabilidade e recuperação vital o mais precoce possível.

Ao longo do estágio e através do meu comportamento, das minhas ações, postura e interação perante a PSC e a família, pude aperfeiçoar as técnicas de comunicação e a relação terapêutica com este, garantindo uma melhor relação empática e conseqüentemente uma melhor prestação de cuidados de saúde. É importante adotar um comportamento e postura de interesse, humildade, proatividade para criar uma relação empática com o doente, família e com a própria equipa multidisciplinar. Perante a equipa de saúde, tentei sempre demonstrar interesse, curiosidade, disponibilidade, espírito de interajuda, uma vez que estes trabalham com PSC e possuem um vasto leque de conhecimentos específicos e aprofundados em diversas áreas, ressuscitação pulmonar, doente politraumatizado e outras situações que

padecem de uma resposta rápida e eficaz e, através deste leque de experiências, transmitiram-me conhecimentos, aprendizagens e experiências com o intuito de me tornar melhor profissional de saúde na área da PSC.

A pessoa é vista como um ser único, consciente, livre das suas escolhas e tomadas de decisão, com dignidade e capacidade para as fazer, mas sempre que o seu estado cognitivo e clínico o permita fazer. O ponto 1 do artigo 99º da lei n.º 156/2015 do Código Deontológico diz-nos que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação na defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. O enfermeiro reconhece os valores universais numa relação profissional, sendo eles: a igualdade, a liberdade responsável com capacidade de assumir as suas escolhas, a verdade e a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. No entanto, o socorro extra-hospitalar levanta algumas questões éticas, pois muitas vezes a PSC é privada pelo seu estado clínico de exprimir o que deseja para si naquele momento crítico e qual o tratamento que deseja receber, sendo estas decisões muitas vezes tomadas pelos profissionais de saúde que agem de acordo com os princípios da bioética, nomeadamente o princípio da beneficência em que, o que prevalece é fazer o bem pela vítima no momento da situação crítica.

Em muitas circunstâncias, o doente crítico encontra-se inconsciente, e só após a sua recuperação é que torna real a situação e que compreende o que verdadeiramente está a acontecer, podendo nessa altura decidir o que entender em relação aos cuidados que pretende ou não receber. Por outro lado, é a família que presencia, acompanha, experiencia cada momento em que este está incapaz de tomar decisões e, neste sentido todos os cuidados devem ter em conta a visão holística do ser humano enquanto pessoa, com respeito à pessoa pela sua dignidade, privacidade, cultura, direitos e deveres, mas envolvendo a família.

A alínea c do artigo 100º da lei n.º 156/2015 do Código Deontológico, diz-nos que o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional, no entanto, é necessário estarmos na ausência de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). O ponto 1 do artigo 2º da lei n.º 25/2012 de 16 julho reforça que as diretivas antecipadas de vontade designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Desde do primeiro dia de estágio nas ambulâncias SIV que me foram apresentados os protocolos de atuação relativamente à dispneia, à dor torácica, à reação alérgica/choque anafilático, à PCR no adulto, entre outros e, de acordo com estes protocolos, a cada ocorrência era discutido com a enfermeira orientadora qual o protocolo a ser implementado e qual a terapêutica que a vítima precisaria se seguissemos determinado protocolo, de forma a validarmos a terapêutica junto do médico do CODU com base no protocolo aplicado.

A passagem de dados clínicos ao CODU acerca da vítima de forma sistemática, ordenada e concisa é fundamental para se proceder à decisão do meio a transportar a vítima e da necessidade de acompanhamento, assim como definir o local de transferência da vítima. Além disso, o CODU como centro de orientação e principal elo de ligação na transmissão de informação da vítima, tive oportunidade de estabelecer comunicação com o médico do CODU na passagem de dados da vítima, validação de terapêutica e da assistência que foi prestada à PSC através do protocolo implementado para a situação em causa.

A transmissão de informação clínica preconizada pela emergência extra-hospitalar é a técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações). A técnica ISBAR é, portanto, definida pela DGS pela Norma 001/2017, como uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. É preconizada esta técnica uma vez que pode ser aplicada em todos os níveis de prestação de cuidados na transmissão de comunicação entre as equipas prestadoras de cuidados. A comunicação com a equipa multidisciplinar na passagem de dados clínicos da PSC permite dar continuidade à transição de cuidados.

No âmbito deste estágio foram-me proporcionados momentos para interagir e comunicar com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar de diferentes unidades de saúde utilizando a técnica ISBAR com base na abordagem ABCDE (A -Airway – Permeabilização da Via Aérea; B – Breathing – Ventilação e oxigenação; C – Circulation – Assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D – Disability – Disfunção Neurológica; E – Expose/Environment – Exposição com controlo de temperatura), de modo a facilitar o processo de comunicação interdisciplinar e promover a continuidade dos cuidados à vítima. As decisões relativamente aos cuidados a serem prestados são quase, se não sempre, tomadas em equipa e foi notório ver este processo sobretudo na VMER, onde o médico toma as decisões de suspender tratamentos, de suspender manobras ou não iniciar em caso de PCR, mas sempre com o parecer dos elementos presentes, enfermeiro, equipa dos bombeiros, ou seja, há uma decisão conjunta, em equipa.

No meu primeiro turno de VMER, tivemos uma saída para uma pessoa do sexo feminino, faixa etária de 80-90 anos, com início de dispneia súbita. À chegada ao local, a médica e o enfermeiro da VMER mesmo sabendo que se tratava do meu primeiro turno, deixaram-me abordar a vítima segundo abordagem ABCDE, permitiram-me tomar decisões sempre com o parecer do médico, como o facto de colocar O2, puncionar a vítima, avaliar a necessidade de administração de terapêutica, morfina e furosemida, para controlo da dispneia. Foi também realizado um eletrocardiograma (ECG) e neste observava-se supra do segmento ST em algumas derivações, mas a vítima nunca apresentou queixas de dor torácica.

Após a vítima se apresentar mais estável com a terapêutica administrada para poder ser transportada, tive oportunidade de acompanhar a vítima com a médica na ambulância e, a médica da VMER questionou-me se concordei com a decisão dela, se teria opinião contrária à abordagem e à sua tomada de decisão, ou seja, criamos um momento de discussão, de decisão em equipa e, esse momento para mim foi muito importante uma vez que me senti desde logo integrada como um elemento que poderia fornecer contributos e opinião relativamente aos cuidados que foram prestados.

Serviço de urgência

O primeiro dia de estágio com o meu tutor passou pela apresentação das diferentes áreas de tratamento e prestação de cuidados do SU, na organização e distribuição da equipa pelas diferentes áreas, na apresentação da e à equipa de enfermagem e, foi discutido com o tutor os meus principais objetivos de estágio, a minha experiência profissional e qual a área de cuidados que traria mais vantagens para a implementação de atividades com vista à concretização dos objetivos a que me propus ao estágio. Considerei importante o facto do enfermeiro tutor me colocar à disposição para ir de encontro aos meus objetivos e implementar as atividades que queria desenvolver, sendo que foi também extremamente importante a receção que os enfermeiros do SU tiveram para comigo e a disponibilidade que se demonstraram para nas novas situações e oportunidades me chamarem, de forma adquirir competências na abordagem à vítima.

A comunicação com a equipa multidisciplinar, tal como referido anteriormente, é importante de forma a reunir toda a informação essencial para a prestação de cuidados eficazes e eficientes à PSC, com vista na sua recuperação vital. Em todas as áreas de prestação de cuidados no SU existiam médicos de várias especialidades, medicina geral, ortopedistas, cirurgia geral, otorrinolaringologistas, entre outras especialidades. Contudo, a comunicação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica era escassa no meu ponto de vista, uma vez

que nem todos os médicos tinham a sensibilidade de falarem com a equipa de enfermagem sobre a necessidade ou o resultado de determinados cuidados prestados ao doente, assim como relativamente às decisões que tomavam.

A passagem de turno de enfermagem era realizada nas áreas designadas e existia uma folha de *Excel* que continha o nome do doente, o diagnóstico ou queixas principais de admissão e o tipo de exames ou análises, como hemoculturas, raio X (RX), tomografia computadorizada (TAC), entre outros, que tinham realizado ou que estavam a aguardar para realizar. Esta forma de completar a informação acerca dos exames que o doente foi submetido era importante, uma vez que me deparei sobretudo nas UDC1 e UCD2, com áreas completamente lotadas de doentes em macas, sem equipamentos de monitorização suficiente para todos os doentes, em que se tornava complicado e escassa a vigilância de todos os doentes da forma como é humanamente pretendida, uma vez que também eram escassos o número de enfermeiros para o número de doentes existentes nessas áreas. Eram observados doentes sem sinalização de risco de queda e, estes eram muitas vezes encontrados entre as grades da cama a tentarem-se levantar, podendo ocorrer quedas e consequências graves para os doentes. Foi de facto nessas áreas que mais fiquei impressionada com o tipo de prestação de cuidados aos doentes, não pela vontade ou capacidade de o fazerem, mas sim pelo elevado número de doentes presentes nessas unidades e com apenas 3 ou 4 enfermeiros para a prestação de cuidados. Era claro que, os doentes com elevado risco de dessaturação, de disritmias ou quedas eram colocados nas boxes mais próximas ao posto de trabalho dos enfermeiros, mas mesmo adotando essas medidas, considerei sempre escasso o nível e a capacidade de cuidados que eram prestados aos doentes e era visível na equipa de enfermagem o nível de frustração e o cansaço pela impossibilidade de fazer o melhor que desejariam pelo doente.

A família da PSC era muito pouco envolvida nos cuidados uma vez que, como as áreas se encontravam sobrelotadas e confusas, as famílias tinham pouco tempo para as visitas e eram muitas das vezes apenas contactadas por telefone pela equipa médica.

Na sala de emergência, ao contrário das áreas médicas, era notório o trabalho de equipa existente entre médicos e enfermeiros, em que havia uma relação de confiança, de trabalho mútuo com vista num único objetivo que era a estabilização da vítima e a recuperação do seu estado clínico. Contrariamente ao que acontecia nas outras áreas do SU, na sala de emergência o enfermeiro apresentava um papel mais autónomo nas tomadas de decisão relativamente à abordagem da PSC.

Sendo este um SU distrital a nível da região Norte com uma extensa área de apoio, havia muitas pessoas por dia a recorrerem ao SU por múltiplas razões, desde das mais graves às menos graves. No entanto, como já referido anteriormente, a pessoa é um ser único, com direitos, deveres, dignidade e com capacidade para decidir o que deseja para si. Devido ao elevado número de procura no SU e à incapacidade de resposta devido ao número reduzido de profissionais de saúde, muitos eram os doentes que abandonavam o SU sem muitas das vezes serem observadas pelo médico. No entanto, tendo em conta o seu estado cognitivo era sempre explicado ao doente o risco de abandonar o SU sem observação médica e, dependendo das queixas podiam ser situações mais ou menos graves e que todas as consequências oriundas do abandono seriam da sua responsabilidade.

Face às atividades implementadas adquirir as seguintes competências específicas: executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; monitoriza e avalia adequação das respostas aos problemas identificados; identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldade de comunicação; seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica.

b) Padrões de Qualidade EMC – Promoção da saúde

São elementos importantes face à promoção da saúde:

a promoção do potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica; a avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica. (OE, 2017)

As atividades a que me propus para ir de encontro à promoção da saúde foram:

- ❖ Assume capacidade reflexiva de análise face à pessoa que se encontra em situação crítica no local da ocorrência e no transporte.
- ❖ Colabora no controlo da dor da PSC em contexto de emergência extra-hospitalar e SU.
- ❖ Identifica e agiliza respostas aos problemas identificados.

- ❖ Envolve a família na prestação de cuidados e faz educação para a saúde.
- ❖ Fomenta uma relação terapêutica com a família e comunica de forma clara a informação acerca do seu familiar.

A promoção da educação em saúde é um papel que merece destaque nas intervenções de enfermagem com o doente, família e comunidade, no entanto, a promoção da educação em saúde em contexto extra-hospitalar torna-se um processo desafiador para os profissionais de saúde, uma vez que vai depender do estado clínico em que a PSC e família se encontram naquele momento. Todavia, durante o estágio adotei uma postura de transmissão de conhecimento e fiz educação para a saúde nas situações em que eram oportunas e permitidas, nos doentes cognitivamente bem e em que o seu estado clínico lhes permitia assimilar a informação transmitida. Posso dar o exemplo nos doentes com suspeita e/ou casos confirmados de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), ensinos estes que eram direcionados à adoção de estilos de vida saudáveis, sinais de alerta e fatores que contribuem para o risco da doença, pois a grande maioria das ocorrências nas ambulâncias SIV e VMER eram para situações de dor torácica e, era necessário dirigir os ensinos e fazer educação para a saúde neste sentido. Sendo a minha área profissional de base a área do foro cardíaco, tornou-se tudo mais simples relativamente às intervenções, à administração da terapêutica, à análise do ECG e à educação para a saúde dirigida ao EAM.

Relativamente à relação terapêutica que criei com a família, destaco particularmente uma das saídas de VMER para uma PCR pós queda de um feminino de 60-70 anos, em que a família estava presente no momento do colapso e pelo qual ficaram todos muito perturbados pela situação que presenciaram e pelo desfecho final, provocando um momento traumático sobretudo para o marido que optou por acompanhar e presenciar as manobras de ressuscitação da equipa de saúde até à suspensão das mesmas. A família naquele momento precisava receber apoio dos profissionais de saúde para esclarecerem questões como o porquê da suspensão de manobras de ressuscitação, de forma a poderem prosseguir com o luto. O luto é visto como uma resposta característica a uma perda significativa. Trata-se de uma resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um complexo processo dinâmico balanceado de mudança e transformação que envolve dimensões físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais e socioculturais da experiência humana. (António Barbosa In: Manual de Cuidados Paliativos, “O luto em Cuidados Paliativos”, 2016)

O enfermeiro especialista tem um papel importante na comunicação com a família, pois permite que esta expresse os seus medos e se sinta ouvida. Nesta situação em particular, tive

oportunidade de estar presente com a família, de prestar apoio, mostrando-me disponível e à disposição para esclarecer e responder às questões que eram muitas naquele momento e, sobretudo possibilitar e permitir a despedida. Consegui criar um momento de relação terapêutica com a família, pois também é uma das competências de enfermeiro especialista: “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, OE, página. 19363)

Serviço de Urgência

A relação terapêutica que se promove com a família e a forma como é comunicada a situação complexa da PSC num serviço de urgência requer sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para o fazer.

Num turno de estágio em que estava designada para a sala de emergência, deu entrada uma jovem de 30 anos com possíveis crises epiléticas presenciadas pela mãe associada a picos febris. No momento de admissão da doente, apercebemo-nos que a jovem tinha problemas psicomotores devido a um problema de nascença e que esta só se conseguia acalmar e colaborar na presença da mãe. Foi então que, por sugestão da enfermeira responsável pela sala de emergência, que a mãe foi chamada e alertada para o que lhe iríamos fazer e se esta se sentia capaz de participar e colaborar com a equipa de forma acalmar a filha para podermos administrar a terapêutica e encaminhar para a especialidade designada a observá-la. A mãe mostrou-se de imediato compreensiva e disposta a colaborar com a equipa de saúde e inclusive ajudou-nos a identificar o membro de melhor acesso endovenoso, nunca questionou o trabalho da equipa de enfermagem e médica e, permitiu que a filha se sentisse protegida, calma, fomentando uma relação terapêutica com os profissionais de saúde, ficando esta envolvida na prestação de cuidados.

Cada vez mais se fala na presença da família nas situações complexas, inclusive PCR, no entanto, penso que devem ser ponderadas as situações e os efeitos positivos e/ou negativos que podem acarretar pela presença dos familiares nas situações mais complexas.

Face às atividades implementadas adquiri as seguintes competências específicas: demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; demonstra conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto; monitoriza e avalia

adequação das respostas aos problemas identificados; identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

c) Padrões de Qualidade de EMC – Prevenção de complicações

São elementos importantes face à prevenção de complicações:

a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; A prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas; A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica; A responsabilização pela evacuação e transporte da pessoa em segurança; A referenciação para outros enfermeiros especialistas de acordo com área de intervenção e perfil de competências de cada especialidade; A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialistas; A responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega; A correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade; A apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida; A gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos. (OE, 2017)

As atividades a que me propus para ir de encontro à prevenção de complicações foram:

- ❖ Demonstra conhecimentos teóricos e práticos na abordagem ABCDE.
- ❖ Colabora na admissão e estabilização da PSC tendo em conta o algoritmo ABCDE.
- ❖ Suporta e fundamenta com base na ciência o raciocínio clínico na abordagem à PSC.
- ❖ Desenvolve conhecimentos e colabora no algoritmo de SAV.
- ❖ Reconhece sinais de instabilidade hemodinâmica prevenindo e/ou antecipando situações de risco.
- ❖ Conhece o sistema de Triage de Manchester e colabora na triagem seguindo o fluxograma.
- ❖ Assegura de forma correta e adequada nas situações de emergência, gerindo uma resposta sistematizada.
- ❖ Conhece os protocolos de atuação e articulação com outros sistemas das ambulâncias SIV.
- ❖ Assegura e reconhece condições de segurança na prestação de cuidados à PSC em contexto de emergência extra-hospitalar e SU.

- ❖ Desenvolve autonomia na estabilização do doente, na monitorização invasiva e não invasiva, administração de fármacos e comunicação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.
- ❖ Conhece o tempo de atuação, efeitos adversos e preparação de fármacos mais utilizados.
- ❖ Conhece os principais circuitos e meios de ativação da via verde AVC (Acidente Vascular Cerebral), VV SCA (Síndrome Coronário Agudo), VV sépsis e VV trauma.
- ❖ Colabora, constrói oportunidades e desenvolve experiências com a equipa multidisciplinar.
- ❖ Adota uma relação profissional com os intervenientes envolvidos na prestação de socorro.
- ❖ Identifica dúvidas e integra novos desafios.
- ❖ Colabora no controlo da dor da PSC.
- ❖ Conhece os critérios de ativação das ambulâncias SIV e VMER.
- ❖ Demonstra segurança na prestação de cuidados de enfermagem e comportamento adequado nos diversos contextos.
- ❖ Diagnostica de forma antecipatória possíveis complicações da doença.
- ❖ Conhece os protocolos de registos de enfermagem nas ambulâncias SIV e VMER.

O estágio em meio extra-hospitalar permite estar em contacto com uma realidade diferente relativamente ao meio hospitalar, que por norma é um meio mais controlado. Neste sentido, este estágio permitiu-me sem dúvida adquirir competências, conhecimentos, aprendizagens na abordagem à PSC no que concerne à identificação de fatores de instabilidade hemodinâmica, no controlo dos fatores que levam à instabilidade, prevenindo ao máximo complicações de forma a permitir a estabilização da vítima e a transportá-la de forma segura para a instituição de saúde que irá prestar cuidados mais abrangentes e adequados à situação em causa. Abordagem à vítima em contexto extra-hospitalar divide-se em 2 momentos: avaliação inicial (abordagem rápida, 60-90 segundos) e um segundo momento, avaliação secundária que é realizada após estabilização da vítima. É importante assegurar condições de segurança para os profissionais de saúde, para a vítima e terceiros na abordagem à PSC, identificar e corrigir situações que implicam risco de vida, limitar o tempo local necessário para estabilização da vítima, corrigir situações que necessitam de intervenção, preparar o transporte em segurança e, por fim, recolher informações relevantes através do CHAMU (Circunstâncias; História; Alergias; Medicação; Última Refeição). Qualquer que seja a condição que implique risco de vida para a vítima deve ser imediatamente corrigida antes de

avançar para uma próxima etapa de avaliação e, é igualmente importante categorizar a vítima numa situação de doença súbita ou trauma. Posso descrever uma situação de numa das ocorrências nas ambulâncias SIV em que fomos ativados para um acidente de viação de uma pessoa do sexo masculino, faixa etária de 50 anos e, no momento de avaliação da vítima conforme abordagem ABCDE, o A (via aérea) encontrava-se comprometido pelo relaxamento das partes moles devido às alterações do estado de consciência (AEC) e, era necessário corrigir de imediato o A antes de comprometer todos os passos seguintes, nomeadamente o B (respiração) e C (circulação). Esta situação foi corrigida através da colocação de um adjuvante da via aérea (VA), tubo orofaríngeo. Tornou-se uma situação de grande alerta para os profissionais de saúde uma vez que, existia uma grande suspeita de embriaguez por parte da vítima, mas como não tínhamos certezas que confirmassem essa suspeita, estávamos alertas e atentos às alterações que surgiam uma vez que podia apresentar essa AEC pelo traumatismo crânio-encefálico (TCE) a que esteve sujeito devido ao acidente de viação.

As ambulâncias SIV além de possuírem capacidade de SBV, administração de fármacos e atos terapêuticos mediados por protocolos existentes e sob supervisão médica, atuam na dependência direta do CODU e têm como principais objetivos a estabilização da vítima e acompanhamento da mesma durante o transporte de acidentes ou doença súbita. Durante o decorrer do estágio, tive oportunidade de participar e acompanhar em vários transportes de doentes críticos para unidades de saúde diferenciadas, quer acompanhada pelo enfermeiro aquando transporte efetuado pelas ambulâncias SIV, quer acompanhado pelo médico aquando efetuado pela VMER. Em todas as situações de transporte, era questionada sobre as condições de segurança necessárias para a vítima ser transportada de forma segura, antecipando problemas que podiam surgir durante o transporte mediante o estado clínico da vítima, como refletir sobre a necessidade de monitorização, de administração de terapêutica antes da viagem, analgésicos e antieméticos, verificação da quantidade de oxigénio (O₂) suficiente para o transporte, entre outras condições necessárias para um transporte seguro.

A formação de SAV tem por objetivo treinar e capacitar os profissionais de saúde no reconhecimento precoce de sinais de instabilidade e na aquisição de competências e conhecimentos na abordagem emergente. Posso destacar o meu papel enquanto enfermeira especialista numa situação de PCR, em que a vítima inicialmente estava consciente e orientada, com dor torácica, mas sem alterações no ECG, dispneica e com agitação psicomotora. Na abordagem ABCDE à vítima, o A não apresentava alterações, mas, comecei por corrigir o B com suplemento de aporte de O₂ por dessaturação através da colocação de

máscara de venturi e verificar se teve resultado positivo após a intervenção implementada, prosseguindo imediatamente para os passos seguintes de forma rápida e eficaz. A dor da vítima foi inicialmente controlada com administração de morfina e, em conversa com a vítima esta colapsa, apresentando uma bradicardia acentuada com perda do estado de consciência, entrando em atividade elétrica sem pulso (AESP). Foram iniciadas manobras de SAV durante 1h com colocação do compressor LUCAS (dispositivo mecânico de auxílio nas compressões torácicas de forma a reduzir o esforço humano), procedeu-se à entubação orotraqueal (EOT) e, por suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) foi administrado trombólise na tentativa de reversão do quadro clínico.

Neste caso em particular, foi-me permitido pelo médico e pelo enfermeiro da VMER, colaborar, coordenar administração da terapêutica, avaliar o pulso da vítima e desfibrilhar em segurança nos ritmos desfibrilháveis, seguindo todos os passos do algoritmo de SAV sob supervisão. É recomendado que após administração de trombolítico sejam efetuados mais 50 minutos de manobras de forma a dar tempo ao fármaco de atuar e possivelmente reverter o quadro. O facto de ter realizado o SAV recentemente e por trabalhar numa UCIC, sentia-me preparada e com segurança para o fazer, aumentando assim o meu leque de conhecimentos, aprendizagens, experiência, conhecimento e gestão do tempo e da administração da terapêutica em situações complexas à PSC. A vítima foi transportada até ao hospital do Norte, instituição com capacidade para dar resposta à situação clínica da vítima. Fiz o acompanhamento da vítima com a médica da VMER até ao hospital e, durante o percurso esta deu-me autonomia para continuar a gerir as avaliações de pulso e administração da terapêutica, informando-a apenas o que iria fazer. Na chegada ao hospital e após mais 1 ciclo de SAV, a vítima apresenta sinais de restauração da circulação espontânea (RCE), e é realizado um ecocardiograma confirmando o diagnóstico de TEP bilateral. Foi o momento em estágio mais intenso e mais rico em termos de aprendizagem, uma vez que recebi a vítima consciente, observei e presenciei o colapso da vítima, foram implementadas intervenções em função de recuperar sinais vitais e efetuado o transporte a uma instituição de saúde que deu continuidade ao processo e, tudo isto de forma mais autónoma possível.

A ativação das VV na emergência extra-hospitalar depende da avaliação inicial que é feita à vítima pelos profissionais do INEM, através de sinais e sintomas que permitem definir critérios de ativação, sendo de extrema importância iniciar ativação o mais precocemente, se possível ainda no local de ocorrência.

Um dos objetivos da ativação das VV da rede de referência de urgência e emergência como é apresentado pelo artigo 19º do despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde diz-nos que devemos: encaminhar o doente para o ponto de rede mais próximo e adequado à sua situação clínica (não necessariamente o de maior proximidade); assegurar o bom funcionamento das VV existentes (coronárias; AVC; sépsis e trauma); sistematizar e planear a capacidade de acompanhamento e transporte pré e interunidades de saúde; diminuir o número de transportes secundários que não implicam benefício para o doente; promover que o tempo entre o início da doença, o tratamento definitivo e o regresso à vida ativa, seja o mais curto possível. Em estágio, foi possível observar e conhecer a forma como se procede à ativação da VV. Um exemplo, numa das ativações da VMER para uma dor torácica, de uma pessoa do sexo masculino, faixa etária 50-60 anos, à nossa chegada a vítima encontrava-se numa esplanada com a família rodeada de muita gente e, esta encontrava-se sintomática, com sudorese intensa, palidez cutânea, dor torácica intensa com irradiação para a mandíbula que teria início há 30 minutos da nossa chegada. Após ter colocado a vítima na ambulância e ter realizado ECG, este encontrava-se com alterações significativas e a dor da vítima pouco cedia à administração da terapêutica. Com estas alterações e com a hora de início dos sintomas, a médica da VMER contactou o CODU transmitindo a informação e, este procede à ativação da VV, contactando a instituição de saúde mais próxima com laboratório de hemodinâmica de forma a realizar Cateterismo Cardíaco emergente à vítima o mais precocemente possível.

Serviço de Urgência

Desde do início do estágio que os objetivos e as atividades foram muito dirigidas à abordagem da PSC na sala de emergência, na estabilização da vítima em estado crítico e no seu encaminhamento. O estágio no SU permitiu-me inúmeras vezes, contactar com a vítima em situação crítica, instável, devido à oportunidade que me proporcionaram em realizar os turnos na sala de emergência. Destaco particularmente um dos turnos, com uma pessoa do sexo feminino que deu entrada no SU consciente e orientada e apresentava queixas de dor abdominal difusa, sendo triada com prioridade urgente e encaminhada para área médica. Poucos minutos depois da doente ser encaminhada para a área médica, esta colapsa e entra em PCR, sendo imediatamente reconhecido o colapso e encaminhada para a sala de emergência. No momento da admissão da vítima na sala de emergência, permitiram-me colaborar desde de início na monitorização da vítima, participar no algoritmo de SAV, administrar terapêutica e priorizar os cuidados em função da situação em causa. Ao final de

20 minutos de SAV, a vítima recupera e é encaminhada à sala de hemodinâmica, onde realizou Cateterismo Cardíaco que revelou oclusão de várias coronárias. Após discussão da equipa médica, foi decidido chamar a equipa do ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal) do Hospital de referência da zona Norte para colocar a vítima em ECMO para futuro transplante cardíaco. O ECMO tem por missão e objetivo tratar doentes críticos com falência cardíaca ou pulmonar potencialmente reversível, pois este tende a ser uma ponte para a recuperação ou para o tratamento definitivo, podendo ser uma ponte para transplante. Nesta situação em específico, o objetivo era dar suporte circulatório à vítima que se encontrava em choque cardiogénico grave.

Foi sem dúvida um turno rico em experiências novas, de contacto com outra realidade e de aquisição de aprendizagens específicas, uma vez que foi possível recuperar a vítima de uma PCR, mantê-la minimamente estável e encaminhá-la para uma instituição de saúde. Além do mais, realço a disponibilidade da equipa do ECMO para demonstrar e explicar o procedimento.

Face às atividades implementadas adquiri as seguintes competências específicas: identifica prontamente focos de instabilidade; responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; demonstra conhecimentos e habilidades em SAV; realiza triagem primária e secundária; proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas.

d) Padrões de Qualidade de EMC – O bem-estar e o autocuidado

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado:

o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialista; a responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega; a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas – para alívio da dor; a gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família; a preservação de vestígios indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente; a gestão de situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos; a utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna. (OE, 2017)

As atividades a que me propus para ir de encontro ao bem-estar e ao autocuidado foram:

- ❖ Implementa medidas perante situações imprevistas e complexas, apresentando consciência crítica para a situação.
- ❖ Assegura de forma adequada possíveis situações de conflito no local de ocorrência do socorro, reconhecendo as situações de segurança para avançar de forma assegurar os cuidados imediatos à vítima.
- ❖ Conhece os protocolos institucionais em caso de reconhecimento de violência doméstica, abuso sexual ou violência infantil.

A dor é padronizada pela DGS como o 5º sinal vital que deve ser avaliado na abordagem à PSC e, como tal, em todas as minhas avaliações era um elemento que estava sempre presente e eram implementadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas para reduzir e/ou aliviar a dor e ansiedade da PSC. O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.

Na ambulância SIV, tal como referido anteriormente, era necessário validar junto do médico do CODU a analgesia administrar e, tive várias oportunidades de comunicar com este para a validação da terapêutica, demonstrando conhecimento da situação, da forma como foi avaliada a dor, as escalas utilizadas para o fazer e comunicar o resultado final da intervenção. De acordo com o artigo 10º da Lei n.º 22/2007 de 29 junho publicado em Diário da República, são considerados como potenciais dadores post mortem todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a qualidade de não dadores. A Sociedade Portuguesa de Transplantação reúne condições necessárias para os indivíduos se tornarem possíveis dadores de órgãos como: o dador tem de falecer num hospital; depois de se verificar a paragem irreversível das funções cerebrais ou cárdiorespiratórias, o corpo tem que ser mantido artificialmente, desde do momento da morte até ao momento da extração de órgãos; é necessário que se conheça com exatidão a causa da morte.

Nas situações de PCR presenciadas e sobretudo em idades jovens, era sempre tido em conta pelos profissionais de saúde o cuidado máximo de preservar os órgãos vitais mantendo a preservação artificial o máximo de tempo possível de forma a serem encaminhados para o hospital e, serem preservados até ao momento de decisão de extração dos órgãos.

Serviço de Urgência

O SU permite ao enfermeiro tomar decisões em função do seu pensamento crítico, ou seja, o pensamento crítico é um processo complexo que exige juízo crítico e raciocínio para tomar decisões, conjugando, portanto, o raciocínio com a experiência. A tomada de decisão permite encontrar e construir estratégias de resolução de problemas, baseado no conhecimento e nas questões deontológicas da profissão.

As tomadas de decisão relativamente ao cuidado que a PSC necessitava sempre de ser realizada de forma conjunta, entre equipa médica e de enfermagem e, tive oportunidade de participar, uma vez que me pediam opinião e me pediam para intervir, e tive oportunidade de em diversas situações tomar iniciativa de encontrar acessos venosos, de auxiliar na colocação de linha arterial (LA), cateter venoso central (CVC), preparação e administração de fármacos sedativos, analgésicos de forma autónoma.

Face às atividades implementadas adquiri as seguintes competências específicas: demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos; demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional.

e) Padrões de Qualidade de EMC – Readaptação funcional

São elementos importantes face à readaptação funcional:

a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados; o planeamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o ensino, a instrução e o treino da pessoa em situação crítica sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional; a divulgação dos recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica. (OE, 2017)

As atividades a que me propus para ir de encontro à readaptação funcional foram:

- ❖ Coopera no transporte de emergência extra-hospitalar da PSC.
- ❖ Reconhece os diferentes recursos e materiais utilizados para estabilizar a vítima.
- ❖ Assegura e reconhece condições de segurança na prestação de cuidados à PSC.
- ❖ Analisa de forma clara e organizada a informação do acontecimento no local da ocorrência na respetiva unidade que recebe, de forma sistemática e clara.

A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados é importante na medida da PSC ter resposta para o seu problema com vista à sua recuperação e estabilização clínica. A prestação de cuidados em contexto extra-hospitalar consiste na estabilização clínica e num diagnóstico rápido quando a vítima é abordada de forma a ser encaminhada para a instituição de saúde mais diferenciada.

Nas situações de PCR com RCE, as vítimas são encaminhadas para as unidades de saúde especializadas, com equipa diferenciada, especializada e com recursos técnicos e humanos capazes de promover a continuidade à vigilância rigorosa que necessitam e à prevenção e antecipação de complicações futuras, assim como as situações de dor torácica e trauma que são encaminhadas para as instituições centrais com hemodinâmica ou centros de trauma. Neste sentido, tive oportunidade de colaborar com a equipa de emergência extra-hospitalar na passagem de dados da vítima, expondo o problema e tentar solucionar o encaminhamento das vítimas junto ao CODU.

Serviço de Urgência

O transporte de doentes críticos, seja ele intra ou extra-hospitalar, envolve riscos sendo necessário definir e refletir sobre o risco/benefício que a vítima adquire com o transporte, pois o nível de cuidados durante o transporte não deve ser inferior àquele que é prestado no serviço de origem. O transporte pode traduzir-se em momentos de instabilidade para a PSC, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações.

Foram várias as oportunidades que tive de participar no transporte intra-hospitalar da vítima em situação crítica quer para a sala de hemodinâmica, quer para a UCI, bloco operatório e sala de imagiologia. Nestes momentos de transporte da vítima era necessário refletir acerca do que seria necessário para a vítima de forma a mantê-la mais estável possível durante o transporte e transferência. Verifiquei que não existia um guia ou check list de preenchimento para o transporte intra-hospitalar, no entanto, eram tomadas medidas como: verificação do preenchimento da garrafa de O₂ em doentes ventilados, bombas perfusoras com bateria, ambu preparado, fármacos preparados, medicação em SOS e monitor desfibrilhador carregado.

O doente quando era transferido para a UCIP, a equipa da sala de emergência colaborava na transferência da vítima, auxiliavam na transferência de fármacos e comunicavam utilizando a técnica ISBAR com base na abordagem ABCDE o episódio de ocorrência da sala de emergência.

Tive também oportunidade de colaborar em 3 emergências intra-hospitalares, em que 1 enfermeiro da sala de emergência ficava responsável pela emergência intra-hospitalar. Nestas chamadas, era necessário levar um saco que continha todo o material de emergência, como fármacos, material e equipamento de VA. Em todos os episódios de emergência intra-hospitalar aquando a nossa chegada, o médico também ele responsável pela emergência interna se encontrava no local e, em nenhuma das emergências intra-hospitalares houve necessidade de abrir o saco de emergência, uma vez que tinham sido declaradas ou suspensas as manobras de recuperação do estado clínico devido às comorbilidades dos doentes.

Face às atividades implementadas adquiri as seguintes competências específicas: assegura meios de evacuação e transporte; garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis; salvaguarda condições de segurança; adequa respostas em situação de trauma.

f) Padrões de Qualidade de EMC – Organização dos cuidados de enfermagem

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem:

a existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e “core” de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica; a satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do exercício profissional; a dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade; a revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica; a existência de um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multivítimas. (OE, 2017)

As atividades a que me propus para ir de encontro à organização dos cuidados de enfermagem foram:

- ❖ Conhece os protocolos de catástrofe.
- ❖ Participa em formações de serviço, assim como observa/participa em formações nas ambulâncias SIV e VMER.
- ❖ Identifica e agiliza respostas aos problemas identificados.

- ❖ Identifica necessidades formativas.
- ❖ Desenvolve práticas de qualidade, colabora em programas para a melhoria contínua dos cuidados.
- ❖ Conhece a gestão de stock.
- ❖ Colabora no pedido de materiais e na elaboração do horário.
- ❖ Conhece a existência de grupos de trabalho e quais os trabalhos em curso.
- ❖ Acompanha a distribuição da equipa de enfermagem do SU, o sistema de rotatividade no serviço, entre sala de emergência, triagem e salas médicas/tratamento.
- ❖ Conhece o papel do enfermeiro responsável de turno no SU.
- ❖ Conhece o papel do enfermeiro responsável pela sala de emergência.

Desde do início do estágio que tomei conhecimento da dinâmica de funcionamento e dos protocolos das ambulâncias SIV e VMER, assim como da triagem realizada pelo CODU, o meio de socorro diferenciado a ser ativado, o trabalho e o papel dos enfermeiros no CODU e as funções e protocolos de cada meio diferenciado, assim como a forma de registo de enfermagem.

A formação contínua promove o desenvolvimento de competências do profissional de saúde. Nas ambulâncias SIV existiam escalas de formações anuais em diversos contextos, contudo, muito devido à pandemia *COVID19*, foram alteradas datas das formações e não tive oportunidade de participar e/ou colaborar uma vez que, tinha como objetivo de estágio participar em formações realizadas pelo INEM.

Com o intuito de estar apta a desenvolver competências, considerei pertinente para o contexto de estágio, realizar a formação de SAV, podendo assim colaborar com a equipa, prestando cuidados seguros em situações especiais como: PCR, intoxicações, anafilaxias, entre outras.

No que diz respeito à gestão dos materiais e equipamentos, colaborei nessa gestão, verificando os de prazos de validade dos fármacos e materiais, notificação das falhas e avarias dos equipamentos, assim como colaborei nas trocas de ambulâncias, em que era necessário seguir um plano de organização de troca de equipamentos de ambulância para ambulância.

O sistema informático utilizado para a validação de dados, terapêutica, sinais vitais na emergência extra-hospitalar é o *iTeams*. Após ter tido informação acerca do seu preenchimento, foi-me dada autonomia para preencher os dados das ocorrências, o protocolo ativado, as intervenções aplicadas e os resultados, assim como a forma dos dados serem

imediatamente enviados quer para o CODU quer para a instituição de saúde no caso de a vítima ser transportada.

A visita em *backoffice* na delegação do INEM foi um momento bastante interessante, uma vez que é a central de toda a logística de materiais, equipamentos, formações, gestão de recursos humanos, etc. Deram-me a conhecer as estatísticas das saídas dos meios de socorro da região norte, o número de vias verdes ativadas durante o ano e ainda, dados sobre a eficácia das compressões e do tempo de análise de ritmos nas PCR's pelos bombeiros, em que através destes dados eram avaliadas necessidades de ações de formações a estes profissionais. Em *backoffice*, o enfermeiro especialista apresenta um papel importante na gestão de equipas, horários, nas formações baseadas nas evidências científicas e na investigação, colaboram na revisão do plano de emergência e catástrofe e conhecem os princípios de atuação em situações de emergência e catástrofe.

Tendo em conta as competências do enfermeiro especialista no que concerne a resposta às situações de catástrofe, na gestão de cuidados em situações de emergência e catástrofe, considerei pertinente abordar a triagem de prioridades em situações de exceção e catástrofe com multivítimas de forma a relembrar a utilização do fluxograma da triagem nestas situações especiais, uma vez que é importante o papel do enfermeiro especialista na implementação e intervenção nas situações de exceção.

Serviço de Urgência

O artigo 5º do Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 março publicado pelo Ministério da Saúde dita que, o serviço de urgência deve manter uma relação estreita e claramente definida com o INEM, com os demais organismos estatais de intervenção em situações de urgência ou emergência e com as estruturas do sistema de prestação de cuidados de saúde e estreita articulação com a estrutura interna de prestação de cuidados intensivos das diversas áreas clínicas do hospital por forma a garantir a continuidade e qualidade de cuidados de elevada diferenciação.

O sistema de Triagem de Manchester foi introduzido em Portugal em 2000 através da edição inglesa, e em 2003 sofre alterações sendo publicada a edição portuguesa na Rede Nacional de Urgências (RNU). A DGS em 2015 define que todos os SU devem utilizar o sistema de Triagem de Manchester e que é da responsabilidade do Grupo Português de Triagem (GPT) proceder às auditorias externas. A Triagem de Manchester é um sistema objetivo e sistemático criando uma triagem inicial em função de um critério clínico, identificando a prioridade clínica e o tempo recomendado até ser observado pelo médico.

A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o SU. Assim, foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrange todas as situações apresentadas no SU. A primeira parte do método de triagem requer que o profissional selecione o fluxograma que seja o mais específico possível em relação à queixa apresentada. Depois percorre os discriminadores do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. (GPT)

De acordo com o despacho n.º 1057/2015 do Ministério da Saúde, a classificação de prioridades baseada em probabilidade de risco clínico, o doente deve ser encaminhado de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, com a maior brevidade possível. Após preencher os discriminadores é obtida uma cor de prioridade: cor vermelha – emergente (os doentes devem ter atendimento imediato); cor laranja – muito urgente (os doentes devem ser observados pelo médico em 10 minutos); cor amarela – urgente (os doentes devem ser observados em 60 minutos); cor verde – pouco urgente (devem ser observados em 120 minutos) e cor azul – não urgentes (os doentes podem aguardar até 240 minutos). (GPT)

O sistema de Triagem de Manchester tem vantagens no que concerne à uniformidade dos critérios, possibilitando a existência de uma decisão cientificamente validada e é um sistema rápido de ser executado, com um tempo estimado de cerca de 60 a 90 segundos por triagem. Um dos objetivos de estágio no SU era compreender, conhecer o fluxograma do Sistema de Triagem de Manchester e conhecer o encaminhamento destes doentes de acordo com a prioridade atribuída. De forma atingir este objetivo, desde do início do estágio que foi dado a conhecer ao meu tutor de estágio o porquê de querer colaborar e estar presente no posto de triagem, uma vez que é aqui que o doente se dá a conhecer, apresenta as suas queixas, sinais e sintomas e que é encaminhado de forma a receber o tratamento mais adequado para a sua situação. Os turnos no posto de triagem do SU permitiram-me constatar necessidades/problemáticas decorridas no posto de triagem, pois os enfermeiros eram frequentemente interrompidos durante o processo de avaliação ao doente, provocadas por diversas causas, sejam elas por familiares, pelos próprios doentes que questionam o tempo de espera, quer pelos colegas de trabalho, o que conduzia a uma perda de raciocínio clínico na avaliação ao doente, podendo dirigir a atribuição de prioridades de forma incorreta e, conseqüentemente acarretar um impacto negativo na prestação de cuidados. A interrupção de algo consiste na quebra de desempenho de uma atividade provocada por fatores internos

ou externos. Com esta problemática detetada e com o acordo do tutor e da professora, foi decidido realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o impacto que as interrupções podiam acarretar na atribuição de prioridades ao doente na triagem. No processo de tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Destaco em particular esta revisão integrativa da literatura desenvolvida em estágio do SU, uma vez que enquanto enfermeira especialista consegui ter uma visão mais abrangente da problemática em causa, mostrando evidências de que as interrupções na triagem podem trazer consequências para a prestação e qualidade dos cuidados ao doente, permitindo ao serviço refletir e encontrar estratégias de mudança, determinando necessidades potencialmente fatais na atenção imediata, reduzindo as implicações negativas que podem acarretar problemas na segurança do doente pela tomada de decisão e pensamento crítico que o enfermeiro possui no momento da avaliação. Os enfermeiros possuem conhecimentos e habilidades específicas para definirem prioridades de atendimento, permitindo uma redução no tempo de espera e otimizar recursos que contribuam para a segurança do doente, sendo assim de extrema importância controlar o ambiente de trabalho relativamente a nível dos fatores de distração que interrompem o pensamento do enfermeiro triador.

Num dos turnos de 6,5h fiquei com o enfermeiro chefe do serviço e com o enfermeiro responsável, sendo este enfermeiro especialista, do SU.

Neste turno tive a oportunidade de ver como se organiza o turno para os enfermeiros responsáveis. O turno da manhã começava pela passagem de turno entre os responsáveis de turno, em que se transmitiam as intercorrências do turno, a falta de enfermeiros para o turno, a falta de material ou a reposição deste no serviço entre outros assuntos pertinentes. Após receberem o turno e fazerem o pedido de estupefacientes e fármacos à farmácia, por rotina passavam em todas as áreas da urgência para perceberem o número de doentes em cada área de forma a gerirem a distribuição de enfermeiros para auxiliarem os colegas nas áreas mais necessitadas. Após isto, atualizavam o horário com os pedidos de trocas, de enfermeiros e AO, e geriam as faltas para os turnos. O plano de trabalho para a noite era realizado pelo enfermeiro responsável da manhã e procedia à respetiva distribuição em função de enfermeiros especialistas no turno e da experiência de cada um. Na UCISU ficavam sempre enfermeiros especialistas de enfermagem médico-cirúrgica, sendo que no turno diurno (manhã e tarde) era suposto ficar 1 ou 2 enfermeiros especialistas de reabilitação.

No turno com o enfermeiro gestor, pude verificar como elaborava o horário, sendo que este tinha o horário já elaborado com 2 meses de antecedência para a equipa poder organizar o

seu dia-a-dia com antecedência. Existia a possibilidade de pedirem preferências com número ilimitado por mês, sendo que estes pedidos eram cumpridos na possibilidade de o horário ser realizado sem dificuldades. O enfermeiro chefe também possibilitava vários dias seguidos de folga, assim como fazer trocas de forma ilimitada. Também me mostrou a forma como era realizada a avaliação de desempenho de cada enfermeiro e os objetivos distribuídos por cada um anualmente. Este turno de gestão permitiu-me conhecer o papel do enfermeiro responsável, do enfermeiro gestor, o trabalho e a logística que existe na organização do SU. Face às atividades implementadas adquiri as seguintes competências específicas: colabora na revisão do plano de emergência e catástrofe; demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe; define prioridades de atuação; identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde.

g) Padrões de Qualidade de EMC – A prevenção e o controlo de infeção associado aos cuidados

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem:

a participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado com base na evidência científica; a participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade; a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica; a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica. (OE, 2017)

A atividade a que me propus para ir de encontro à prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados foi:

- ❖ Assegura a prevenção e o controlo de infeções nas intervenções de enfermagem à pessoa nas situações de urgência/emergência.

A Prevenção e Controlo de Infeções foi e continua a ser uma das grandes preocupações dos hospitais com implicação na qualidade dos cuidados de saúde prestados, devido ao risco de infeções que podem advir da má prática dos profissionais. Nos tempos atuais, devido à pandemia *COVID19*, os cuidados e a prevenção associada às infeções e às resistências antimicrobianas adotam ainda uma maior importância na nossa prática de cuidados. Para isso, é necessário adotar medidas de prevenção de forma a minimizar o risco de infeção quer para os profissionais de saúde, quer para a vítima e, para isso, em estágio no contexto extra-hospitalar eram utilizados sempre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), como os

aventais, máscaras P2, luvas e eram desinfetados todos os materiais e equipamentos que estiveram em contacto com a vítima em cada ocorrência.

Como futura enfermeira especialista e com consciência que a minha má prática ou prática incorreta acarreta implicações para a PSC e família, em todas as ocorrências e na abordagem à PSC tentei colaborar na prevenção e controlo da infeção, pois mesmo em situações de maior complexidade foi sempre tida em conta o controlo da infeção, tendo em conta que uma das competências de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica na PSC é “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, pág.19359)

Serviço de Urgência

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) demonstram boas práticas que devem ser adotadas e implementadas por todos os profissionais de saúde na prática dos cuidados, com vista em minimizar o risco e transmissão de infeção. As PBCI incidem em 10 padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de EPI; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho. (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017, DGS, página. 6)

O enfermeiro gestor do SU era elemento integrante do Controlo e Comissão de Infeção e Resistência Antimicrobianos (CCIRA) e mostrou as evidências e os resultados das auditorias realizadas ao SU, relativamente à higienização das mãos, preparação e administração de injetáveis, utilização de EPI, etiqueta respiratória e auditorias ao tempo estimado por cada triagem. A CCIRA atua sobretudo em 3 áreas: formação aos profissionais de saúde, divulgação de normas, procedimentos e recomendações de boas práticas, vigilância epidemiológica e, portanto, colaborei com a equipa do SU de forma a caminhar para as boas práticas. A vigilância epidemiológica apresenta um papel importante uma vez que traduz uma ferramenta essencial para a prevenção e controlo da infeção, estimulando os profissionais através da demonstração de dados das práticas implementadas, promovendo a

mudança e a correção das práticas implementadas seguindo as recomendações designadas e protocoladas.

No que diz respeito à necessidade da colocação de doentes em isolamento no SU, tornou-se um processo inicialmente complicado, quer pela sobrelotação de doentes nas áreas de tratamento e observação, quer pelo facto de ser desconhecido se o doente é portador de algum agente infeccioso ou não. Eram muitas vezes encontradas macas de doentes encostadas umas às outras sem distanciamento entre estas, muitos destes doentes sob oxigenoterapia, com tosse, expetoração e torna-se de facto um problema no SU pelo risco e implicação que traz a nível de transmissão de infeções que decorre desse contacto próximo. Nesta fase pandémica em que nos encontramos e devido à falta de espaço, de recursos materiais e humanos para com os doentes *COVID19* confirmados ou suspeitos, estes eram alocados na área respiratória separados apenas por biombos, o que acarretava um risco de transmissão de infeção elevado por se encontrarem num espaço fechado, sem pressão negativa, doentes que não cumpriam o uso de máscara ou que não toleravam pelo grau de insuficiência respiratória que apresentavam e pela falta de recursos materiais que permitissem manter o distanciamento entre estes doentes.

4. IMPACTO E IMPLICAÇÕES DO PERCURSO PERCORRIDO A NÍVEL PESSOAL E PROFISSIONAL

Enquanto enfermeira generalista, desde do início da minha prática de prestação de cuidados que dirigi as minhas funções ao cuidado do doente crítico pelos desafios a nível técnico, prático e psicológico que estes acarretam no sentido profissional e pessoal. Foi então que, prematuramente, priorizei a minha carreira nesse sentido.

Realizei formações de SAV, participei em congressos de emergência, realizei uma pós-graduação em urgência e emergência, mas pela insatisfação pessoal e profissional que continha devido às lacunas teórico-práticas que sentia na prestação de cuidados à PSC e, sabendo que a enfermagem é uma profissão e disciplina que propicia oportunidades de desenvolvimento de competências na área do cuidado à PSC e família, optei por me inscrever no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

O papel do enfermeiro enquanto mestre em enfermagem e especialista em enfermagem médico-cirúrgica são papéis distintos, mas complementares e importantes para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Ser mestre em enfermagem implica conhecer, saber e compreender a área de enfermagem enquanto disciplina, apresentar um vasto leque de conhecimentos teóricos baseados no domínio da investigação, da prática baseada na evidência científica e conter aptidões para implementar os conhecimentos e situações complexas com o objetivo de encontrar estratégias para a resolução de problemas com responsabilidade ética e social.

O mestrado em enfermagem permite ao enfermeiro comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades e desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Universidade Católica Portuguesa, Porto)

Ser enfermeiro especialista na área médico – cirúrgica na vertente da pessoa crítica é ser enfermeiro com conhecimentos de especialização nessa área, que através da experiência profissional e dos estágios irá compreender competências especializadas para emitir juízo e pensamento crítico na implementação dos cuidados e tomada de decisão, na ambição de praticar enfermagem de forma assertiva e correta, melhorando a qualidade dos cuidados.

Em suma, a opção de adquirir o grau de mestre em enfermagem com especialização em enfermagem médico – cirúrgica na vertente da PSC surgiu pela necessidade de adquirir competências e conhecimentos na prestação de cuidados seguros à PSC e, possuir igualmente conhecimentos no domínio do saber enfermagem com base na investigação para aplicação de novas práticas.

A fase mais difícil do processo da especialização foi seguramente a articulação da minha vida profissional com a pessoal e a de estudante. O desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista resultou da conjugação da experiência profissional e do contacto com novas oportunidades e experiências obtidas em estágio na UCIP, Emergência Extra-Hospitalar e Serviço de Urgência. Nestes estágios resultaram oportunidades de reflexão na abordagem à PSC.

O planeamento de objetivos e atividades por cada período de estágio possibilitaram orientar e direcionar a procura de novas oportunidades de aprendizagens e conhecimentos para aquisição de competências específicas. A presença de profissionais de excelência na prestação de cuidados ao doente crítico e com disponibilidade para o ensino, possibilitaram e ajudaram a orientar o meu caminho para o alcance dos objetivos a que me propus.

A Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica na vertente da PSC contribuiu para que a minha abordagem face à PSC e família se revelasse mais segura, eficaz, com capacidade de resposta às situações mais complexas atuando no sentido humano, ético e deontológico que a profissão de Enfermagem direciona os cuidados.

5. CONCLUSÃO

A excelência e qualidade dos cuidados em enfermagem implica a existência de humanização na prestação dos mesmos, defendendo uma visão holística da pessoa doente reconhecendo-a como um ser único, individual face aos outros e no contexto em que se insere, família e comunidade. Contudo, todos os enfermeiros devem ser habilitados para avaliarem e envolverem a família na implementação dos cuidados, de forma a reduzirem o tempo de internamento e conseqüentemente o impacto psicológico, familiar e social que este provoca. O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes foi o início do começo da consciencialização e implementação para saber-fazer enfermagem com qualidade e excelência, tendo em conta a sua especificidade de cuidados. O primeiro impacto na abordagem ao doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos lança desafios ao profissional que pouco conhece este ambiente, pelos equipamentos específicos que dispõem, pela monitorização hemodinâmica, pelos fármacos sedativos e analgésicos que administram e pela ventilação mecânica invasiva essencialmente. Não obstante, o empenho que disponibilizei neste estágio e o espírito de interajuda da equipa, permitiram-me priorizar e organizar os cuidados à pessoa doente e à família.

Este estágio contribuiu para fomentar uma relação terapêutica com a família, pois entendi a importância do papel do enfermeiro na resposta às suas questões, no apoio e na disponibilidade, contribuindo para a redução dos seus medos e envolvê-los nos cuidados.

No momento da escolha dos campos de estágio, a emergência extra-hospitalar sempre foi a minha primeira opção e o estágio que mais ansiava por realizar. Foi um verdadeiro desafio abordar a vítima em contexto extra-hospitalar, priorizar os cuidados de acordo com os recursos existentes, estabilizar a vítima, assegurar condições de segurança para a equipa e para a vítima e transportá-la para outras unidades de saúde.

Por toda a dedicação e empenho que depus neste estágio, consegui demonstrar e aplicar os conhecimentos e aprendizagens que possuía na abordagem à PSC.

O SU foi igualmente um serviço aliciante para mim, sobretudo pela oportunidade de passar pela sala de emergência que me permitiu abordar e estabilizar a vítima em tempo útil e eficaz, assim como transferir a vítima para a unidade específica de acordo com a situação em causa. Realço o estágio em contexto extra-hospitalar e no SU como contextos altamente adequados para aperfeiçoar conhecimentos, competências, técnicas e criar autonomia na abordagem à

PSC, em situações complexas que exigiam tomadas de decisões perspicazes e altamente eficazes. A oportunidade de desenvolver estágios em ambientes de alto risco no sentido de demonstrar responsabilidade e conhecimento em diferentes contextos, constituíram momentos de aprendizagem que aliando a teoria à prática, contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermagem especializadas.

A elaboração do relatório final tem por objetivo demonstrar as competências adquiridas nos estágios, no âmbito formativo da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”. O relatório é um documento escrito que traduz todas as ocorrências face a tudo que foi desenvolvido e construído em contexto prático, com descrição, análise e reflexão do processo de aprendizagem.

O cumprimento deste percurso contribuiu para melhorias na minha prática profissional devido às partilhas de conhecimento e das experiências que adquiri em estágio. Tornei-me melhor profissional atualmente no meu local de trabalho, uma vez que aliando a teoria à prática e à evidência científica, presto cuidados seguros, eficazes, atuando e fornecendo respostas às situações e necessidades mais complexas, como situações de falência multiorgânica.

Em síntese, encaro os estágios e as aulas teóricas como processos de demonstração e desenvolvimento de competências e conhecimentos teóricos, científicos, aperfeiçoamento de habilidades técnicas e práticas, análise de situações complexas numa perspetiva mais avançada com um nível de conhecimentos mais aprofundado conducentes do grau de Mestre em enfermagem com especialidade em enfermagem médico – cirúrgica no âmbito dos Cuidados Intensivos, Emergência Extra-Hospitalar e SU.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia Geral Extraordinária de 25 novembro 2017. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados na área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Leiria. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidade-emc_rev.pdf
- Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Ministério da Saúde, 2013. Lisboa. Disponível em: [Avaliação-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf \(sns.gov.pt\)](https://www.sns.gov.pt/pt/avaliacao-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos)
- Barbosa, M. Pina, Paulo Reis, Tavares, Filipa & Neto, Isabel Galriça (2016). Manual de Cuidados Paliativos. ISBN: 978-972-9349-37-9. Lisboa. Disponível em: <https://docplayer.com.br/64187181-Manual-de-Cuidados-paliativos.html>
- Circular normativa n.º 09/DGCG de 14 junho 2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência, fevereiro de 2012. Disponível em: <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>
- Decreto de Lei n.º 63/2016 de 13 setembro. Diário da República n.º. 176/2016 – Série II. Lisboa. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Decreto de Lei n.º 161/96 de 4 setembro. REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República n.º 205/1996 – Série A. Lisboa. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

- Decreto de Lei n.º 65/2018 de 16 agosto. Artigo 20º. Diário da República n.º 157 – Série I. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Despacho n.º 1057/2015 de 2 fevereiro. Diário da República n.º 22/2015 – Série II. Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Despacho_1057_0215_EnfermeirosMeiosComplementaresDiagnostico.pdf
- Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 março. Artigo 5º. Diário da República – Série B. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despachonormativo/11-2002-252420>
- Despacho n.º 4163/2019 de 16 abril. Diário da República n.º 75/2019 – Série II. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122109203>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 agosto. Diário da República n.º 153/2014 – Série II. Lisboa. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 agosto. Diário da República 2.ª série – n.º 153. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Lei n.º 25/2012 de 16 julho, artigo 2º. Diário da República n.º 136/2012 – Série I. Lisboa. Assembleia da República. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/07/13600/0372803730.pdf>
- Lei n.º 111 / 2009 de 16 de setembro, artigo 7º. Diário da República n.º 180/2009 - Série I. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- Lei n.º 156/2015 do Código Deontológico de 16 setembro. Diário da República, 2015. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Manual do SIEM, INEM, verão 2.0, 1ª Edição de 2013. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergência-Médica.pdf>
- Ministério da Saúde, & Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Carteira de Serviços do INEM, I. P. Lisboa. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/12/Carteira-de-Serviços-doINEM.pdf>
- Norma 001/2017, Direção Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Direção Geral da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.pdf.aspx>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017. Direção Geral da Saúde. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 – Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho. Diário da República n.º 135/2018 – Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 setembro – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 184/2019 – Série II. Lisboa. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

- Regulamento n.º 558/2017 de 17 outubro. Diário da República n.º 200/2017 – Série II. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2017/10/2000000000/2364023642.pdf>
- Sociedade Portuguesa da Transplantação. Disponível em: <https://www.spt.pt/site/desktop/index.php>
- Universidade Católica Portuguesa, Porto. Disponível em: <https://www.porto.ucp.pt/pt/central-oferta-formativa/mestrado-enfermagem>

7. APÊNDICES

APÊNDICE I

**GUIA INFORMATIVO: ACOLHIMENTO À FAMÍLIA
NA UCIP**



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC: A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica

GUIA INFORMATIVO: ACOLHIMENTO À FAMÍLIA NA UCIP

Estudante: Liliana Cristina Nunes da Costa, nº 396420016

Sob orientação de: Profª Doutora Patrícia Coelho

Porto, Junho de 2021

ABREVIATURAS E SIGLAS

EEMC – Especialidade Enfermagem Médico – Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCPP - Universidade Católica Portuguesa do Porto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
GUIA INFORMATIVO: ACOLHIMENTO À FAMÍLIA NA UCIP.....	6
CONCLUSÃO.....	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
APÊNDICES	
Apêndice II – Questionário de avaliação da satisfação dos familiares.....	19

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) de uma instituição da zona Norte onde decorre o estágio que está integrado no âmbito da Unidade Curricular (UC) – A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica. Esta UC está inserida no curso do Mestrado em Enfermagem com Especialização Médico – Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCPP), a decorrer no ano letivo 2020/2021.

UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) “é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).” (Ministério da Saúde, 2013, página 30)

A UCI por si só, é vista como uma unidade complexa, com doentes em estado grave, com risco de vida iminente e que exigem observação, avaliação constante, assim como uma assistência permanente, sendo portanto necessário profissionais de saúde dotados de conhecimentos teóricos e técnicos, treinados e competentes para prestar os melhores cuidados de saúde ao doente crítico, ajudando a restabelecer as suas funções vitais, prevenindo e antecipando situações que comprometem a vida da pessoa em situação crítica (PSC).

A PSC é, portanto, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE) nº429/2018 de 16 de Julho, pág. 19362)

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados prestados com base na capacidade de reconhecimento de situações que comprometem o risco imediato de vida do doente, com capacidade de agir e atuar de forma preventiva com olhar na recuperação e restauração total das funções vitais e cognitivas da pessoa.

No decorrer deste estágio, surgiram algumas situações em que tive oportunidade de presenciar o fato de a família ficar bastante impressionada, assustada, com medo de tocar no doente pela presença de dispositivos médicos que estão em volta do seu familiar, e surgiu portanto a proposta de melhoria ao serviço, trabalhar o acolhimento à família aquando a visita na UCIP, em que o objetivo será informar, tranquilizar, e reduzir o impacto emocional e psicológico que a visita ao doente em situação crítica provoca nos familiares.

Esta necessidade de existir um acolhimento dirigido à família, de informar sobre o que consiste a UCI e o que podem encontrar e esperar da equipa de enfermagem, foi desenvolvida com o conhecimento e contributo das enfermeiras tutoras e da enfermeira chefe da unidade. Este guia informativo foi elaborado com uma linguagem clara, precisa, objetiva e adaptada culturalmente à população e às circunstâncias atuais da unidade.

Foi também sugerido a passagem do guia em vídeo na sala de espera antes da visita. Com o objetivo de avaliar a satisfação dos familiares acerca do guia de acolhimento na UCIP foi elaborado um questionário de satisfação.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi o método descritivo e reflexivo com base em referências bibliográficas fidedignas de modo a enriquecer a fundamentação teórica.

O trabalho teórico terá a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento do guia informativo à família na UCIP, conclusão e referências bibliográficas.

2. GUIA INFORMATIVO: ACOLHIMENTO À FAMÍLIA NA UCIP

A relação da equipa de enfermagem e da família da PSC deve ser baseada na relação de interajuda e suporte, sendo que a equipa de enfermagem deve estar preparada, atenta e com competências para responder às necessidades dos familiares. A relação de comunicação que é estabelecida com a equipa de saúde é para os familiares muito importante, e desta forma, a família tem de ser foco do cuidar do enfermeiro, devendo ser envolvida na prestação de cuidados, pois como reforça Díaz (2014), cuidar da família num contexto de unidade de cuidados intensivos é tão importante como cuidar do doente crítico.

Uma família informada é uma família que encara e desmistifica o internamento, pois o processo de doença e internamento não é um processo isolado, uma vez que a família fica envolvida, e é importante que sejam igualmente envolvidos nos cuidados de saúde. Weight e Leahey (2011) dizem-nos que todos os enfermeiros devem ser instruídos e competentes de modo a envolver as famílias nos cuidados de saúde, em qualquer domínio da prática de enfermagem.

A família é sem dúvida quem melhor conhece o doente, pois convive diariamente com ele, conhece as suas limitações, as suas necessidades, e estas informações podem ser úteis para a prestação cuidados de enfermagem com base nas suas crenças, nos seus valores e cultura. O primeiro contacto da família na UCI é um momento que provoca sentimentos de desespero, de elevada ansiedade, tensão e medo, pela presença de múltiplos dispositivos médicos, pela presença de uma vasta equipa de profissionais de saúde, com alarmes sonoros constantes, com necessidade de procedimentos técnicos constantes, entre outros, acarretando um grande impacto na vida da família podendo levar a vivências traumáticas e, segundo Oliveira (2012) os profissionais devem prepará-los para o que irão observar e vivenciar, quando forem visitar o seu ente querido.

O internamento da PSC numa UCI envolve uma rutura na estrutura do seio familiar, pelas mudanças e adaptações que o internamento exige, provocando problemas emocionais e psicológicos ao doente e família que o acompanha, quer durante o internamento, quer depois deste, pois o internamento por si só é alvo de situações de stress e desequilíbrio no quotidiano, no qual é importante que a equipa de enfermagem esteja atenta e desperta para a ocorrência destas situações. A família deve ser envolvida em todo este processo e, portanto, deve ter o apoio, suporte e atenção da equipa de enfermagem que os deve incluir de forma ativa na prestação de cuidados.

Um guia informativo é um conjunto de informação, descrição de algo em que é pretendido informar, orientar e direcionar alguém sobre determinado assunto. O guia informativo criado no âmbito deste estágio está dirigido a todos os familiares que visitam os seus familiares internados na UCIP do hospital da zona Norte.

De forma resumida, o guia informativo tem caráter meramente informativo e contém informação primeiramente acerca da localização da UCIP na estrutura hospitalar, uma breve explicação sobre o que é a Unidade de Cuidados Intensivos e os cuidados de enfermagem que são prestados na UCIP e para que fim são dirigidos estes cuidados, como é organizado o agendamento das visitas na unidade, a pessoa de referência que fica assinalada de modo a serem transmitidas as informações sobre a evolução do estado de saúde do seu familiar quer pelo enfermeiro responsável, quer pelo médico da unidade, faz uma breve referência acerca dos objetos pessoais, pelo qual devem aguardar que seja a equipa de enfermagem a dizer se podem trazer algum objeto pessoal ou não, assim como a importância da presença da família na visita ao seu familiar de forma a serem envolvidos na prestação de cuidados e reforçando e desmitificando o medo de tocar e falar com os doentes.

3. CONCLUSÃO

A UCIP é um serviço onde o doente em situação crítica permanece por norma hospitalizado por um longo período de tempo. Desta forma, é evidente que a família passa parte do tempo no hospital, em visitas, e vêem-se obrigadas a mudanças e adaptações no seu quotidiano devido à necessidade de substituição do papel que o doente tinha na família, na sociedade, pela incerteza da recuperação do seu estado clínico e, pelas repercussões que o internamento tem a nível de gestão familiar.

É certo que as famílias reagem de forma distinta e algumas de forma peculiar às situações de oscilação em relação à evolução do estado clínico do seu familiar, à sua patologia e ao tempo prolongado de internamento, e daí ser importante que a equipa de enfermagem tenha boa relação de comunicação com as famílias de modo a se puderem ajustar às diversas famílias e às diversas formas de reação que estas possuem.

O guia informativo foi entregue à enfermeira chefe da unidade e este será alvo de revisão pelo setor da qualidade do hospital de modo a ser validado e publicado no serviço.

Espero que, através da realização deste guia de acolhimento consiga minimizar e atenuar os sentimentos negativos dos familiares no momento da visita aos familiares internados na UCIP, melhorando a participação e acompanhamento efetivo da família no processo do cuidar, com base na reflexão da equipa de enfermagem sobre as suas práticas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✚ Díaz, L. (2014). La Familia del paciente en unidad de cuidado intensivo (UCI). Programa de Psicología, Escuela de Medicina Y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario.

- ✚ Oliveira, E. (2012). O Primeiro contacto da Família com a Unidade de Cuidados Intensivos. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Viseu.

- ✚ Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 – Série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ✚ Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Lisboa.

- ✚ WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. – Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família.

APÊNDICE II

Questionário de avaliação da satisfação dos familiares

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 5 (assinalando com um X), do qual:

1- Discordo completamente; 2- Discordo parcialmente; 3- Sem opinião 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo completamente

	1	2	3	4	5
1) Foi recebido pelo enfermeiro responsável pelo seu familiar antes da visita.					
2) Sabia antes de ler o guia informativo que poderia tocar e falar com o seu familiar mesmo ele estando a dormir.					
3) O guia informativo foi – lhe útil antes da visita para reduzir a ansiedade e medo.					
4) Conseguiu ficar mais esclarecido, mais calmo e menos angustiado ao visitar o seu familiar após ler o guia informativo.					
5) Considera importante a leitura do guia informativo antes da visita.					
6) As informações do guia informativo eram claras.					
7) Sabe a quem se dirigir para esclarecer dúvidas após ler o guia.					

8) Consegue regressar a casa mais tranquilo após saber os cuidados que são prestados ao seu familiar na unidade.					
9) Tinha conhecimento de que valorizamos a presença da família na visita.					
10) Sente-se mais esclarecido e informado.					

SUGESTÕES/OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE II

Triagem de Prioridades em Situação de Exceção e
Catástrofe com Multivítimas – INEM



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC: Estágio Final e Relatório

**TRIAGEM DE PRIORIDADES EM SITUAÇÃO EXCEÇÃO E
CATÁSTROFE COM MULTIVÍTIMAS - INEM**

Estudante: Liliana Cristina Nunes da Costa, nº 396420016

Sob orientação de: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, outubro de 2021

ABREVIATURAS E SIGLAS

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EEMC – Especialidade Enfermagem Médico – Cirúrgica

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA – Pressão Arterial

PMA – Postos Médicos Avançados

Prof^a - Professora

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

START - Simple Triage And Rapid Treatment

SU – Serviço de Urgência

TRTS - Triage Revised Trauma Score

UC – Unidade Curricular

UCP - Universidade Católica Porto

VIC - Viatura de Intervenção e Catástrofe

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

1.Introdução.....	5
2. Triagem de prioridades em Situação de Exceção e Catástrofe com Multivítimas.....	8
2.1 Etiquetas de Triagem	15
a) Como utilizar a Etiqueta de Triagem.....	16
3. Controlo das Vítimas Transportadas.....	19
a) Posto Médico Avançado.....	20
4. Conclusão.....	22
5. Referências Bibliográficas.....	24
Apêndice	
Apêndice I - Triagem de Prioridades em Situação de Exceção e Catástrofe com Multivítimas	

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado em contexto de estágio de Emergência Extra-Hospitalar integrado na Unidade Curricular (UC) – Estágio Final e Relatório. A UC está inserida no 14º Mestrado em Enfermagem com Especialização Médico – Cirúrgica (EEMC) na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Universidade Católica do Porto (UCP), decorrente do ano letivo 2020/2021.

O estágio de Emergência Extra-Hospitalar decorreu na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de uma instituição hospitalar da zona Norte.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), é o organismo do Ministério da Saúde responsável por definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) por forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. (Ministério da Saúde, & Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019. Carteira de Serviços do INEM)

O ponto 2 do artigo 3.º do decreto de lei n.º34/2012 de 14 fevereiro define atribuições do INEM: definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita: prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizadas e não medicalizadas, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência; referenciação e transporte de urgência/emergência; receção hospitalar e tratamento urgente/emergente; formação em emergência médica; planeamento civil e prevenção; rede de telecomunicações de emergência.

Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, Diário da República)

A palavra “catástrofe” é vista de forma global por todos nós como algo desastroso, ruína de algo e mesmo morte. Contudo, no ponto 2 do artigo 3º. do decreto de lei nº.27/2006, Lei das bases da Proteção Civil publicada na Assembleia da República define catástrofe, “é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos

materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (pág.4696)

Tratam-se de acontecimentos complexos que requerem soluções e meios de atuação específicos para dar resposta.

O papel do INEM nas situações de exceção passa por:

- Coordenar todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e evacuações primárias e secundárias.

- Referenciação e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de postos médicos avançados (PMA);

- Executar a triagem e o apoio psicológico a prestar às vítimas no local da ocorrência, com vista à sua estabilização emocional e posterior referenciação para as entidades adequadas;

- Assegurar um sistema de registo de vítimas desde o Teatro de Operações até às unidades de saúde de destino. (Oliveira et al.,2012)

A prática regular em situações de exceção e catástrofe em cenários multivítimas é o que dita a proficiência dos profissionais de saúde no âmbito da emergência extra-hospitalar na abordagem às vítimas em situação de exceção, evitando a perda progressiva de conhecimentos e competências, pois são as competências práticas e conhecimentos teóricos que integram o percurso de aprendizagem dos profissionais de saúde.

O regulamento n.º 429/2018 de 16 julho publicado em Diário da República refere que o enfermeiro especialista também tem competências na resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Tendo em conta que as situações de exceção e catástrofe em cenários multivítimas não são frequentes em território nacional, e sendo uma das competências de enfermeiro especialista dar resposta em situações de catástrofe, considereei pertinente abordar a triagem em contexto de situação de exceção e cenários com multivítimas associando ao papel de enfermeiro especialista nestas situações, uma vez que como futura enfermeira especialista e apresento um interesse especial pelo tema, tenho como objetivo futuro a participação de um simulacro de uma situação de catástrofe em cenário multivítimas.

O trabalho apresentará a seguinte estrutura: introdução, triagem de prioridades em situação de exceção, etiquetas de triagem em situação de exceção, como utilizar a etiqueta de triagem, controlo das vítimas transportadas, posto médico avançado, conclusão e referências bibliográficas. Em anexo contém apresentação em power point da Triagem de Prioridades em Situação de Exceção e Catástrofe com Multivítimas, que serviu de objeto de avaliação e apresentação ao INEM.

2. TRIAGEM DE PRIORIDADES EM SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE COM MULTIVÍTIMAS

O termo “triar” surgiu do francês “trier” que significa escolher, classificar, selecionar. (Silva, 2009).

A triagem em situação de exceção e catástrofe ao contrário do sistema de triagem convencional utilizado nos Serviços de Urgência (SU) é um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência limitados quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para os tratar. (Oliveira et al.,2012)

A triagem em situação de exceção consiste em dar prioridade ao maior número possível de sobreviventes, assegurando a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes, ou seja, fazer o máximo pelo maior número de vítimas com o melhor uso dos recursos disponíveis. Contudo, situações de exceção desencadeiam momentos de elevado stress quer para as vítimas que esperam pelo socorro, quer para os profissionais que vão prestar os cuidados, pois são ambientes dramáticos, com pouca informação sobre as vítimas tornando a situação de difícil decisão baseada em recursos humanos e técnicos limitados. A triagem em situação de exceção classifica-se em dois momentos distintos: triagem primária e triagem secundária.

De acordo com Oliveira et al.,2012, a triagem em situações de exceção e catástrofe têm como objetivos principais: assistência precoce; aplicação de manobras “life-saving”; determinar o nível de urgência; implementar utilização criteriosa de recursos críticos; documentar as vítimas; controlar o fluxo de vítimas; determinar áreas de cuidados/vigilância; distribuir os profissionais por áreas de assistência; iniciar medidas terapêuticas.

Na triagem primária pretende-se triar o maior número possível de vítimas. Esta triagem primária baseia-se no método de “Simple Triage And Rapid Treatment” (START), sendo este o instrumento mais adotado em contexto extra-hospitalar a nível do território nacional. Oliveira et al.,2012 refere que o instrumento START é utilizado com o objetivo de triar de forma rápida um grande número de vítimas, utilizando discriminadores simples como: Vítima anda? Está Ferida? Respira? Frequência respiratória (FR)? Frequência cardíaca (FC)?

Com base nestes discriminadores as vítimas são categorizadas em prioridades como demonstra a figura1: Prioridade 1 (cor vermelho): Vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave; Morto (cor preto).

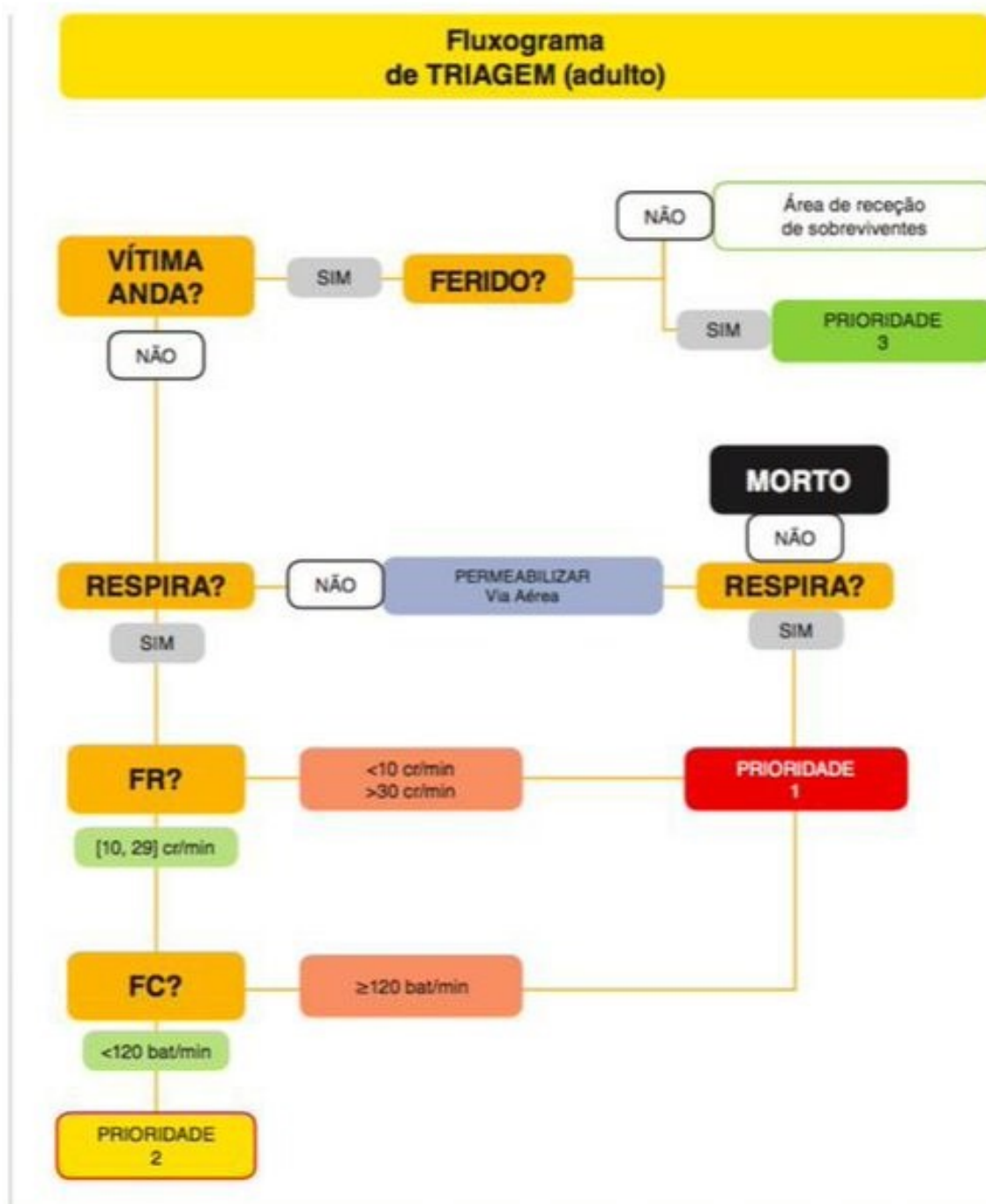
Figura 1 – Categorização das vítimas de acordo com o método START – Triagem Primária



Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

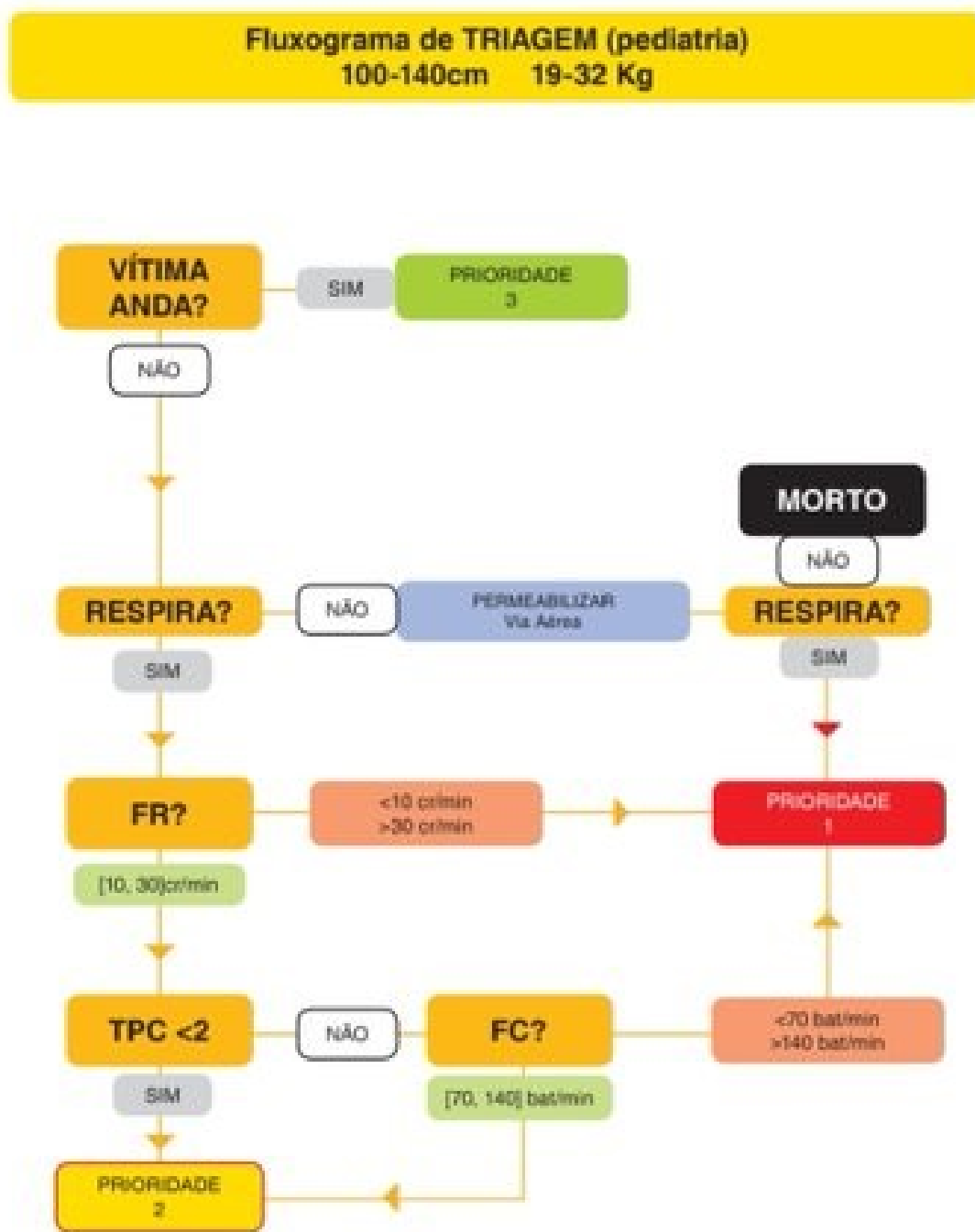
Serão apresentadas nas seguintes figuras abaixo, os fluxogramas de Triagem Primária para adultos e crianças. As crianças requerem especial atenção devido às condições fisiológicas que apresentam, tendo em conta o tamanho e/ou peso.

Figura 2 – Fluxograma de Triagem Primária nos Adultos



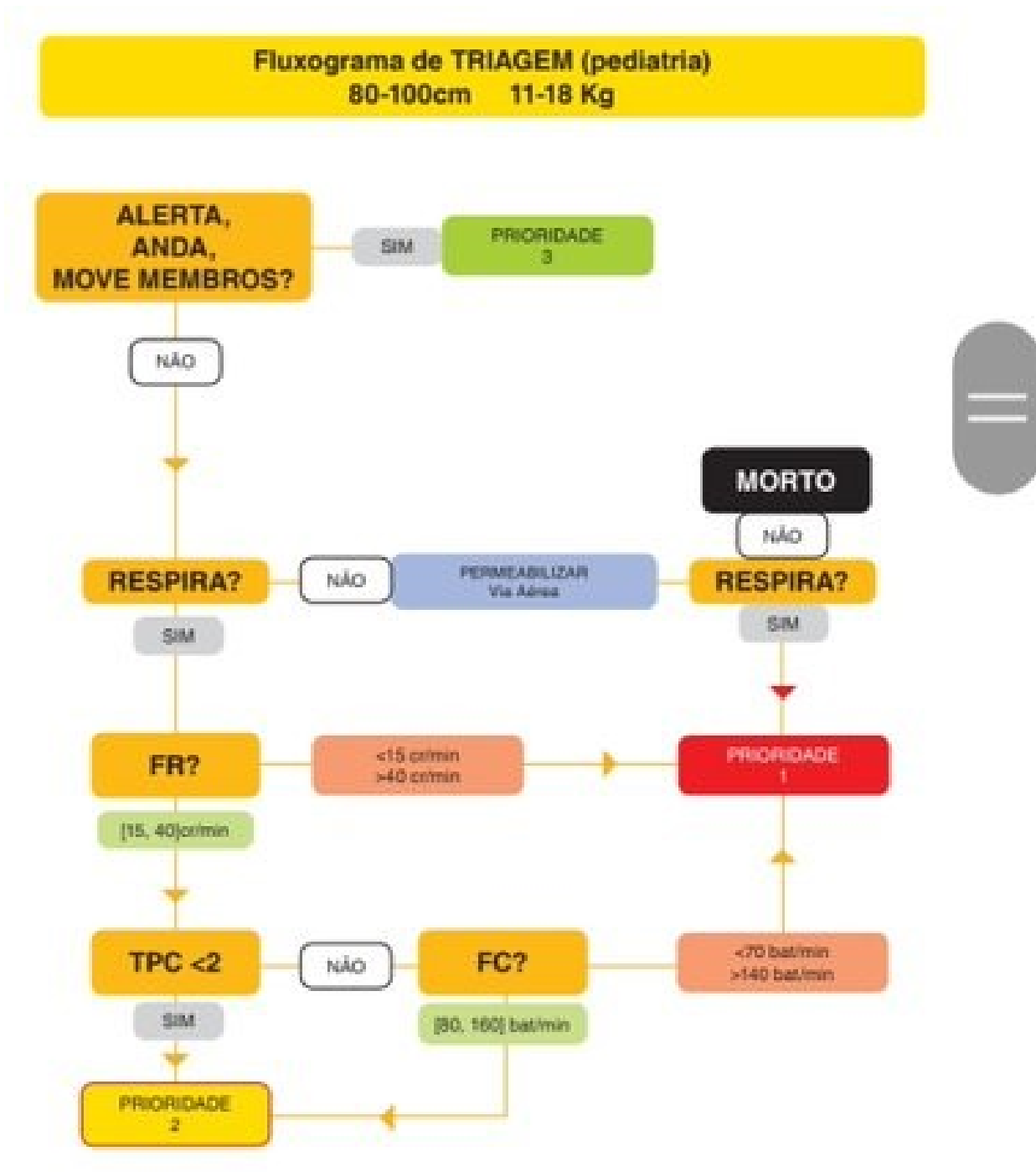
Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

Figura 3 – Fluxograma de Triagem primária à Criança com >5 anos de idade



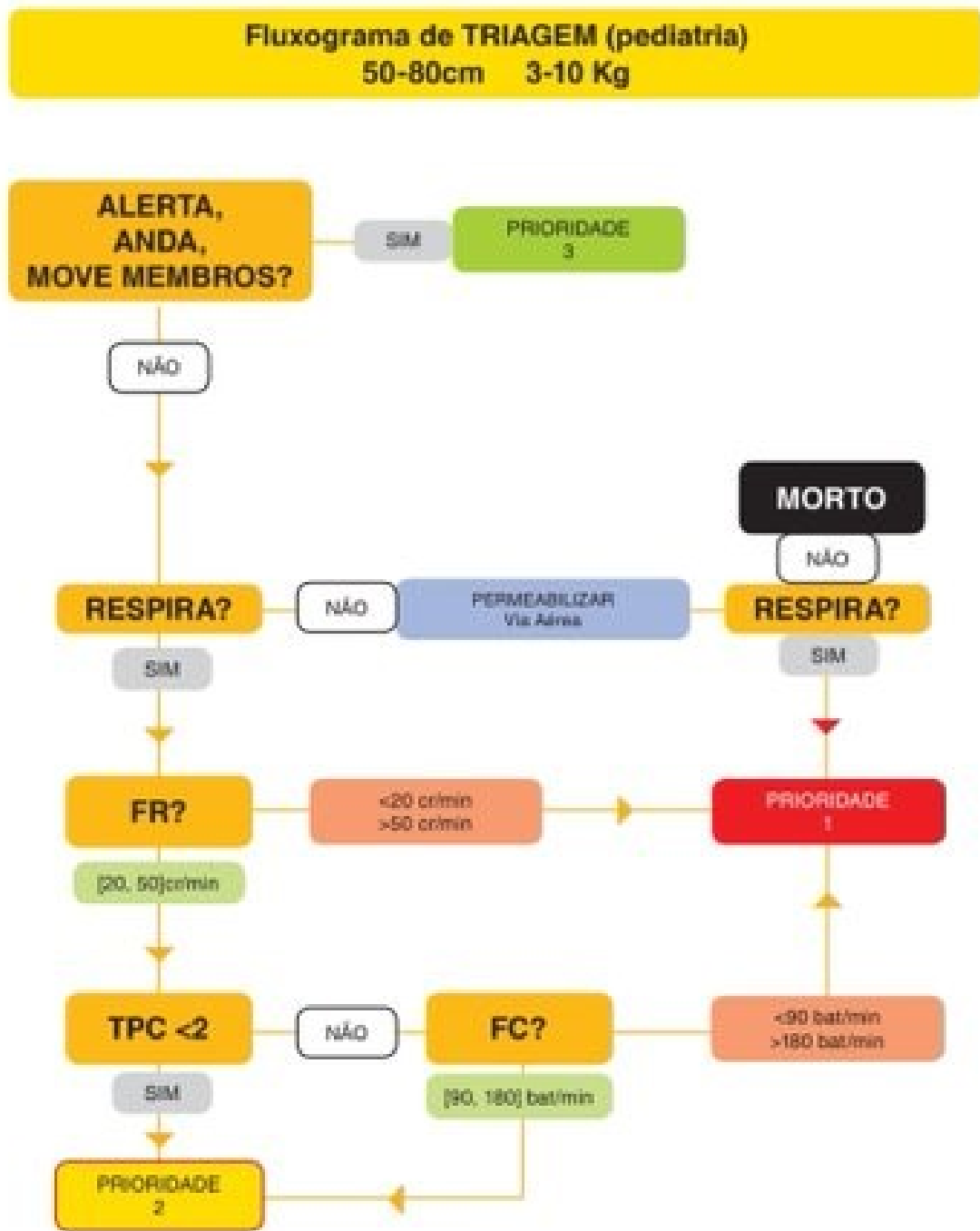
Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

Figura 4 – Fluxograma de Triagem Primária da Criança (com idade entre os 2 e os 5 anos)



Fonte: Manual TAS – Situação Exceção, INEM

Figura 5 – Fluxograma de Triagem Primária da Criança (com menos de 2 anos de idade)



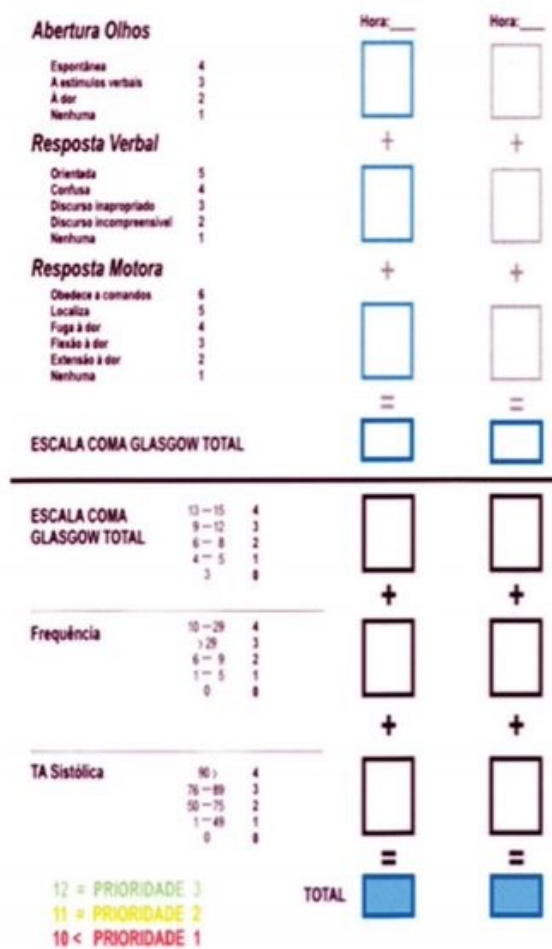
Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

No que respeita a triagem secundária, aqui pretende-se triar de uma forma mais precisa o maior número de vítimas possíveis de acordo com o Modelo de Triage Revised Trauma Score (TRTS), ou seja, este modelo consiste na soma da avaliação da frequência respiratória (FR), escala de coma de Glasgow e Pressão Arterial (PA) Sistólica das vítimas, classificando-as de 0 a 4 cada uma, obtendo uma pontuação de TRTS de 0 a 12 pontos que define posteriormente a prioridade da vítima. É possível que após avaliação da vítima na triagem secundária, a prioridade que lhe foi atribuída inicialmente seja alterada.

Modelo de classificação do TRST é classificado da seguinte forma: TRTS igual a 0 – Morto; TRTS de 1 – 10 – Prioridade 1; TRTS igual a 11 – Prioridade 2; TRTS igual a 12 – Prioridade 3.

Na figura 6 consta o fluxograma do modelo de TRST da triagem secundária.

Figura 6 – Sistema de Pontuação do Modelo TRTS



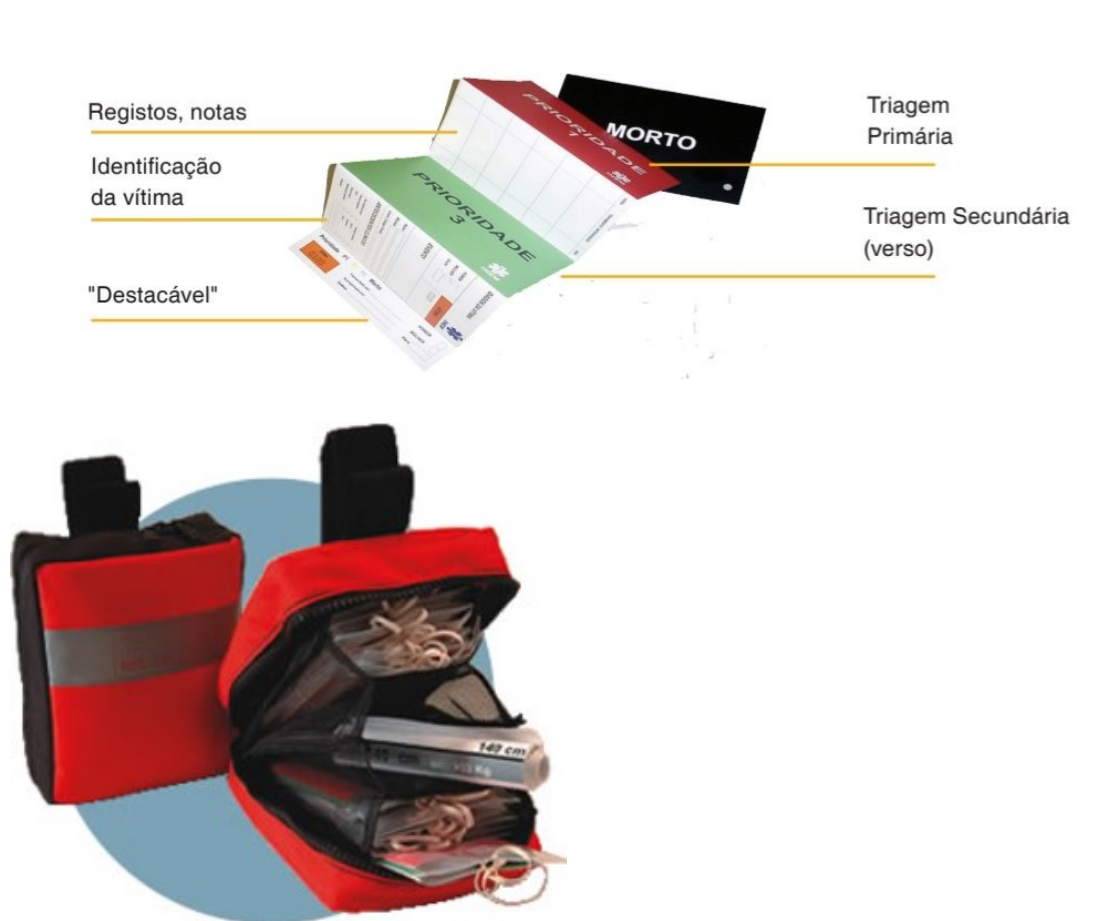
Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

2.1 ETIQUETAS DE TRIAGEM EM SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO

O kit de catástrofe contém 1 marcador, etiquetas de triagem numeradas com as prioridades e respectivas cores e folha de registo de catástrofe.

As etiquetas de triagem (figura 7) servem para organizar os métodos de triagem primária e/ou secundária e apresenta diversas vantagens na sua utilização uma vez que permite: numerar as vítimas; registar a evolução da vítima e cuidados prestados; controlar a assistência das vítimas impedindo a duplicação de esforços; estabelecer um fluxo ordenado das vítimas; controlar a cadeia de evacuação, no que diz respeito á prioridade, hospital de destino e evacuação; evitar evacuações descontroladas e elaborar registos (dados pessoais, dados clínicos e tratamentos/intervenções executadas). A etiqueta de triagem deverá acompanhar sempre a vítima.

Figura 7 – Etiqueta de Triagem do INEM e Kit Catastrofe



Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

a) Como utilizar a etiqueta de triagem

No momento da realização da triagem na situação de exceção e/ou catástrofe avalia-se primeiramente a triagem primária através do método de START.

Ao dobrar a etiqueta já de acordo com a prioridade atribuída, seja ela prioridade 1, prioridade 2, prioridade 3 ou morto, pode ser removido o destacável da etiqueta e esta é colocada na vítima de forma visível com intuito de identificar a gravidade da vítima. De forma simultânea deve ser efetuado o registo do número de vítimas e número de prioridades, conforme é demonstrado na figura 8, pois é através deste registo que são identificadas as vítimas triadas e a prioridade que lhes foram atribuídas, e esta informação tem de ser entregue a quem coordena a operação no local.

A etiqueta preta (MORTO) é a única que não necessita de qualquer campo de preenchimento e é um cartão encontrado de forma independente das etiquetas de triagem.

Figura 8 – Contagem das vítimas e respetivas prioridades



CONTAGEM DE VÍTIMAS

PRIORIDADE 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMEDIATO	10	11	12	13	14	15	16		
	17	18	19	20	21	22	23		
	24	25	26	27	28				
PRIORIDADE 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
URGENTE	10	11	12	13	14	15	16		
	17	18	19	20	21	22	23		
	24	25	26	27	28				
PRIORIDADE 3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RETARDADO	10	11	12	13	14	15	16		
	17	18	19	20	21	22	23		
	24	25	26	27	28				
MORTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15			

Fonte – Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

No fluxo de vítimas da triagem secundária, as vítimas devem ser encaminhadas e/ou transportadas de acordo com as zonas estabelecidas para cada prioridade.

As vítimas etiquetadas como “MORTO”, não devem constituir uma preocupação na drenagem/encaminhamento para as equipas de emergência (salvo se indicação contrária). (Oliveira et al.,2012)

Assim que a vítima for reavaliada devem ser registados nas etiquetas de triagem a pontuação do instrumento TRTS e colocar a etiqueta com a prioridade correspondente e informar o responsável pela coordenação da situação.

Figura 9 – Campo de preenchimento da Prioridade 3, Prioridade 2 e Prioridade 1

O formulário é dividido em várias secções:

- Prioridade 3 (Verde):** Contém o campo "DADOS DA VÍTIMA" com opções para "HOMEM" e "MULHER", um campo "IDADE", e um campo "VÍTIMA" com o valor "0100".
- Evento:** Campos para "Nome", "Morada" e "Local / Código Postal".
- Antecedentes Clínicos:** Lista de condições com caixas de seleção: "Sem história prévia", "Doença hepática", "AVC", "Desconhece", "Medicação habitual", "Alergias", "Patologia Cardíaca", "Cancro", "Diabetes", "Outra".
- Transporte:** Campos para "Transportado por:", "Acompanhado por:" e "Destino:".
- Prioridade 1 (Laranja):** Campo "VÍTIMA" com o valor "0100".
- Prioridade 2 (Amarelo):** Contém o campo "AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA" com diagramas de avaliação de cabeça, pescoço, tórax e membros superiores e inferiores.
- LESÕES:** Campos para marcar lesões em "Extremidade Superior", "Extremidade Inferior", "Cabeça/Neck" e "Tórax".
- ESCALA DE TRIAGEM:** Uma tabela com 5 colunas e 5 linhas para marcar a presença de sintomas, com uma linha "TOTAL" no final.

**PRIORIDADE
1**



HORA	TRATAMENTO / INTERVENÇÃO	ASS

3. CONTROLO DAS VÍTIMAS TRANSPORTADAS

O INEM coordena todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e evacuações primárias e secundárias, a referenciação e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de Postos Médicos Avançados (PMA). (Diretiva Operacional Nacional nº1/2010 da Autoridade Nacional de Proteção Civil)

As vítimas podem ser evacuadas de acordo com a prioridade e os meios disponíveis para o fazer, de forma simultânea ou não, assim como evacuar as vítimas para as mesmas unidades de saúde ou para diferentes unidades de saúde. É importante que seja visível na vítima quem a transportou, quem a acompanhou e o seu destino, ter identificado o número de vítimas diferenciadas pelo sexo e prioridade, identificação (nº série a etiqueta) e, ter um breve resumo da vítima com os dados que foram possíveis de serem recolhidos, a história e a medicação que faz.

Figura 11 – Destacável da etiqueta de triagem (possui frente e verso)

Prioridade	P1	P2	P3	Morto		
VÍTIMA						
0100					Transportado por: _____	HOMEM <input type="checkbox"/>
					Acompanhado por: _____	MULHER <input type="checkbox"/>
					Destino: _____	Hora _____
Morada: _____					Medicação: _____	
Código Postal: _____					História: _____	
Telefone: _____						

Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

a) POSTO MÉDICO AVANÇADO (PMA)

O PMA, conhecido como hospital de campanha, é um espaço físico organizado, onde são prestados cuidados de emergência necessários para assegurar que as vítimas são estabilizadas e transportadas nas melhores condições possíveis até à unidade de saúde mais adequada. (Oliveira et al., 2012)

O INEM dispõe de hospital de campanha desde 2003, e este apenas é acionado para situações de catástrofe, calamidade e em presença de multivítimas.

As Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC) são utilizadas em situações de multivítimas e no interior contêm material de SAV e material para a montagem do PMA. É composto por monitores desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas infusoras, fármacos, e ainda uma célula de telecomunicações.

O objetivo do PMA na área do acontecimento é salvar vidas, controlar um grande fluxo de vítimas oriundas de uma situação de exceção e/ou catástrofe, de forma ordenada evitando a transferência destas vítimas para as unidades de saúde no meio da situação caótica em que estão, promovendo um melhor controlo sobre a situação, permitindo que as unidades de saúde mais próximas que vão admitir as vítimas ganhem tempo para se prepararem para receber estas vítimas, ganhem tempo de gerir todos os recursos disponíveis de forma a dar resposta rápida e eficaz a estas vítimas.

O PMA deve estar organizado por áreas de atendimento de acordo com as prioridades das vítimas, de forma a criar um ambiente controlado, organizado, rentabilizando os recursos existentes, quer sejam eles humanos e técnicos. No entanto, sempre que for possível deve-se evitar colocar os feridos ligeiros (prioridade de cor verde), considerados prioridade não grave, no PMA, uma vez que o hospital de campanha tem dimensões mais pequenas e devem ser rentabilizadas e disponibilizadas para as vítimas mais graves e emergentes, enumeradas como prioridade de cor amarela e vermelha.

O PMA não tem de ser obrigatoriamente uma estrutura física com requisitos específicos, esta pode ser: um espaço físico virtual, delimitado (ex. com fita balizadora); uma estrutura física fixa, adaptada (ex. um ginásio, uma escola ou um pátio); uma estrutura móvel específica (ex. uma tenda insuflável). (Oliveira et al., 2012)

Na figura 12 demonstra um exemplo de hospital de campanha do INEM.

Figura 12 – Hospital de Campanha – INEM



4. CONCLUSÃO

A aprendizagem é um processo contínuo, dinâmico que proporciona uma conduta autónoma, eficiente do profissional de saúde no socorro à vítima e, neste sentido o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à PSC em contexto extra-hospitalar foi o pressuposto deste estágio que suportou o desenvolvimento e acréscimo de conhecimentos teóricos e técnicos, assim como competências especializadas na área da emergência na PSC.

A alínea a) do artigo 6º do regulamento n.º226/2018 de 16 abril da Ordem dos Enfermeiros (OE) publicado em Diário da República, diz-nos que a competência do enfermeiro do domínio da prestação e gestão de cuidados em emergência extra-hospitalar, desenvolve um processo de gestão de cuidados de enfermagem, de elevada perícia, nas situações de urgência, emergência, crise ou catástrofe em ambiente extra-hospitalar, num contexto de atuação multiprofissional, de forma a promover e garantir um atendimento de qualidade, integral e oportuno.

O enfermeiro especialista em EEMC na PSC possui competências específicas perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, uma vez que: cuida da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe; concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planeia resposta à situação de catástrofe; gere os cuidados em situação de emergência, exceção e catástrofe e assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indício de prática de crime. (Regulamento n.º.429/2018 de 16 julho publicado em Diário da República)

O objetivo de abordar a triagem de prioridades em situação de exceção vai de encontro ao facto de o enfermeiro especialista possuir competências na prestação de cuidados à PSC em situações de exceção, uma vez que apresentam um papel importante na abordagem à vítima sob estas condições, pois são capazes de adequar respostas eficazes em contexto de trauma, catástrofe, situações de exceção, possuem conhecimento para uma triagem primária e secundária das vítimas, asseguram a evacuação das vítimas e orientam no seu transporte para as respetivas unidades de saúde, asseguram condições de segurança quer para a equipa e vítimas, uma vez que também participam na elaboração do plano de emergência e catástrofe dirigindo a necessidade de formar e implementar simulações práticas.

A triagem de prioridades em situação de exceção foi um tema com preferência pessoal e profissional, com o intuito de conhecer o seu procedimento, assim como reconhecer a importância do enfermeiro especialista na implementação, elaboração de planos de

emergência, atuação na triagem, evacuação, referenciação e transporte destas vítimas para as unidades de saúde.

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✚ Decreto de lei n.º 27/2006 de 3 julho. Assembleia da República. Lei das bases da Proteção Civil. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/537862>
- ✚ Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 fevereiro. Diário da República n.º 32/2012 -Série I. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/543036>
- ✚ Diretiva Operacional Nacional n.º 1/2010 de 5 janeiro da Autoridade Nacional de Proteção Civil – DIOPS. Ministério da Administração Interna. Lisboa. Disponível em: http://www.prociv.pt/bk/PROTECAOCIVIL/LEGISLACAONORMATIVOS/Directivas/ANPC_DON-1_DIOPS.pdf
- ✚ Ministério da Saúde, & Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Carteira de Serviços do INEM, I. P.* Lisboa. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/12/Carteira-de-Servi%C3%A7os-do-INEM.pdf>
- ✚ Oliveira, M. S.; Meira, L. & Valente, M. (2012). Manual TAS – Situação de Exceção. ISBN: 9789898646088. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- ✚ Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 – Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- ✚ Regulamento n.º 226/2018 de 16 abril. Diário da República n.º 74/2018 – Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115116048>
- ✚ Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester*, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em:

<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/2009-Tese-Mestrado-Anto%cc%81nio-Marques-Triagem-Prioridades-Manchester.pdf>

APÊNDICE III

Apresentação do trabalho- Triagem de Prioridades em
Situação de Exceção e Catástrofe com Multivítimas - INEM



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS GENERALISTAS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico – Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Liliana Cristina Nunes da Costa

Porto – janeiro 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

TRIAGEM DE PRIORIDADES EM SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE COM MULTIVÍTIMAS

▪ LílíanaCosta n°396420016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Pertinência do trabalho

- ❖ Preferência e gosto pessoal pelo tema;
- ❖ Enfermeiro especialista possui competências na resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- ❖ Interesse futuro na participação de um simulacro de situação de catástrofe em cenário multivítimas.



CONCEITOS

Situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

(Regulamenton.º429/2018 de 16 julho, Diário da República)

Catástrofe, é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

(Ponto 2 do artigo 3º. do decreto de lei n.º27/2006, Lei das bases da Proteção Civil publicada na Assembleia da República)



Papel do INEM nas situações de exceção e catástrofe:

- ❖ Coordenar todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e evacuações primárias e secundárias.
- ❖ Referenciação e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de postos médicos avançados (PMA).
- ❖ Executar a triagem e o apoio psicológico a prestar às vítimas no local da ocorrência, com vista à sua estabilização emocional e posterior referenciação para as entidades adequadas.
- ❖ Assegurar um sistema de registo de vítimas desde o Teatro de Operações até às unidades de saúde de destino.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

• **TRIAGEM**

Surgiu do francês “trier” e significa escolher, seleccionar, classificar. (Silva, 2009)

A triagem em situação de exceção classificase em dois momentos distintos:

- ❖ TRIAGEM PRIMÁRIA
- ❖ TRIAGEM SECUNDÁRIA

• **TRIAGEM PRIMÁRIA**



Modelo **START** “Simple Triagem And Rapid Treatment”, utiliza discriminadores tais como:

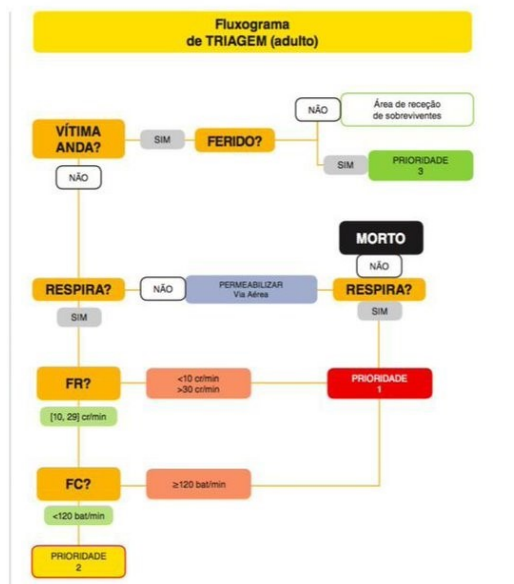
- ❖ Vítima anda? Está Ferida?
- ❖ Respira?
- ❖ Frequência respiratória?
- ❖ Frequência cardíaca?



Categorização das vítimas de acordo com o método START– Triagem Primária

Fonte: Manual TAS – Situação de Exceção, INEM

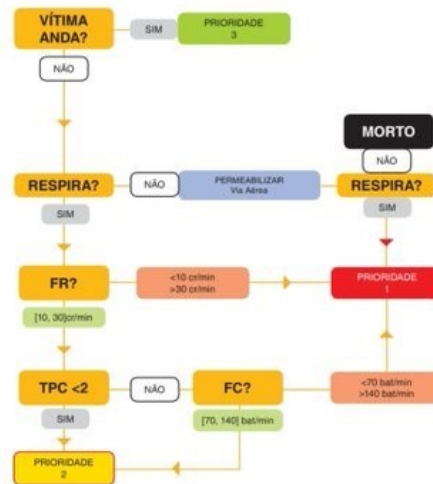
Fluxograma de Triagem do Adulto





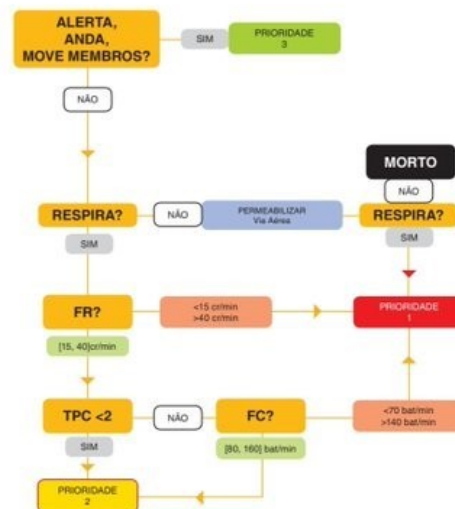
Fluxograma de Triagem primária à Criança com >5 anos de idade

Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)
100-140cm 19-32 Kg



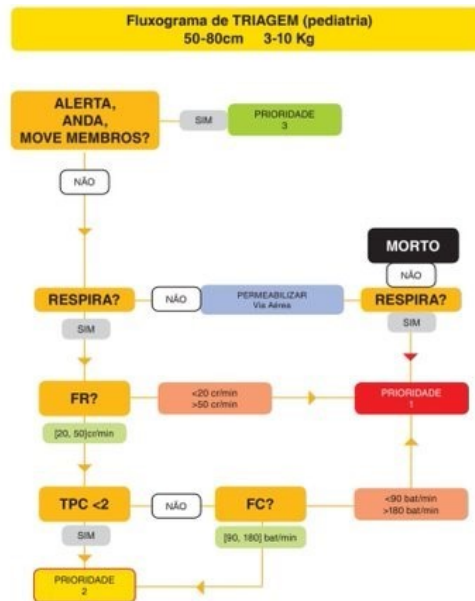
Fluxograma de Triagem Primária da Criança (com idade entre os 2 e os 5 anos)

Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)
80-100cm 11-18 Kg





Fluxograma de Triagem Primária da Criança (com menos de 2 anos de idade)





Kit catástrofe contém:

- ❖ 1 marcador
- ❖ Etiquetas de triagem numeradas com as prioridades e cores respetivas
- ❖ Folha de registo.



A etiqueta de triagem deverá acompanhar sempre a vítima.



CONTAGEM DE VÍTIMAS

PRIORIDADE 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMEDIATO	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	28								
PRIORIDADE 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
URGENTE	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	28								
PRIORIDADE 3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RETARDADO	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	28								
MORTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15			



Prioridade P1 P2 P3 Morto	HOMEM <input type="checkbox"/>
vítima 0100	MULHER <input type="checkbox"/>
Transportado por: _____	Hora _____
Acompanhado por: _____	
Destino: _____	
Morada: _____	Medicação: _____
Código Postal: _____	História: _____
Telefone: _____	

É importante que seja visível na vítima:

- quem a transportou;
- quem a acompanhou e o seu destino
- ter um breve resumo da vítima com os dados recolhidos, a história e a medicação que faz.



Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC)

Utilizadas em situações de multivítimas;

Contém no seu interior: material de SAV, material para montar o PMA, monitores desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas infusoras, fármacos, e ainda uma célula de telecomunicações.



Posto médico avançado (PMA)

É um espaço físico organizado, onde são prestados cuidados de emergência necessários para assegurar que as vítimas são estabilizadas e transportadas nas melhores condições possíveis até à unidade de saúde mais adequada. (*Oliveira et al., 2012*)

Objetivo:

- ❖ Controlar um grande fluxo de vítimas de forma ordenada ;
- ❖ Estabilizar as vítimas em estado grave e emergente;
- ❖ Permite que as unidades de saúde ganhem tempo para admitir as vítimas.



Caso (20 de Dezembro de 2004– Correio da Manhã)

Acidente em Guimarães : **Dois pessoas morreram e quatro ficaram feridas**, uma delas em estado grave, na sequência de um aparatoso choque entre dois veículos ligeiros ocorrido na noite de sábado, junto ao viaduto da freguesia de Mesão Frio, na Circular Urbana de Guimarães.

No local do sinistro estiveram **16 elementos dos Bombeiros de Guimarães** que se fizeram transportar em **sete viaturas, uma das quais de desencarceramento**. Estiveram também presentes a **VMER de Guimarães** e o **carro de apoio médico de Vila Nova de Famalicão** e a **PSP de Guimarães**.



<i>Sexo feminino 1 (Mãe)</i> Vítima anda? Não Está Ferida? - Sim Respira? - Não Frequência respiratória? - 0 Frequência cardíaca? - 0	<i>Sexo masculino 1 (Pai)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? - Sim Respira? - Sim Frequência respiratória? 25c/min Frequência cardíaca? - 100bpm	<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? - Sim Respira? - Sim Frequência respiratória? - 12c/min Frequência cardíaca? - 70bpm
<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? - Sim Respira? - Sim Frequência respiratória? - 15c/min Frequência cardíaca? - 100bpm	<i>Sexo feminino (Ama)</i> Vítima anda? Não Está ferida? - Sim Respira? - Não Frequência respiratória? - 0 Frequência cardíaca? - 0	<i>Sexo masculino (condutor 2º veículo)</i> Vítima anda? Não Está ferida? - Sim Respira - sim Frequência respiratória? - 25c/min Frequência cardíaca? - 130 bpm



<i>Sexo feminino 1 (Mãe)</i>	<i>Sexo masculino 1 (Pai)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? 25c/min Frequência cardíaca? – 100bpm	<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? – 12c/min Frequência cardíaca? – 70bpm
<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? – 15c/min Frequência cardíaca? – 100bpm	<i>Sexo feminino (Ama)</i>	<i>Sexo masculino (condutor 2º veículo)</i> Vítima anda? Não Está ferida? – Sim Respira – sim Frequência respiratória? – 25c/min Frequência cardíaca? – 130 bpm



<i>Sexo feminino 1 (Mãe)</i>	<i>Sexo masculino 1 (Pai)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? 25c/min Frequência cardíaca? – 100bpm	<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? – 12c/min Frequência cardíaca? – 70bpm
<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? – 15c/min Frequência cardíaca? – 100bpm	<i>Sexo feminino (Ama)</i>	<i>Sexo masculino (condutor 2º veículo)</i> Vítima anda? Não Está ferida? – Sim Respira – sim Frequência respiratória? – 25c/min Frequência cardíaca? – 130 bpm



<i>Sexo feminino1 (Mãe)</i>	<i>Sexo masculino1 (Pai)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? 25c/min Frequência cardíaca? – 100bpm	<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? – 12c/min Frequência cardíaca? – 70bpm
<i>Sexo feminino (Filha)</i> Vítima anda? Sim Está ferida? – Sim Respira? – Sim Frequência respiratória? – 15c/min Frequência cardíaca? – 100bpm	<i>Sexo feminino (Ama)</i>	<i>Sexo masculino (condutor 2ºveículo)</i> Vítima anda? Não Está ferida? – Sim Respira – sim Frequência respiratória? – 25c/min Frequência cardíaca? – 130 bpm



• TRIAGEM SECUNDÁRIA

❖ **2 Mortes**– Mãe e Ama

❖ **Ferido grave** – Sexo masculino do 2ºveículo – Transportado para o hospital da zona Norte mais central.

❖ **Feridos não graves**– Pai e 2 filhas – Transportados até ao hospital da zona Norte.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Competências de enfermeiro especialista em situação de exceção

- ❖ Cuida da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe;
- ❖ Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;
- ❖ Planeia resposta à situação de catástrofe;
- ❖ Gere os cuidados em situação de emergência, exceção e catástrofe e assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indício de prática de crime.

(Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho publicado em Diário da República)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

***“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que fez a tua rosa
tão importante.”***

(Príncipezinho – Antoine de Saint – Exupéry)





CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

- Decreto de lei n.º 27/2006 de 3 julho. Assembleia da República. Lei das bases da Proteção Civil. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo837862>
- Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 fevereiro. Diário da República n.º 32/2012 -Série I. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo843036>
- Diretiva Operacional Nacional n.º 1/2010 de 5 janeiro da Autoridade Nacional de Proteção Civil – DIOPS Ministério da Administração Interna Lisboa. Disponível em: http://www.prociv.pt/bk/PROTECAOCIVIL/LEGISLACAONORMATIVOS/Directivas/ANPC_DON_1_DIOPSpdf
- Ministério da Saúde, & Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Carteira de Serviços do INEM, I. P.* Lisboa. Disponível em: <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2019/12/Carteira-de-Servi%C3%A7os-do-INEM.pdf>
- Oliveira, M. S.; Meira, L. & Valente, M. (2012). Manual TAS – Situação de Exceção. ISBN: 9789898646088 Disponível em: <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 – Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>



- Regulamento n.º 226/2018 de 16 abril. Diário da República n.º 74/2018 – Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/15116048>
- Silva, A. M. (2009). Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <http://www.grupoportuguesetriagempt/wp-content/uploads/2021/01/2009-Tese-Mestrado-Anto%cc%81nio-Marques-Triagem-Prioridades-Manchester.pdf>

APÊNDICE IV

Revisão Integrativa da Literatura – O Impacto das Interrupções na Triagem de Prioridades



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC: Estágio Final e Relatório

Revisão integrativa da literatura

O IMPACTO DAS INTERRUPÇÕES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES

Estudante: Liliana Cristina Nunes da Costa, nº 396420016

Porto, dezembro de 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

UC: Estágio Final e Relatório

Revisão integrativa da literatura

O IMPACTO DAS INTERRUPÇÕES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES

Estudante: Liliana Cristina Nunes da Costa, nº 396420016

Sob orientação de: Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2021

RESUMO

Introdução: A Triagem de Manchester é um sistema objetivo e sistemático que permite criar uma triagem inicial em função de um critério clínico, identificando a prioridade clínica e o tempo recomendado até observação médica. O sistema de Triagem de Manchester foi introduzido em Portugal em 2000 através da edição inglesa e tem vantagens no que concerne à uniformidade dos critérios, possibilitando a existência de uma decisão cientificamente validada, com um tempo estimado de cerca de 60 a 90 segundos por triagem.

Objetivo: Avaliar o impacto das interrupções na triagem e as consequências que um atraso e/ou erro de atribuição de prioridades pode acarretar na prestação de cuidados ao doente.

Métodos: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o intuito de sintetizar o conhecimento e incorporar os resultados na prática clínica. Foi utilizada a estratégia PICO para a elaboração da questão de investigação para dar resposta ao objetivo da revisão da literatura, sendo a seguinte *Qual o impacto das interrupções na triagem de prioridades?*. A pesquisa decorreu na base de dados da PubMed, com critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. De forma a que os dados fossem mais claros e objetivos, estes foram apresentados num Diagrama Prisma.

Resultados: Para a revisão foram analisados 4 artigos, no qual abordam as causas, os efeitos, a natureza e o impacto das distrações provocadas pelas interrupções na triagem, que podem ocasionar impacto na avaliação implementada pelo enfermeiro na atribuição de prioridades e dispor de atrasos e/ou erros no encaminhamento do doente à observação médica e à prestação de cuidados. Todos os estudos relatam a escassez de pesquisas acerca das causas e efeitos das interrupções na triagem e as consequências que podem advir no encaminhamento e avaliação do doente, mas realçam a importância de controlarmos os fatores que predispõem à interrupção.

Conclusão: Todos os estudos documentados nos artigos analisados concluem que as interrupções provocam erros e atrasos na observação do doente e acarretam prejuízos para a qualidade dos cuidados afetando negativamente os resultados esperados.

Palavra – chave: Triagem de prioridades; Interrupção; Impacto; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

Introduction: Manchester Triage is an objective and systematic system that allows you to create an initial triage according to a clinical criterion, identifying clinical priority and recommended time to medical observation. The Manchester Triage system was introduced in Portugal in 2000 through the English edition and has advantages in terms of uniformity of criteria, allowing for a scientifically validated decision, with an estimated time of about 60 to 90 seconds per triage.

Objective: Assess the impact of interruptions in triage and the consequences that a delay and/or misallocation of priorities can have on patient care.

Methods: An integrative literature review was conducted in order to synthesize knowledge and incorporate the results into clinical practice. The PICO strategy was used to develop the research question to answer the objective of the literature review, which was *What is the impact of interruptions on priority triage?*. The search was conducted in the PubMed database, with established inclusion and exclusion criteria. In order for the data to be clearer and more objective, they were presented in a Prism Diagram.

Results: For the review, 4 articles were analyzed, in which the causes, effects, nature, and impact of distractions caused by interruptions in triage were addressed, which can impact the assessment implemented by nurses in assigning priorities and lead to delays and/or errors in patient referral to medical observation and care. All of the studies report the paucity of research on the causes and effects of interruptions in screening and the consequences that can result in patient referral and assessment, but emphasize the importance of controlling the factors that predispose to interruption.

Conclusion: All the studies documented in the analyzed articles conclude that interruptions cause errors and delays in patient observation, and are detrimental to the quality of care by negatively affecting expected outcomes.

Keywords: Priority Screening; Interruption; Impact; Emergency Service.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

DGS – Direção Geral da Saúde

GPT – Grupo Português de Triagem

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval system online

PBE – Prática Baseada na Evidência

PICO – Patient/Problem, Intervention, Control/Comparison e Outcome

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RNU - Rede Nacional de Urgências

SU – Serviço de Urgência

ÍNDICE

1. Introdução.....	7
2. Metodologia.....	9
2.1 Estratégia PICO.....	9
2.2 Bases de dados.....	10
2.3 Descritores e Operadores Boleanos.....	10
2.4 Critérios de inclusão ou critérios de exclusão.....	10
3. Diagrama Prisma.....	11
4. Resultados e Discussão.....	12
5. Conclusão.....	22
6. Referências Bibliográficas.....	25

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência (SU) são serviços de atendimento público e considerados serviços com capacidade para prestar cuidados de saúde de ação médica hospitalar em situações urgentes e emergentes. A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNEU), 2012, distingue os conceitos de urgência e emergência. Urgência é definida como uma situação clínica que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) e, emergência é uma situação que existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo.

O artigo 5.º do Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 março publicado pelo Ministério da Saúde dita que o serviço de urgência deve manter uma relação estreita e claramente definida com o Instituto Nacional de Emergência Médica, com os demais organismos estatais de intervenção em situações de urgência ou emergência e com as estruturas do sistema de prestação de cuidados de saúde e estreita articulação com a estrutura interna de prestação de cuidados intensivos das diversas áreas clínicas do hospital por forma a garantir a continuidade e qualidade de cuidados de elevada diferenciação.

O termo “triar” surgiu do francês “trier” que significa escolher, classificar, selecionar. (Silva, 2009).

O sistema de Triagem de Manchester foi introduzido em Portugal em 2000 através da edição inglesa, e em 2003 sofre alterações sendo publicada a edição portuguesa na Rede Nacional de Urgências (RNU). A Direção Geral da Saúde (DGS) em 2015 define que todos os SU devem utilizar o sistema de Triagem de Manchester e que é da responsabilidade do Grupo Português de Triagem (GPT) proceder às auditorias externas.

A Triagem de Manchester é um sistema objetivo e sistemático criando uma triagem inicial em função de um critério clínico, identificando a prioridade clínica e o tempo recomendado até ser observado pelo médico.

A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Assim, foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrange todas as situações apresentadas no serviço de urgência. A primeira parte do método de triagem requer que o profissional selecione o fluxograma que seja o mais específico possível em relação à queixa apresentada. Depois percorre os

discriminadores do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. (Grupo Português de Triagem)

Após preencher os discriminadores é obtida uma cor de prioridade: cor vermelha – emergente, o doente deve ter atendimento imediato; cor laranja – muito urgente, o doente deve ser observado pelo médico em 10 minutos, ou seja, necessitam de atendimento praticamente imediato; cor amarela – urgente, o doente deve ser observado em 60 minutos, necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar; cor verde – pouco urgente, devem ser observados em 120 minutos, significa que podem aguardar atendimento ou ser encaminhados para outros serviços de saúde e cor azul – não urgentes, podem aguardar até 240 minutos, podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde. (Grupo Português de Triagem)

O sistema de Triagem de Manchester tem vantagens no que concerne à uniformidade dos critérios, possibilitando a existência de uma decisão cientificamente validada e é um sistema rápido de ser executado, com um tempo estimado de cerca de 60 a 90 segundos por triagem. A necessidade de realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o impacto que as interrupções podem acarretar na atribuição de prioridades ao doente na triagem, decorre do facto de em campo de estágio constatar a problemática de os enfermeiros do posto de triagem serem frequentemente interrompidos durante o processo de avaliação ao doente, por interrupções provocadas pelos familiares, pelos doentes que questionam sobre o tempo de espera para serem observados pelo médico ou mesmo por colegas de trabalho por diversos motivos, o que conduz a uma perda de raciocínio clínico na avaliação ao doente, podendo dirigir a atribuição de prioridades de forma incorreta e, conseqüentemente trazer um impacto negativo na prestação de cuidados.

Este trabalho será estruturado da seguinte forma: introdução, metodologia, resultados/discussão, conclusão e referências bibliográficas.

2. METODOLOGIA

A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática clínica. (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A metodologia utilizada para elaboração da pergunta que permitirá responder à questão de investigação consiste num instrumento fundamental para aprofundar conhecimento, transmitir conhecimento e melhorar a prática da prestação de cuidados baseada na Prática Baseada na Evidência (PBE).

Optei por uma revisão integrativa da literatura para dar resposta à questão de investigação uma vez que esta, é “a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular”. (Souza, Silva, & Carvalho, 2010, pág. 103)

2.1 Estratégia PICO

A estratégia PICO foi a metodologia utilizada para a elaboração da minha questão de investigação. A estratégia PICO pode ser usada para construir vários tipos de questões de investigação originárias da prática clínica, humana e material de gestão de recursos, à procura de sintomas, instrumentos de avaliação, entre outros. PICO representa um acrónimo para Patient or Problem, Intervention, Control or Comparison e Outcome. Estes 4 elementos são essenciais para a questão de investigação na Prática Baseada na Evidência e na construção da questão para a pesquisa bibliográfica de evidência. (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007)

Assim, considerei os seguintes elementos para a elaboração da questão PICO:

P (patient/ problem) – *enfermeiros triadores*

I (intervention) – *intervenções/estratégias que diminuam as interrupções*

C (control/comparison) – *inexistente*

O (Outcome) – *eliminação do erro na atribuição de prioridades ao doente*

Tendo assim por base estes elementos chaves da estratégia PICO para o pressuposto, a questão de investigação obtida para dar resposta ao meu problema em estudo foi a seguinte:

❖ Qual o impacto das interrupções na triagem de prioridades?

2.2 Bases de dados

Para aquisição de conhecimentos científicos é necessária uma fonte fidedigna de artigos científicos, com artigos de investigação que nos permita dar uma informação baseada na PBE.

Para a construção da revisão integrativa fiz um levantamento de buscas de artigos através da base de dados da PubMed que contém artigos publicados pela MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval system online), que é um sistema online de busca e análise de literatura médica.

2.3 Descritores e Operadores Booleanos

De modo a restringir os resultados, foi utilizado operador booleano “AND”. Os termos utilizados em relação aos operadores Booleanos foram os seguintes: “*Triage*” (AND) “*Emergency Department*” (AND) “*Interruptions*”.

2.4 Critérios de inclusão e critérios de exclusão

Na pesquisa pela base de dados PubMed sem aplicação de limitadores, foram encontrados 81 artigos. Foram aplicados limitadores para incluir artigos de acordo com a questão de investigação, sendo estes os critérios: artigos em texto completo, publicados entre os anos 2010-2021 e artigos publicados na língua inglesa, assim como aplicados critérios de exclusão, como os artigos publicados em idade pediátrica, ficando com 57 artigos. Após leitura do título dos artigos foram excluídos aqueles que não correspondiam à questão de investigação, ou seja, 49 artigos foram excluídos. Ficaram, portanto, 8 artigos, que após a leitura integral, foram excluídos 4 artigos e incluídos os restantes 4 para a revisão.

3. DIAGRAMA PRISMA

Na *figura 1* encontra-se o Diagrama Prisma (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) conforme a metodologia utilizada, de forma que os dados sejam apresentados com uma visão mais objetiva.

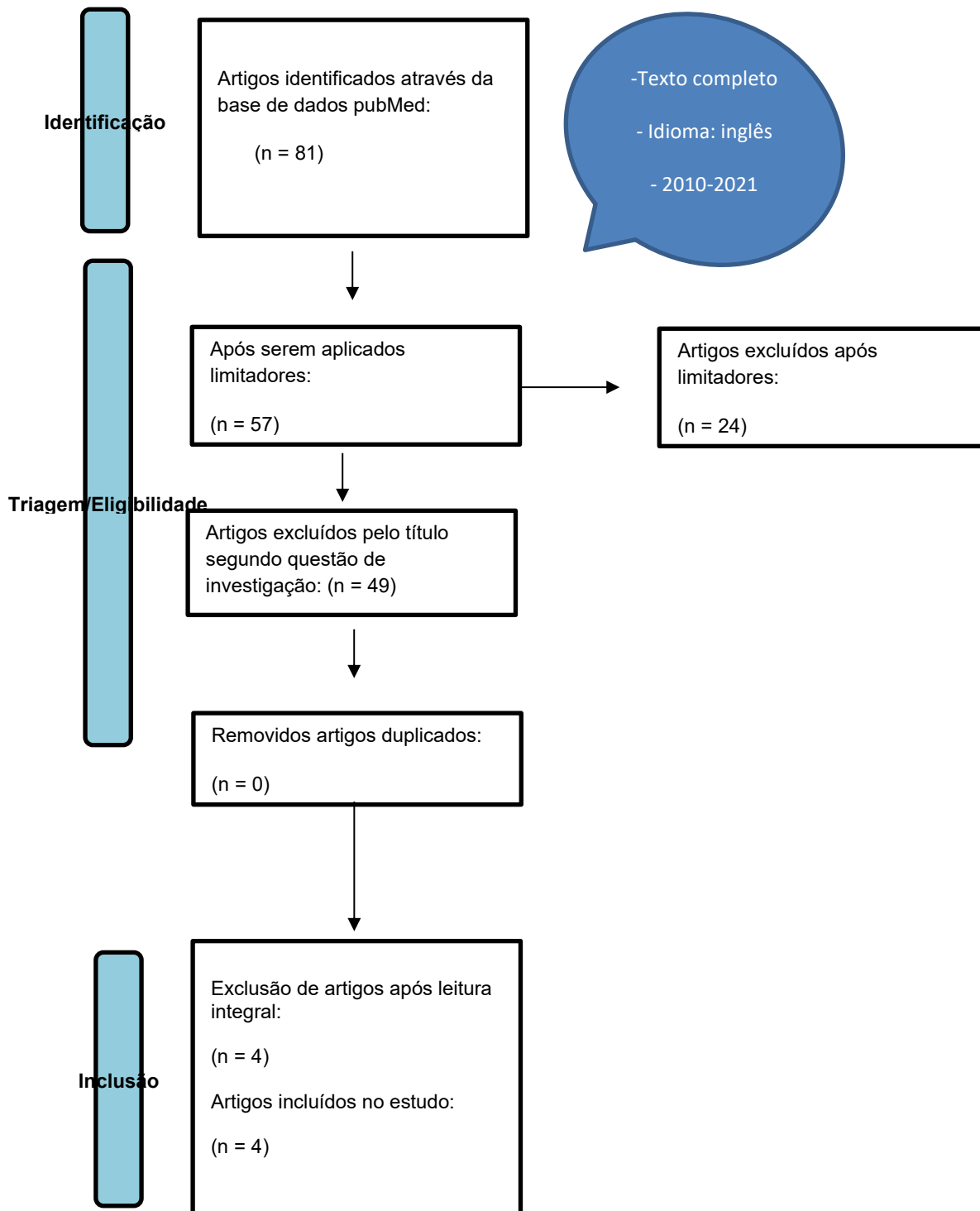


Figura 1 – Diagrama PRISMA

4. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados e discussão dos resultados encontrados após a pesquisa na base de dados anteriormente referida serão apresentados na tabela de evidências abaixo representada.

<u>Artigo 1</u>	“Using Simulation To Assess The Impact Of Triage Interruptions”
Autores	Kimberly D. Johnson, PhD, RN, CEN, and Abeer Alhaj-Ali, BSN, Cincinnati, OH
Ano Publicação	Setembro 2017
Palavras – Chave	Triage; Interruptions; Distractions; Emergency department; Triage nurse role; Simulation; Video – simulated recall interviews
Objetivos do estudo	Avaliar a viabilidade de investigar o impacto das interrupções na triagem e no processo de tomada de decisão dos enfermeiros.
Metodologia estudo	Análise exploratória de 2 fases: - Análise quantitativa através de uma abordagem observacional e gravada em 2 cenários diferentes, em que num cenário incluía tempos de interrupção pré-determinados enquanto o outro cenário era ininterrupto. - Análise qualitativa através da abordagem descritiva em que através de entrevistas, os entrevistados contavam as suas experiências e tomadas de decisão durante os 2 cenários.
Amostra	Foram recrutadas 12 enfermeiras, mas apenas 9 participaram, todas do sexo feminino de 3 urgências diferentes, com experiência em triagem e emergência de pelo menos 2 anos, em 18 simulações.
Instrumento de colheita de dados	Questionário e Entrevista
Resultados/Discussão	A duração da triagem para todos os cenários foi de uma média de 9,93 minutos. Eram interrompidos em média 16,6 vezes por turno por várias razões (acesso ao pessoal, visitantes, dar água, colocar cobertores); 13,2 vezes por turno das interrupções correspondiam aos cuidados relacionados com o doente (admissão de novos doentes) e 8,1 vezes por turno respondendo à família sobre o tempo de espera para ser observado.

	<p>A análise qualitativa das entrevistas revelou muitos temas sobre a forma como os participantes lidaram com as interrupções e, conseqüentemente como tomaram decisões durante esse tempo. Um terço dos participantes relataram a necessidade de controlar o ambiente na triagem, outro participante refere que as interrupções podem ter impacto na triagem porque perturba o fluxo conduzindo assim à perda de concentração e leva à potencialidade de perder informação importante sobre o doente.</p> <p>Houve, no entanto, alguns participantes a referirem que as interrupções já faziam parte do ambiente natural da triagem e que já estavam habituadas a esse ambiente. Relativamente à natureza da interrupção, referiam que as interrupções relacionadas com o cuidado do doente são menos ofensivas do que as não relacionadas com o doente, embora todos relatem ter dificuldade em focar-se novamente aquando as interrupções. Em relação à experiência da simulação, os participantes relataram que as simulações eram credíveis e realistas, 4 dos participantes apresentaram recomendações e melhorias.</p>
Conclusão	<p>As interrupções mostraram levar a erros e atrasos que podem prejudicar a qualidade dos cuidados e afetar negativamente os resultados. O impacto é agravado na triagem onde os erros e atrasos podem propagar através de todo o processo de cuidados do doente.</p> <p>A conclusão deste estudo serve para trabalho futuro que examina como os enfermeiros gerem as interrupções. Além disso, testa intervenções para ajudar os enfermeiros na triagem a gerirem ou reduzirem as interrupções durante o processo de avaliação do doente.</p> <p>A necessidade de identificar as interrupções que podem potencialmente prejudicar e desenvolver intervenções para mitigar o impacto adverso dessas interrupções, permitem-nos diminuir erros e atrasos, o que levará à melhoria dos resultados.</p>
<u>Artigo 2</u>	<p>“Causes and Occurrences of Interruptions During ED Triage”</p>

Autores	Kimberly D. Johnson, PhD, RN, CEN, Michele Wargo, MBA, BSN, RN, CCRN, CEN, Dean Gray, MBA, and Connie Kuehn, RN, Cleveland, OH
Ano Publicação	2013
Palavras – Chave	Emergency department; Emergency nursing; Interruptions; Triage
Objetivos do estudo	Identificar os tipos e frequências das interrupções durante o processo de avaliação na triagem.
Metodologia de estudo	Observacional
Amostra	Grupo de 3 enfermeiros.
Instrumento de colheita de dados	Era anotado em folhas de contagem as vezes que eram interrompidos durante um turno de 8h (das 7h às 15h) durante 10 turnos.
Resultados/Discussão	<p>Houve um total de 499 interrupções durante o período de teste.</p> <p>As enfermeiras em média diária avaliavam 80 doentes por dia. Num turno de 8 horas houve cerca de 49,9 interrupções, por hora ocorriam cerca de 6,97 interrupções.</p> <p>Na triagem, as enfermeiras eram interrompidas 16,6 vezes por turno para abrir a porta de emergência, proporcionando conveniências aos visitantes (ex. informar sobre a direção, alterar canal da televisão, etc.). Interrupções relacionadas ao atendimento do doente que implicavam sair da área de triagem surgiu cerca de 8,1 vezes por turno. Interrupções por familiares são as mais significativas e representam cerca de 33,2% das interrupções totais e foi das fontes mais significativas de interrupções, ocorrendo 166 vezes. A segunda interrupção mais comum proporcionando conveniências aos visitantes, registaram-se 132 ocorrências (26,3%). Esta categoria consistia em interações como fornecer informações sobre direções, dar informações de consulta, fazer a “gestão da sala de espera” e pedidos para alterar o canal da televisão.</p> <p>Interrupções relacionadas ao atendimento do doente, a terceira interrupção mais comum, ocorreu cerca de 81 vezes (16,3%), que dizia respeito a tarefas em que exigiam que os enfermeiros da triagem saíssem da área de triagem.</p>

	<p>Questões sobre “quanto mais tempo tenho de esperar?” ficou classificado em 4 lugar das interrupções mais frequentes, ocorrendo cerca de 71 vezes (14,3%).</p> <p>Outra categoria de interrupções incluía questões de admissão direta, localização de membros da família, cuidados a não doentes relacionados com os colegas de trabalho, e responder a questões sobre os transportes dos doentes.</p>
Conclusão	<p>Neste estudo, a equipa de enfermagem identificou as interrupções como uma fonte de stress e insatisfação para os enfermeiros da triagem. Os rececionistas podem ser vistos como barreiras porque podem fazer perguntas à enfermeira da triagem, mas eles também podem ajudar a melhorar o fluxo do doente eliminando distrações e interrupções desnecessárias.</p> <p>Pesquisas mostram que as interrupções têm efeito negativo no impacto na concentração e na perceção do enfermeiro na avaliação ao doente no posto de triagem, assim como têm impacto na qualidade dos cuidados que são prestados. Trata-se ainda de uma área pouco explorada relativamente às interrupções na triagem, sendo necessário investir de forma a contribuir para a segurança do doente e garantir um atendimento eficaz.</p>
<u>Artigo 3</u>	<i>“Effects of Interruptions on Triage Process in Emergency Department: A Prospective, Observational Study”</i>
Autores	Kimberly D. Johnson, PhD, RN, CEN; Gordon L. Gillespie, PhD, DNP, RN, CEN, CNE, CPEN; Kimberly Vance, MSN, RN, NE-BC
Ano de publicação	Janeiro 2018
Palavras - Chave	Emergency department, interruptions, triage, triage duration, triage examination
Objetivos do estudo	O objetivo do estudo era identificar o tipo de interrupções na triagem e determinar como podem afetar o processo de avaliação do doente.
Metodologia de estudo	Observação prospetiva.

	<p>Observação direta através de entrevista que foram conduzidas por 2 investigadores treinados com consentimento das enfermeiras que estavam na triagem. A observação ocorreu em 2 postos de triagem de hospitais diferentes.</p>
Amostra	<p>Foi realizada uma observação durante 6 meses no ano 2015.</p> <p>A amostra era apresentada por 8 enfermeiras do posto de triagem (4 enfermeiros homens e 4 enfermeiras mulheres) em 118 observações. Critérios de inclusão da amostra: enfermeiro de emergência e que estavam no posto de triagem aquando sob observação.</p> <p>O critério de exclusão da amostra era o doente ser considerado vulnerável (prisioneiro, grávida, ou cognitivamente incapacitado).</p> <p>Houve uma adesão de 100% por parte dos participantes.</p>
Instrumento de colheita de dados	<p>A Ferramenta de Avaliação de Interrupção de Triagem (TIAT) foi utilizada para medir as interrupções na prática clínica para os enfermeiros incluídos no estudo.</p> <p>O TIAT é um instrumento de 66 artigos com 8 subescalas para medir e categorizar as interrupções. Este instrumento mede a fonte de interrupção; a causa da interrupção; tarefa interrompida; reação dos enfermeiros à interrupção; impacto potencial da interrupção nos resultados do doente; duração da triagem e duração da interrupção.</p> <p>As variáveis dos resultados para este estudo foram a duração da triagem e os resultados do doente. Resultados positivos foram categorizados como intervenção necessária para acelerar o cuidado ao doente como por exemplo ECG na triagem. Resultados negativos incluíam atrasos e erros, por exemplo ter cometido um erro e deixar o doente sem efetuar o registo.</p>
Resultados/Discussão	<p>8 enfermeiros (4 enfermeiros homens e 4 enfermeiras mulheres) foram submetidos a 118 observações na triagem. 66,1% ocorreram no centro de trauma, entre as 7h-19h.</p> <p>Das 118 observações, 57% (67 observações) foram identificadas como sendo interrompidas. As interrupções duraram em média 3,66 minutos.</p>

	<p>Doentes foram considerados como uma fonte de interrupção, uma vez que atendiam o telefone quando falavam com a enfermeira. Os atrasos tiveram um impacto óbvio, resultados positivos das interrupções estavam ligados a interrupções para o doente receber cuidados, como realização de ECG antes de ser avaliado pelo médico, ou responder a questões para fornecer melhor cuidado ao doente. A análise foi conduzida para determinar se as relações poderiam ser identificadas entre as características de interrupção (origem, causa, tarefa, reação do enfermeiro) e resultados do doente (positivo ou negativo). As interrupções afetam a comunicação entre doente-enfermeiro e através deste estudo identificou-se que a comunicação era a tarefa mais frequentemente interrompida. Foi relatado que 13% dos médicos e enfermeiros não conseguiram voltar à tarefa uma vez interrompida, 18,5% dos prestadores de cuidados não voltaram à tarefa inicial uma vez interrompida.</p>
Conclusão	<p>As interrupções têm sido ligadas a erros, diminuição da produtividade, diminuição da eficiência humana, e têm sido demonstrados adversamente afetar os cuidados de saúde.</p> <p>Este estudo demonstrou que as interrupções ocorrem frequentemente na triagem e é importante ter atenção focada na avaliação destas interrupções sobre o impacto que podem ter sobre o doente. Interrupções que ocorrem devido à natureza do ambiente na triagem podem ser um obstáculo na qualidade dos cuidados ao doente e foram ligados a atrasos e erros nos cuidados ao doente.</p>
<u>Artigo 4</u>	<i>“Effects of environmental distractors on nurse emergency triage accuracy: a pilot study protocol”</i>
Autores	Philippe Delmas, Assunta Fiorentino, Matteo Antonini, Séverine Vuilleumier, Guy Stotzer, Aurélien Kollbrunner, Dominique Jaccard, Jarle Hulaas, Olivier Rutschmann, Josette Simon, Olivier Hugli, Charlotte Gilart de Keranflec’h and Jérôme Pasquier
Ano de Publicação	2020

Palavras – Chave	Serious game, Triage accuracy, Emergency department, Distractors, Patient safety
Objetivos do estudo	Este estudo tem por objetivo mostrar que a triagem é um ambiente de trabalho com múltiplos fatores de distração e mostrar os efeitos que estes fatores de distração poderão ter na avaliação ao doente no posto de triagem.
Metodologia estudo	Estudo controlado randomizado
Amostra	80 Enfermeiras randomizadas em 4 grupos: - 3 Grupos expostos a diferentes fatores de distração (A – ruído; B – Interrupções de tarefa; C – Ruído e interrupção de tarefa). - 1 Grupo de controlo.
Resultados/Discussão	Os 3 tipos de distração (ruídos/ interrupção de tarefa/ ruídos e interrupção de tarefa) podem influenciar a precisão dos níveis de emergências que os enfermeiros atribuem aos doentes. Este estudo permitiu testar os efeitos de distração como influenciadores no processo de triagem.
Conclusão	Este estudo ajudará a decifrar o impacto das distrações no processo de triagem, mas também a identificar fatores sociodemográficos que podem desempenhar um papel de precisão na triagem. Estes estudos são ferramentas que possuem uma promessa não apenas de nos ajudar a entender melhor a precisão da triagem, mas também de nos ajudar avaliar o processo de triagem e melhorar a sua qualidade.

Nesta revisão integrativa, foram analisados 4 artigos no qual abordam as causas, efeitos, natureza e o impacto das distrações provocadas pelas interrupções na triagem, que podem ocasionar impacto na avaliação implementada pelo enfermeiro na atribuição de prioridades e dispor atrasos e/ou erros no encaminhamento do doente à observação médica e à prestação de cuidados. Todos os estudos relatam a escassez de pesquisas acerca das causas e efeitos das interrupções na triagem e as consequências que podem advir no encaminhamento e avaliação do doente, mas realçam a importância de controlarmos os fatores que predispõem à interrupção.

Todos os estudos concluem igualmente que as interrupções provocam erros e atrasos na observação do doente e acarretam prejuízos para a qualidade dos cuidados afetando negativamente os resultados esperados.

Sendo o SU a porta de entrada do doente para a prestação de cuidados com intuito de dar resposta às suas necessidades de saúde, a forma como a triagem é realizada e a cor de prioridade que lhe é atribuída, é fundamental para o tratamento e qualidade dos cuidados de saúde que lhe vão ser prestados.

É necessário identificar as causas e fatores que levam às interrupções e que consequentemente têm impacto na concentração e no ambiente de trabalho do enfermeiro triador, e encontrar estratégias de as diminuir ou mesmo eliminar. No entanto, já começam a surgir instrumentos de avaliação do impacto que as interrupções têm no processo de triagem, pois consideram importante minimizar estes efeitos para melhorar a segurança da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

5. CONCLUSÃO

A interrupção é algo comum e frequente acontecer nos serviços de urgência e podem contribuir para erros catastróficos, sejam eles na preparação e administração de terapêutica, sejam na avaliação e no processo de triagem de atribuição de prioridades ao doente.

A interrupção de algo consiste na quebra do desempenho de uma atividade provocada por fatores internos ou externos. Fatores externos de interrupção podem ser destacados quando os enfermeiros da triagem são questionados pelos doentes e familiares sobre o tempo de espera para serem observados pelo médico, familiares que querem acompanhar o doente ou que desejam ter novidades acerca do estado de saúde do familiar doente, chamadas telefônicas de enfermeiros e médicos de outros postos de trabalho, entrada de macas com doentes para outros serviços e é necessário encaminhá-los, são todos fatores externos que podem contribuir para a interrupção da atividade do enfermeiro triador durante o processo de avaliação ao doente, levando à diminuição da concentração, do aumento de stress de gestão de trabalho, passando muitas vezes despercebidos sinais e sintomas importantes para definir a prioridade do doente. Fatores internos podemos realçar a capacidade de gestão de stress pessoal de cada enfermeiro triador, o cansaço e a diminuição da capacidade de se concentrar por diversas razões.

De acordo com o despacho nº. 1057/2015 do Ministério da Saúde, a classificação de prioridades, baseada em probabilidade de risco clínico, o doente deve ser encaminhado de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, com a maior brevidade possível. A prioridade dos cuidados e os diferentes níveis de prioridade são atribuídos durante a triagem, o que significa que erros durante este processo podem ter efeitos prejudiciais no tratamento do doente, pois podem ser perdidos “sintomas” importantes do doente que não foram relatados na triagem por diversas razões, podem ocorrer avaliações incompletas com questões incompletas, ou seja, a falha na comunicação entre o enfermeiro e o doente no processo de triagem também pode contribuir para efeitos negativos no encaminhamento e prestação de cuidado ao doente. Como é descrito pelo regulamento nº.190/2015, Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o enfermeiro possui competências na tomada de decisão pois, a tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoal individual ou grupo (família e

comunidade) após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Os enfermeiros possuem, portanto, conhecimentos e habilidades específicas para definirem prioridades de atendimento, permitindo uma redução no tempo de espera e otimizar recursos que contribuam para a segurança do doente, sendo assim de extrema importância controlar o ambiente de trabalho relativamente a nível de fatores de distração que interrompem o pensamento do enfermeiro triador.

Em campo de estágio presenciei algumas situações de interrupção no posto de triagem que decorriam em simultâneo com avaliação do doente. Estas interrupções eram de diferentes tipos de natureza, desde interrupções causadas por familiares que acompanhavam os doentes a questionarem sobre o tempo de espera, familiares que queriam ver os doentes que ainda não tinham sido observados, doentes que reclamavam sobre o tempo de espera e que queriam abandonar a instituição de saúde, desde situações importantes relacionadas com o doente por agravamento do estado geral e o enfermeiro da triagem tinha de abandonar por vezes o posto de trabalho, interrupções provocadas por médicos sejam elas telefónicas ou presenciais acerca da decisão que o enfermeiro teve no momento da atribuição de prioridades e pediam para retriar os doentes, entre outras situações.

Estando numa posição mais observativa permitiu-me adquirir uma visão mais ampla acerca desta problemática e de que forma era possível atuar de forma diminuir estes fatores. Considero relevante e importante sensibilizar os profissionais de saúde e inclusive assistentes operacionais relativamente a esta problemática e em conjunto encontrar estratégias de melhoria com vista à redução destes acontecimentos, através por exemplo de ações de formação. Este trabalho também pode contribuir para um instrumento que sirva como fonte de investigação ou de estudo com os profissionais de saúde acerca desta temática na avaliação do doente na triagem de prioridades no SU do hospital da região Norte e, encontrar estratégias de controlo em relação ao ambiente de trabalho do enfermeiro no posto de triagem, determinando necessidades potencialmente fatais na atenção imediata, reduzindo as implicações negativas que podem acarretar problemas na segurança do doente pela tomada de decisão e pensamento crítico que o enfermeiro possui no momento da avaliação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência, fevereiro de 2012. Disponível em:
<https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>
- Despacho Normativo n.º. 11/2002 de 6 março. Artigo 5º. Diário da República – Série B. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despachonormativo/11-2002-252420>
- Despacho n.º.1057/2015 de 2 fevereiro. Diário da República n.º.22/2015 – Série II. Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em:
https://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Despacho_1057_0215_EnfermeirosMeiosComplementaresDiagnostico.pdf
- Grupo Português de Triagem. Disponível em:
<https://www.grupoportuguestriagem.pt>
- Norma n.º 002/2015 de 6 março. Direção Geral da Saúde. Disponível em:
<https://nocs.pt/triagem-manchester/>
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 abril. Diário da República n.º 79/2015 – Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
<https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Silva, A. M. (2009). Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em:
<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/2009-Tese-Mestrado-Anto%cc%81nio-Marques-Triagem-Prioridades-Manchester.pdf>
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino

Americana de Enfermagem. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37277pFsy/?format=pdf>

- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>