



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA PARA A MELHORIA DA PRÁTICA DE CUIDADOS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por:

Bárbara Sofia Gomes Alves Fernandes

Porto, junho de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA
PARA A MELHORIA DA PRÁTICA DE CUIDADOS
CONTRIBUTIONS OF SPECIALIZED NURSING TO
IMPROVE CARE PRACTICE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por:

Bárbara Sofia Gomes Alves Fernandes

Sob orientação de: Professor Vasco Neves

Porto, junho de 2021

Resumo

O presente Relatório de Estágio realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, evidencia o caminho percorrido nos locais de estágio para a aquisição de competências na área da referida Especialidade. Os estágios foram realizados no Serviço de Urgência, na Unidade de Cuidados Intensivos e no Instituto Nacional de Emergência Médica, no período compreendido entre 3 de maio de 2019 e 26 de janeiro de 2021.

Este documento encontra-se estruturado em três capítulos: 1) introdução; 2) descrição dos locais de estágio; 3) aquisição de competências do Enfermeiro Especialista; e 4) conclusão. Estes capítulos têm como objetivos: descrever os locais de estágio e o percurso de aprendizagem como Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica; realizar uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas no contexto da prática clínica; descrever os objetivos que me propus alcançar e, conseqüentemente, as competências adquiridas no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica; a formalização de um documento de avaliação onde explícito as principais dificuldades e o impacto que estes estágios despoletaram no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Para atingir estes objetivos, foi adotada uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva. Foram, ainda, exploradas questões relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal, com a melhoria contínua de qualidade, com a gestão de cuidados e com o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, são abordadas algumas questões relacionadas com a dignidade humana, o dever de sigilo profissional, o dever de informar, o direito ao consentimento informado e o consentimento presumido.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, reconhecem-se atividades que realçam a qualidade e a segurança dos cuidados, e identificam-se situações que carecem de melhoria, nomeadamente, no âmbito do controlo de infeção.

No domínio da gestão de cuidados, apresenta-se todo o processo que está subjacente à gestão do serviço.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são apresentadas todas as atividades que visam o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais e comunicacionais, bem como a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

É no dia-a-dia que o Enfermeiro Especialista vivencia novas experiências, que adquire novos conhecimentos e que supera os desafios com que se depara, para que a sua prática seja diferenciada e de excelência. A par desse desenvolvimento profissional, está o desenvolvimento pessoal, pois este permite desenvolver capacidades humanas e conseqüentemente melhorar o desempenho na prestação de cuidados.

Palavras Chaves: competências; cuidados de enfermagem; doente crítico; enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica;

Abstract

This Internship Report carried out within the scope of the Master's Degree in Nursing with Medical-Surgical Nursing specialization, from Health Sciences Institute, of Universidade Católica Portuguesa, shows the path taken at the internship placement locations with the goal of acquiring new competences in this area of speciality. The internships were carried out in an emergency service, an Intensive Care Unit and at the National Institute of Medical Emergency from May 3, 2019 to January 26, 2021.

This document is structured in three chapters: 1) introduction; 2) description of the internship locations; 3) the Specialist Nurse's acquisition of skills; and 4) conclusion. These chapters aim to: describe the internship locations and the learning path as a Specialist Nurse in Medical-Surgical; carry out a critical-reflexive analysis of the experiences lived in the context of clinical practice; describe the objectives that I set out to achieve and, consequently, the skills acquired within the scope of Medical-Surgical Nursing Specialty; the formalization of an assessment document which are explained the main difficulties and the impact that these stages had on my personal and professional development. To achieve these objectives, a descriptive, analytical and critical-reflective methodology was adopted.

Issues related to professional, ethical and legal responsibility, continuous improvement of quality, care management and professional development were also explored. In the domains of professional, ethical and legal responsibility, I addressed issues related to human dignity, duty of professional secrecy, duty to inform, the right to informed consent and presumed consent.

In the domain of continuous improvement, activities have been recognized to enhance the quality and safety of care, as well as opportunities for improvement in infection control.

In the domain of care management, the entire process underlying the service management is presented.

In the domain of professional development, all activities with the aim of developing professional, personal and communicational skills are presented, as well the ability to react during unforeseen and complex situations.

It is during their day-to-day tasks that the Specialist Nurse, by being exposed to new experiences, acquires new knowledge and overcomes the challenges they face, so that their practice is differentiated and of excellence. Along with this professional development, there is also personal development which results in the development of human skills and consequently, improve performance in the provision of care.

Keywords: competences; nursing care; critical patient; specialist nurse in Medical-Surgical nursing;

“Nós agora já aceitamos o fato de que a aprendizagem é um processo necessário de acompanhamento de mudanças ao longo de uma vida. E a tarefa mais premente é ensinar as pessoas como aprender.”

Peter Drucker

Lista de Siglas e Abreviaturas

CHTS - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

DGS – Direção Geral da Saúde

DNR – Decisão de Não Reanimar

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

MEEMC - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS - Infecções Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TAE - Técnico de Ambulância de Emergência

UC - Unidade Curricular

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCP - Universidade Católica Portuguesa

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

Introdução	13
1. Descrição dos locais de Estágio	19
1.1 Serviço de Urgência.....	19
1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	20
1.3 Emergência Extra-Hospitalar: INEM.....	22
2. Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica	25
2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	27
2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	34
2.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	41
2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	45
Conclusão	55
Referências Bibliográficas	59
Apêndices	63
Apêndice I – Trabalho do SU.....	65
Apêndice II – Estudo de Caso UCIP.....	95
Apêndice III – Artigo de Revisão da Literatura.....	119
Apêndice IV – Trabalho de Emergência Extra-Hospitalar: INEM.....	133

Introdução

O presente Relatório insere-se no plano de estudos do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC), do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este tem como objetivos apresentar as competências adquiridas e desenvolvidas na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” e servir de documento de avaliação para a obtenção do Grau de Mestre.

Este trabalho encontra-se estruturado em três capítulos: descrição dos locais de estágio, aquisição de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e conclusão. No primeiro capítulo, descrevo as características dos vários locais de estágio. No segundo capítulo, realizo uma análise crítico-reflexiva sobre as experiências vivenciadas e os objetivos que me propus alcançar de modo a adquirir as competências comuns e específicas do EE estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Por fim, no terceiro capítulo, descrevo as principais dificuldades e o impacto que estes estágios despoletaram no meu desenvolvimento pessoal e profissional, a par disso refiro as perspetivas futuras.

Ao longo do percurso académico tive a oportunidade de estagiar em três contextos distintos: 1) no Serviço de Urgência (SU); 2) na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP); e 3) na Emergência Extra-Hospitalar, mais especificamente, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). O estágio do SU, decorreu no 1º ano do Curso, no período de 3 de maio de 2019 a 26 de junho de 2019, num total de 180 horas de contacto no âmbito da Unidade Curricular (UC) – A Pessoa em Situação e Família: Vigilância e Decisão Clínica. É importante salientar que após a realização deste estágio tive a necessidade de suspender a matrícula, por um ano, por motivos pessoais. O estágio da UCIP, decorreu no período de 7 de setembro

de 2020 a 31 de outubro de 2020, num total de 180 horas de contacto. O estágio do INEM, decorreu de 2 de novembro de 2020 a 26 de janeiro de 2021, num total de 180 horas de contacto. Estes dois estágios totalizaram 360 horas de contacto, dentro das 400h de contacto previstas nesta Unidade Curricular, em que para além das horas de estágio, compreendeu 20h de Seminário e 20h de Orientação Tutorial, que correspondem a um total de 30 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS).

Para o cumprimento da carga horária estabelecida pela Universidade, segui o horário estipulado pela instituição para o enfermeiro Tutor. Quer os tutores nos serviços quer o meu orientador da Universidade, desempenharam papéis fundamentais para o meu desenvolvimento académico e profissional, incitando à reflexão crítico-reflexiva ajustada a cada contexto.

A realização destes estágios foi de grande importância, uma vez que a formação contínua é um fator primordial para o desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, bem como das organizações. Esta proporciona a adaptação às inovações que advêm do mundo em permanente mudança, de modo a que haja uma melhoria da qualidade dos serviços prestados (Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço, 2011).

Segundo a OE no seu Estatuto e o REPE, a enfermagem *“tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem 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.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 101). Assim, na prestação de cuidados de enfermagem é fundamental tratar de pessoas que num determinado momento da vida não conseguem garantir as suas necessidades básicas, por isso, necessitam dos cuidados dos enfermeiros para as realizarem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo a OE, *“O Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de*

competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Parecer N.º 10 / 2017: Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista num Serviço de Urgência, 2017 p. 1).

O EE assume uma posição preponderante no cuidar pois, é-lhe exigido uma constante atualização de conhecimentos e competências no que toca aos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, gestão e qualidade de cuidados prestados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. (Diário da República, 2019). Os cuidados de saúde assumem um papel de grande importância e exigência técnica e científica, onde a diferenciação e a especialização, são cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

O EE em Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

A prática de enfermagem ao doente crítico exige capacidade de antecipação, intuição e sensibilidade, relacionada com uma prática baseada na evidência científica. Devemos manter sempre a humanização nos cuidados, o que implica rapidez no acesso à primeira observação, rigor e individualização na prestação dos cuidados.

A formação permanente e a atualização contínua dos conhecimentos, são um dever dos enfermeiros, assim como, a análise regular do trabalho efetuado, e o reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Estes deveres foram a linha orientadora do meu estágio, pois, a reflexão contínua sobre a prática levou ao desenvolvimento e construção de

competências que melhoraram a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família.

Tendo como premissa a importância da formação contínua e após cinco anos de experiência no serviço médico-cirúrgico e no serviço de medicina interna, senti necessidade de enriquecer o meu conhecimento e alargar o âmbito das minhas competências no domínio prático, científico, humano e na formação com base na evidência científica, com vista a adquirir a excelência e a qualidade no cuidar. Por isso, decidi prosseguir com os estudos para o Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Médico-Cirúrgica (MEEMC). Esta área de especialização sempre me cativou, uma vez que é uma área complexa e que requer cuidados diferenciados.

Na opção pelo SU esteve subjacente a diversificação da aprendizagem e o contacto com múltiplas especialidades. Neste contexto, existe um leque alargado de doentes, com diversos diagnósticos, que mobilizam diferentes conhecimentos técnico-científicos, permitindo adquirir e aprofundar competências nas etapas de identificação de problemas, planeamento e na avaliação de cuidados à pessoa em situação crítica. As exigências de maior segurança, rigor, autonomia, eficácia, uma maior e mais audaz comunicação que a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica acarreta foram também características que me desafiaram na opção por este local de estágio. A disparidade dos contextos de atuação, dos paradigmas de abordagem clínica e dos timings de ação entre o SU e minha área de atuação, medicina interna, instigou-me a iniciar este processo de desenvolvimento de competências. A finalizar, a complexidade, heterogeneidade e multiplicidade de situações tão diferentes que esta realidade oferece foi fonte de motivação para querer deter novas experiências no contexto de urgência/emergência.

A escolha pela UCIP teve como base duas razões principais: primeiramente o facto de eu já trabalhar na instituição e conhecer o nível de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, motivou-me a querer adquirir competências nessa unidade de referência; um outro motivo é o facto de englobar uma área populacional muito extensa, o que me proporcionou inúmeras oportunidades de aprendizagem, quer pelas diferentes patologias do doente em situação crítica, quer pelas técnicas utilizadas nestas situações.

A preferência pela Emergência Extra-Hospitalar, mais concretamente pelo INEM, deveu-se ao facto de este ser uma organização inovadora, sustentável e de referência na prestação de cuidados de emergência médica. A par disso, os cuidados de enfermagem neste contexto ocorrem, muitas vezes, em ambientes com condições adversas, em que a vida das pessoas ou a melhoria do seu estado depende dos cuidados diferenciados prestados, e dos procedimentos efetuados para dar resposta às situações de doença súbita ou trauma.

Ao longo deste relatório, faço referências a todos os contextos da prática clínica. O contexto do SU foi realizado na UC - A Pessoa em Situação e Família: Vigilância e Decisão Clínica, contudo considero importante abordar este local de estágio porque é uma obrigatoriedade do curso do MEEMC. A par disso, considero importante referir os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas neste local. Foi este o contexto que serviu de base para o início do meu percurso e para o desenvolvimento das minhas competências profissionais e pessoais.

A metodologia adotada para a elaboração deste trabalho foi descritiva, analítica e crítico-reflexiva. Através da narração demonstro todas as competências e conhecimentos adquiridos, bem como as experiências vivenciadas ao longo dos estágios.

Na base da construção deste relatório estiverem subjacentes os seguintes objetivos: descrição dos locais de estágio; descrição do percurso de aprendizagem como Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica; análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas no contexto da prática clínica; descrição das competências adquiridas no âmbito da EEMC e a formalização de um documento de avaliação.

1. Descrição dos locais de Estágio

Os estágios em enfermagem são uma componente essencial no MEEMC pois, integram momentos de potencial índole formativa, em que se testa a prática/experiência os conhecimentos adquiridos ao longo da formação através de um processo reflexivo sobre as práticas desenvolvidas.

É através dos estágios que se traçam objetivos de aprendizagem, se desenvolvem atividades, se identificam situações de melhoria e se fomenta a formação na equipa. A par de tudo isso, adquire-se novos conhecimentos e competências que contribuem para o desenvolvimento profissional e pessoal. Para além disso, é imprescindível a fundamentação teórica adquirida através da pesquisa bibliográfica.

Este capítulo aborda a caracterização dos vários locais: SU, UCIP e Pré-hospitalar (INEM) e contextualiza a dinâmica funcional inerente a cada um desses locais.

1.1 Serviço de Urgência

Os serviços de urgência *“são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.”* (Diário da República, 2002). Considerando que as situações de emergência e urgência são *“aquelas cujas gravidades, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.”* (Diário da República, 2002).

O SU era considerado uma urgência de nível II, pois era um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e, como tal, tem obrigatoriedade de ter pelo menos as seguintes especialidades: medicina interna; pediatria; cirurgia geral; ortopedia; anestesiologia; imuno-hemoterapia; bloco operatório (em permanência); imagiologia (assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC) e patologia clínica (assegurar em permanência todos os exames básicos) (Saúde, 2014).

Este serviço era constituído por duas áreas diferenciadas, a área médica e a área cirúrgica. Na área cirúrgica, podíamos encontrar: uma sala de trauma, quatro gabinetes de ortopedia, dois gabinetes de cirurgia geral, duas salas de pequena cirurgia e uma sala de enfermagem. Na área médica, podíamos encontrar: a área verde, constituída por dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de espera para doentes independentes e uma sala de espera para doentes em maca; a área amarela, constituída por cinco gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de observação para doentes em maca que tem permanentemente uma equipa de enfermagem e uma sala de espera para doentes independentes; a área laranja, constituída por: um gabinete médico, uma sala de observação para doentes em maca que tem permanentemente uma equipa de enfermagem e uma sala de inaloterapia, que por norma é onde se encontram os doentes independentes. Para além disto, existe a sala de emergência com possibilidade para ter três doentes em simultâneo, quatro gabinetes de triagem, um balcão de admissão dos doentes e um balcão de informações.

A equipa de enfermagem era constituída por um Enfermeiro Chefe, com MEEMC, 10 enfermeiros com EEMC e 50 enfermeiros generalistas. Em todos os turnos, o enfermeiro responsável era aquele que era EE.

1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP tem como principal função monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência iminente, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis (7).

A UCIP é considerada uma unidade nível III, polivalente e aberta. É considerada uma unidade nível III aquela que tem quadros próprios (médico e de enfermagem), assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, que prevê a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e dispõem de medidas de controlo contínuo de qualidade (Ordem dos Médicos, 2017). O facto de ser uma Unidade aberta apresenta vantagens como o doente estar na área de visão do enfermeiro e, por isso, ter um maior acompanhamento e observação; economia na organização do espaço e maior rentabilidade dos cuidados. Contudo, apresenta também desvantagens, como menor privacidade, maior perceção de ruídos e maior probabilidade de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

O serviço é constituído por nove camas, três delas correspondentes a quartos de isolamento com pressão negativa. Cada unidade contém, relativamente a materiais: seringas e máquinas perfusoras, ventilador, monitor que traduz os parâmetros hemodinâmicos, termómetro, aspirador de secreções, saída de ar, oxigénio e vácuo, foco luminoso, tomadas e material de apoio à unidade (e.g., luvas, compressas, eléctrodos, seringas, agulhas, fitas de nastro). Contém, ainda, relativamente a infraestruturas: uma sala de preparação de medicação, uma sala de registos de enfermagem, uma sala de esterilização, uma sala de limpos, uma sala de sujos, dois armazéns (um para material e outro para medicação), uma arrecadação (onde se guarda os ventiladores e monitores que não estão a ser utilizados), uma copa, uma sala de reuniões, um gabinete da Enfermeira Chefe, um gabinete da Diretora da UCIP, um quarto dos Médicos, uma sala de espera para as visitas e uma balcão de atendimentos onde se encontra o secretário da Unidade.

A UCIP conta permanentemente com Médicos, Enfermeiros e Auxiliares. Para além disso, possui meios de diagnóstico 24h por dia. A equipa de enfermagem era constituída por uma Enfermeira Chefe, com MEEMC, oito EEMC e 16 enfermeiros generalistas. Em todos os turnos, o enfermeiro responsável era aquele que era EE.

1.3 Emergência Extra-Hospitalar: INEM

O INEM é uma entidade que, em conjunto com as Forças de Segurança, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais/Centros de Saúde, formam o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O SIEM tem como objetivo prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita, sendo necessária uma cooperação entre as diferentes entidades.

O INEM dispõe de diferentes meios, nomeadamente: Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), os Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), a Mota de Emergência Médica (MEM), a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) e a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC), para além disso, dispõe de subsistemas: o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e o CODU-MAR, o Centro de Informação Antiveneno (CIAV), o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) e o Centro de Intervenção para Situações de Exceção (CIPSE) (INEM).

A Ambulância SIV é tripulada por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) e um Enfermeiro que têm como função prestar cuidados diferenciados no extra-hospitalar. O Enfermeiro é responsável por prestar cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituído, sendo que pode ter o auxílio do TAE, apesar deste ter como principal função a condução da ambulância. Para permitir esta prestação de cuidados, a Ambulância SIV é composta por: uma maca, um plano duro, uma cadeira de rodas, duas balas de oxigénio, 1 manómetro de oxigénio, um sistema de vácuo, um monitor-desfibrilhador, material de punção, material de aspiração, material de oxigenoterapia, material de entubação, vários fármacos/soros, uma bomba perfusora, material de imobilização, uma mala de trauma (tem na sua constituição imobilizadores, compressas, material de penso, soros e fármacos tópicos) e uma mala médica (tem na sua constituição material de entubação, material de punção, material de oxigenoterapia e vários fármacos).

A base da SIV encontrava-se integrada num hospital, contudo, tinha uma ala diferenciada. Esta ala era composta por: uma sala de refeições, uma sala de estar

com dois computadores (um para o enfermeiro outro para o TAE), uma casa de banho e um armazém com todo o material para reposição do stock da ambulância.

Todas as manhãs, o enfermeiro realizava o teste do monitor-desfibrilhador, verificava o nível de oxigénio das balas e realizada a check-list das malas de trauma e via aérea. Para além disso, em todos os turnos era responsável por preencher um documento sobre todas as saídas realizadas e o número de quilómetros da ambulância.

A equipa de enfermagem da SIV era constituída por três enfermeiras do INEM e dez enfermeiros da urgência do hospital. A responsável pela base era uma Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica do INEM.

A VMER estava inserida num Centro Hospitalar e tinha um espaço próprio. Esta era constituída por um Enfermeiro e um Médico que têm como função a prestação de cuidados de emergência médica. O Médico tem a responsabilidade de realizar a triagem da situação clínica da vítima e a instituição das medidas terapêuticas adequadas à sua estabilização, atendendo aos protocolos de atuação em vigor. O Enfermeiro é responsável pela condução da viatura e a colaboração na aplicação das técnicas de emergência médica. A VMER tem na sua constituição todo o material existente na Ambulância SIV e, ainda, um ventilador, um LUCAS (aparelho que realiza compressões), seringas perfusoras, bombas perfusoras e uma vasta variedade de fármacos.

A equipa de enfermagem da VMER era constituída por dez enfermeiros do SU e cinco enfermeiros da UCIP. O responsável pela base era um enfermeiro do SU com a EEMC.

2. Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

A OE (2019) refere que “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” (Diário da República, 2019 p. 1).

A aquisição de competências é um processo dinâmico, que exige continuidade no tempo e que integra um conjunto de capacidades cognitivas, relacionais, sócio afetivas, organizacionais, saberes teóricos e habilidades técnicas, de modo a que o profissional exerça a sua função com excelência (Phaneuf, 2005). De facto, segundo Dias, o processo de desenvolvimento de competências “é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem).” (Dias, 2004 p. 58). Congruentemente, de acordo com a OE, o EE é aquele que apresenta competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem na sua área de especialização (Diário da República, 2019).

Neste sentido, foi desenvolvido um Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que considera que existem quatro domínios de competências essenciais, nomeadamente: 1) o Domínio Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; 2) a melhoria contínua da qualidade; 3) a gestão de cuidados; e 4) o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. São definidas

como competências comuns *“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019 p. 2).

No caso específico do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, prevê-se que este seja um profissional que reflete sobre a prática, que mobiliza todos os conhecimentos científicos e teóricos da sua área de especialização, bem como os conhecimentos provenientes da sua experiência, de modo a que a sua prática esteja subjacente numa elevada qualidade para atingir a excelência no cuidar do doente crítico.

O meio do estágio instiga no académico de enfermagem a responsabilidade no desenvolver das competências, a independência de método de agir e contextualização de conhecimentos. São inúmeras as circunstâncias e situações com o qual o enfermeiro em aprendizagem se irá deparar, estas proporcionam um crescimento no exercício da atividade com maior conhecimento de facto, maior destreza e a criar elos entre o a priori em sede teórica abordado e o que agora vivencia em meio hospitalar (Benito, et al., 2012).

O EE desempenha um papel essencial no cuidar, tem subjacente no seu quotidiano as competências que desenvolveu no âmbito dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Assim, é-lhe permitido ter uma visão holística do doente/família e prestar cuidados com qualidade e excelência.

De forma a detalhar as aprendizagens adquiridas ao longo dos estágios, as secções seguintes serão apresentadas de acordo com o domínio de competências do EE. Em cada subcapítulo pretende-se descrever os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para os atingir, e as conseqüentes competências adquiridas.

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para a aquisição de competências neste domínio, estabeleci como objetivo específico tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas. Assim, para o concretizar prestei cuidados ao doente de um modo holístico, respeitando sempre a sua dignidade humana que se encontra inserida numa cultura com valores e princípios éticos próprios e também direitos/deveres; tomei decisões fundamentadas com base na evidência científica e na responsabilidade social e ética e respeitei as decisões do doente de modo a promover a sua autonomia (Diário da República, 2018).

No decorrer da sua prática de cuidados, todos os enfermeiros agem de acordo com O Código Deontológico de Enfermagem. Pois, este instiga-nos a *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 1). Apesar de ser clara a consagração destes princípios, nem sempre é fácil decidir e responder a questões que surgem no decorrer da sua prática. As pessoas terão de ser sempre vistas como tal e como indivíduos detentores de um conjunto de deveres e direitos (integridade física e emocional, direito ao resguardo e privacidade, sigilo profissional) e o enfermeiro tem um papel de destaque no cumprimento e respeito pelos mesmos (4).

O respeito pela dignidade humana, pressupõe o reconhecimento de que cada ser humano é único e como tal é um ser individual com liberdade e autonomia. O artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos refere que *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.”* (Diário da República p. 1). No exercício da sua função, o EE deve ter subjacente os direitos humanos e, conseqüentemente, a dignidade humana. Quando falamos do respeito pela dignidade da pessoa humana falamos na promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir.

A dignidade humana é a base onde se formam outros princípios bioéticos, nomeadamente o princípio da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O princípio da beneficência está relacionado com o dever de fazer o melhor para o doente, não só do ponto de vista técnico como também ético. O princípio da não maleficência implica o dever de não fazer o mal, reduzindo o efeito indesejável das ações. O princípio da autonomia requer que cada pessoa seja livre de realizar a sua escolha de acordo com os seus princípios e valores. Por último, o princípio da justiça está relacionado com a distribuição correta e adequada de deveres e direitos sociais (Bessa, 2013).

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina refere no seu artigo 5.º que *“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos.”* (Ministério Público, 1997 p. 3). É de extrema importância salientar que a escolha de cada um deve ser esclarecida e tomada apenas após a obtenção de toda a informação. Por isso, o consentimento informado deve ser livre e voluntário.

Durante o processo de consentimento informado, é importante que o enfermeiro adote uma comunicação assertiva face ao doente que tem à sua frente (alfabetização, religião, ...), que explique todas as intervenções, que explique os riscos e os benefícios da intervenção e que esclareça todas as dúvidas que possam surgir, para que deste modo o doente se sinta livre para decidir (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

No entanto, existem exceções no consentimento informado, nomeadamente: 1) incompetência, incapacidade ou interdição (e.g., menoridade, inabilitação, patologia psiquiátrica); 2) situações de urgência (e.g., doente em choque hemorrágico que necessite de uma transfusão); 3) situação de «privilegio terapêutico» (circunstância que colocava em perigo a vida do doente ou seria suscetível de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica) (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Quer no SU quer na UCIP, o doente nem sempre tem capacidade física ou mental para decidir, quer pela gravidade da situação, quer pelo uso de fármacos administrados que muitas vezes provocam alterações do estado de consciência. De igual modo, no Pré-hospitalar verifica-se a mesma situação, uma vez que, muitas vezes as vítimas, pela gravidade da situação, não conseguem exprimir a sua vontade. Por isso, torna-se importante saber qual a sua vontade prévia ou até mesmo se existe alguma indicação formal, sob forma de Diretiva Antecipada da Vontade, designada de testamento vital.

O testamento vital é um documento onde a pessoa manifesta os cuidados de saúde que pretende, ou não, receber no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade. Este é um documento que tem validade de cinco anos e que pode ser alterado pelo seu autor a qualquer momento (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

No que concerne à pessoa humana e ao zelo pela proteção da sua vida, o EE depara-se com a resolução de questões complexas que requerem uma resposta atempada. Esta resposta vai despoletar a mobilização dos seus amplos conhecimentos teóricos e práticos, através de uma análise crítico-reflexiva que permite formular uma deliberação astuta e eficaz. Quanto mais sólidas forem as bases que subjacentes a essa tomada de decisão, mais eficaz será a prática autónoma de enfermagem.

O SU é um local que se depara inúmeras vezes com questões éticas. Este é um serviço com grande afluência de pessoas e, como tal, não tem condições estruturais nem recursos humanos suficientes para dar uma resposta rápida e eficaz a todas as solicitações. Muitas vezes, os doentes são observados no corredor e a realização da maior parte dos procedimentos ocorre no mesmo local. Por isso, a falta de privacidade aquando da prestação de cuidados é inevitável. Uma outra questão ética que esta intrínseca neste serviço é o facto de os recursos humanos serem insuficientes. A grande afluência de doentes a recorrer a este serviço faz com que muitas vezes o rácio enfermeiro/doente seja elevado. Como tal, existem procedimentos que ficam por realizar, doentes que descompensam e o enfermeiro não se apercebe e, pior que tudo isso, doentes que falecem sem o olhar do enfermeiro. Todas estas questões, colocam em causa a qualidade do serviço e consequentemente, a qualidade dos serviços de saúde prestados. Os cuidados de

saúde deveriam ser centrados na humanização e na qualidade. Assim, devia ocorrer um reforço das equipas para que ocorra a excelência no cuidar.

Quando falamos da mobilização de conhecimentos, especialmente os técnicos e tecnológicos, devemos referir que o EE ao recorrer a estes nunca deverá descurar os comportamentos inerentes ao indivíduo enquanto pessoa humana e detentor da sua dignidade. Ainda que utilizador desses meios tecnológicos, deve ser altamente crítico e racional na sua utilização. O cuidado prestado deve ser, dentro do possível, o mais humanizado de uma perspetiva holística. Nem sempre poderá ser fácil aliar os meios tecnológicos à humanização na prestação de cuidados, contudo é nesse sentido que o EE deve traçar o seu percurso (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A UCIP, é um bom exemplo de contexto onde se alia o conhecimento técnico e científico. A par disso, é um local onde se depara com questões complexas de índole ética que estão relacionadas com o respeito e dignidade pela vida da pessoa humana. Um exemplo dessas questões é o facto de os familiares nem sempre participarem no plano de cuidados do doente e de a informação clínica nem sempre ser partilhada com eles. O enfermeiro deve requerer disponibilidade física e emocional que ultrapassem o manuseio de aparelhos e administração de medicamentos e passa pelo apoio, encorajamento e prestação de assistência individualizada ao doente. Perante uma situação em concreto, o EE deve agregar a utilização da tecnologia a uma prestação de cuidados conscientes, humanizada e em que se façam prevalecer os princípios bioéticos. Faz parte do conceito de “tratamento humanizado” uma comunicação eficaz, em que o doente consegue contribuir para os cuidados que recaem sobre si e ter voz nas deliberações a serem tomadas. O tom que se emprega a falar com o doente, o facto de se tratar o doente pelo seu nome, a expressão corporal e facial são elementos importantes para quebrar determinadas barreiras e estabelecer uma relação de confiança entre EE e doente. O EE deve também acompanhar a família e prestar toda a orientação e informações de maneira a esta se sentir segura e esclarecida.

Um dos momentos em que se pondera de forma mais evidente o respeito pelo sigilo e privacidade do doente é no momento da passagem de turno. Este é um momento

importante para a troca de informação relevante entre profissionais, de forma a assegurar a continuidade na prestação de cuidados. O enfermeiro apenas deve partilhar informações sobre o estado clínico do doente com quem está envolvido no processo terapêutico. O enfermeiro tem responsabilidade no cumprimento do dever de sigilo e é obrigado a guardar segredo profissional sobre as informações às quais tem acesso. A gestão desta informação deve sempre guiar-se pelas boas práticas deontológicas (partilhar apenas o que o doente consente e o que seja estritamente necessário para a beneficência do mesmo) e pelo cumprimento de normas legais e sempre ancorado no respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana e a da sua intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na UCIP, salientam-se algumas situações que envolveram um confronto entre vários valores e princípios morais. Estes confrontos permitiram-me refletir sobre algumas questões que, essencialmente, colocavam em causa o respeito pelo doente e pela sua privacidade. O estado em que o doente se encontra pode ser um obstáculo muito grande para conseguir obter a sua vontade e aquilo que considera ser respeito pelas suas crenças e valores. Contudo, não é um agir efetuado completamente às cegas, mas sim que se irá reger pelas condutas éticas traçadas pelo Código Deontológico, pela responsabilidade técnica e ética. Nestas questões, não se deve descurar a família. Esta deve ser ouvida, respeitada, esclarecida e integrada no plano de cuidados do doente. Assim, além de se refletir na minha prática o respeito pelo princípio da dignidade humana, refleti sobre essas questões e estabeleci possíveis respostas e decisões a tomar.

Na Emergência Extra-Hospitalar, também se encontram situações que envolvem o confronto entre vários valores e princípios morais. Os profissionais, muitas vezes, num curto espaço de tempo e em ambientes de risco, têm de tomar decisões sem terem acesso a grandes informações sobre o doente.

As paragens cardiorrespiratórias (PCR) são um exemplo claro destes confrontos de valores e princípios morais. As PCR são situações inesperadas, que requerem por parte dos profissionais um início rápido das manobras de reanimação, uma vez que quanto mais tarde começarem, mais difícil se torna reverter a situação. Para além disso, a maioria das vezes, os profissionais não têm acesso a informação sobre a vítima. Por isso, quando encontram uma vítima em PCR, iniciam manobras

de reanimação e, caso exista VMER disponível, os enfermeiros prosseguem as manobras de suporte avançado de vida até à sua chegada. Caso não exista VMER disponível, efetuam o transporte do doente para o hospital mais próximo em manobras de reanimação. A decisão de suspender, manter ou iniciar as manobras de reanimação é sempre tomada pela equipa médica e tem, por base, o princípio da não maleficência, onde é colocada em causa a relação risco/benefício, tomando a melhor decisão possível para o doente (Bessa, 2013) (European Resuscitation Council, 2015).

A decisão de não reanimar (DNR) é uma decisão médica, que se fundamenta no diagnóstico e prognóstico do doente a longo prazo. Esta é assumida pela equipa multidisciplinar após deliberação, de forma a aumentar a maturidade da decisão. O principal objetivo do processo deliberativo é que todos saibam o que todos pensam sobre o que há que decidir, pois as nossas decisões morais são influenciadas por sentimentos, valores e crenças pelo que não podem ser inteiramente racionais (Ordem dos Enfermeiros, 2015) (DNR A Decisão de Não Reanimar, 2020). Segundo o Código Deontológico na alínea a) do Artigo 82º o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de *“atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A responsabilidade de responder perante os próprios atos e omissões, aceitando as suas consequências, pressupõe que a pessoa responda perante a sua consciência, a dos outros e da sociedade. Assim, o enfermeiro rege as suas práticas mediante os seus valores e princípios, as suas motivações e as suas intencionalidades, perante o papel que assume na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Uma outra questão que está subjacente à PCR, é quando esta ocorre na via pública ou em casa das vítimas. O dilema das situações na via pública é a falta de privacidade e de respeito para com as vítimas. Quando esta situação ocorre na casa da vítima, está implícito o facto de ser algo inesperado para a família e como tal nem sempre ocorre a aceitação por parte desta.

Gostaria de salientar uma situação no contexto de Emergência Extra-Hospitalar que marcou a minha experiência e me levou a refletir sobre aquilo que somos enquanto seres humanos. Fomos ativados para uma situação de trauma correspondente a

um acidente de viação com uma vítima em PCR. Contudo, o que mais me marcou foi a postura das pessoas que ao assistirem a esta situação decidiram filmar. Tudo isto levou-me a refletir, em conjunto com a minha tutora, sobre o nosso modo de atuação e sobre o comportamento das pessoas. Pensava que situações destas só ocorriam de facto em filmes, mas infelizmente deparamo-nos com elas no nosso quotidiano. Com o passar dos anos, a tecnologia tem evoluído e as pessoas tornam-se mais dependentes desta. O facto de termos todos um telemóvel que filme, que tire fotos e com acesso à internet, não nos é permitido utilizá-lo em situações como a que descrevi. A proteção da imagem é um direito comum a todos os cidadãos e está intrínseca no Código Civil, através do Artigo 79.º que refere “*o retrato de uma pessoa não pode ser exposto, (...) sem o consentimento dela; o retrato não pode, porém, ser reproduzido, exposto ... se do facto resultar prejuízo para a honra, reputação ou simples decoro da pessoa retratada.*” (Diário da República, 1966 p. 1). Por isso, a divulgação desta imagem pode acarretar um processo judicial para o divulgador. Todos nós somos pessoas e temos família. Se fossemos nós, ou um dos nossos a estar naquela situação, não gostaríamos que essas imagens andassem a circular pela internet e muito menos gostávamos de tomar conhecimento do sucedido através da internet. Nesta situação o EE tem o dever de agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, salvaguardando a imagem da vítima e pedindo à autoridade que se encontra no local para atuar junto das pessoas filmaram toda esta situação. Nunca nos devemos esquecer que a dignidade humana é um direito nosso e como tal deve ser respeitada em todas as situações.

Quando uma PCR ocorre no domicílio, a equipa pede à família para sair do espaço e aguardar noutra local, para que assim possa desempenhar as suas funções com privacidade. Esta questão prende-se pelo sentimento de segurança da equipa, no entanto, é geradora de angústia para os familiares. A presença dos familiares durante as manobras de reanimação apresenta vantagens e desvantagens. As vantagens desta decisão são as seguintes: 1) a família fica mais reconfortada, uma vez que constata que foi feito tudo pela equipa de reanimação; 2) permite a oportunidade para um último adeus; 3) ajuda a entender a realidade da morte, evitando o luto patológico. As desvantagens são as seguintes: 1) para os profissionais, pode despoletar sentimentos de ansiedade e incapacidade, receio de

que a sua atuação esteja a ser avaliada e colocada em causa num processo judicial, e a possibilidade da sua atuação ser interrompida por algum familiar; 2) para a família, os riscos podem ser psicológicos, como visualizar os procedimentos invasivos, ou físicos, por não se afastarem da vítima aquando da desfibrilhação (Malta, et al., 2015).

2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Para a concretização de competências neste domínio, estabeleci como objetivo específico garantir cuidados de qualidade na área de MEEMC. Deste modo, ao longo da minha prática demonstrei consciência crítica face aos problemas que estavam relacionados com o doente e família assegurando a excelência do cuidar, com base na evidência científica; mantive um ambiente de trabalho terapêutico e seguro e desenvolvi a minha prática tendo sempre em atenção a prevenção e controlo de infeções face o doente crítico (Diário da República, 2018).

Menozo refere que o mundo está a sofrer mudanças e, como tal, os serviços de saúde não são exceção. Por isso, é necessário adequarmo-nos a elas de forma a fornecermos aos doentes cuidados de qualidade. No sentido desta prática, qualidade não é apenas uma questão ética ou filosófica, mas sim uma procura permanente da ausência de defeitos, quer seja no domínio do erro, da infeção, da insatisfação ou até mesmo da queixa. Por isso, deixar de a praticar é um ato irresponsável e imoral (Mezono, 2001). Para Fernandes, apostar na qualidade é apostar num caminho que vai causar uma melhoria contínua no sistema de saúde, com ganhos para os utilizadores, para as unidades de saúde, para as entidades financiadoras, para os profissionais de saúde e para o próprio sistema de saúde (Fernandes, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), defende que os cuidados de saúde de qualidade englobam a prestação de cuidados de excelência, com riscos mínimos para a saúde do doente e eficácia na utilização dos recursos disponíveis. Para esta organização, os objetivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde centram-se na promoção da saúde das populações, na estruturação dos serviços de saúde, na utilização racional e

eficiente dos recursos disponíveis, tanto humanos como físicos e financeiros e a garantia da competência profissional prestada aos doentes de forma a dar resposta a todas as suas necessidades (World Health Organization, 2006).

Segundo Pisco e Biscaia, *“a qualidade em saúde difere de acordo com as variáveis que assumem maior importância para cada indivíduo, seja ele doente, prestador de cuidados de saúde ou gestor. Estas três perspetivas, quando integradas, contemplam uma visão global da qualidade de um serviço e evitam conflitos de interesses e abordagens erradas de gestão e avaliação dos processos”* (Pisco, et al., 2001 p. 43).

Berwick, defende que a qualidade em saúde está assente em seis dimensões, nomeadamente: efetividade, eficiência, equidade, segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada no doente (Berwick, 2002) (Lage, et al., 2013).

A gestão da qualidade engloba um conjunto de atividades que determinam a política da qualidade, os objetivos e as responsabilidades, através do planeamento, controlo e melhoria no âmbito de um sistema da qualidade. Atualmente, utiliza-se o conceito de gestão da qualidade total. Este conceito centra-se na procura de maximizar a competitividade das organizações por meio de novas ferramentas e metodologias que ajudam à melhoria contínua dos seus processos e à prevenção de problemas, eliminando desta forma o custo de os corrigir (Mendes, 2012).

Para Menozo, o modelo de gestão da qualidade engloba os seguintes princípios: o enfoque no cliente; visão de futuro; liderança da gestão de topo; gestão com base em factos; melhoria contínua; criação de parcerias; participação e desenvolvimento dos colaboradores; ética; agilidade de resposta à mudança; orientação para os resultados e ação preventiva (Mezono, 2001).

No processo de prestação de cuidados de enfermagem são requeridos ao EE conhecimentos e habilidades de modo a desenvolver competências específicas. Segundo o Código Deontológico Artigo 97º, número 1, alínea a), o Enfermeiro deve *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 3). O EE,

para alcançar o mencionado anteriormente, deverá realizar uma reflexão da qualidade da sua prática clínica, aliando conhecimentos e tentando-se manter a par do que decorre na atualidade, acompanhando o estabelecido nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. O agir do EE deverá ser norteado por essa reflexão referida anteriormente. Faz parte dos deveres do enfermeiro traçar o seu percurso no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Em todos os locais de estágio, ocorreu uma valorização pela pesquisa científica com o intuito de assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Tanto no SU como na UCIP, existe um grupo de enfermeiros e médicos que são responsáveis por rever as normas/protocolos existentes no serviço, de modo a que estas estejam o mais atualizadas possível e para que a prestação de cuidados seja de excelência. Contudo, quando a equipa multidisciplinar se depara com alguma necessidade, existe a preocupação de elaborar uma norma/protocolo, de modo a combater essa mesma necessidade. Na Emergência Extra-Hospitalar, existem protocolos de atuação bem definidos e atualizados, de acordo com a evidência científica atual, que têm a função de servir de base à prestação de cuidados por estes profissionais.

A elaboração de normas/protocolos de atuação bem definidas e de acordo com a evidência atual, constituem o pilar das boas práticas de cuidados. Estas garantem uma prática segura e melhoram a prestação de cuidados, uma vez que existe uniformidade nos cuidados prestados pelos profissionais e proporcionam informação ao doente, no sentido de este saber o que deve esperar dos cuidados de saúde (Refletir sobre a Prática para melhorar a Qualidade dos Cuidados, 2017).

Por sua vez, essas normas/protocolos também são utilizadas como instrumento de avaliação dos profissionais e auditorias, uma vez que é fundamental avaliar a sua implementação e o impacto que têm na prestação dos cuidados. Estas auditorias são essências para identificar áreas que requerem uma intervenção de melhoria e, assim, desenvolver estratégias de correção. Para além disso, permitem o desenvolvimento de conhecimentos e competências por parte dos profissionais que foram auditados.

Em todos os locais de estágios são realizadas auditorias de controlo de infeção e auditorias dos registos de enfermagem. O SU, é um local onde a realização de auditorias ocorre trimestralmente e o resultado destas é apresentado na reunião de serviço seguinte. Nessa reunião, o auditor apresenta os resultados e identifica situações passíveis de melhoria. A UCIP, é um local em que as auditorias são realizadas frequentemente e o resultado destas é apresentado na reunião mensal do serviço. Na reunião, o auditor apresenta os resultados e as possíveis intervenções de melhoria para que deste modo haja uma mudança de atitude que se traduz em ganhos na prestação de cuidados. A Emergência Extra-Hospitalar, é um local em que as auditorias são realizadas anualmente por um membro da Delegação do Norte e a apresentação dos resultados é comunicada à enfermeira responsável pela base e enviada por e-mail à restante equipa. Cabe à enfermeira responsável sensibilizar os colegas para que adotem estratégias de correção de modo a melhorar a prestação de cuidados neste contexto.

Em todos os contextos, uma questão sobre a qual incidiu o foco da minha abordagem foram as Infeções Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). Segundo o referido pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgico, *“a IACS é uma situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017 p. 5). Sobre esta problemática, devemos mencionar a importância que o enfermeiro assume nas situações de prevenção de infeções porque somos possíveis transmissores e causadores das mesmas. Uma vez que somos possíveis causadores e transmissores desta problemática, O EE tem um papel fulcral e deve prestar cuidados de modo a prevenir e controlar focos de infeção. Cabe a nós optar por meios que induzam às boas práticas na prestação de cuidados.

O SU, era um local que geralmente se encontrava sobrelotado e, por isso, era propício à ocorrência de IACS. Os profissionais deste serviço não realizavam uma correta higiene das mãos e alguns procedimentos não eram realizados de acordo com as normas da DGS. Por verificar que a técnica do cateterismo vesical não era

realizada corretamente, decidi, em conjunto com a minha orientadora, intervir nesta problemática. Realizei um trabalho sobre o cateterismo vesical e fiz formação à equipa para sensibilizar os enfermeiros sobre esta problemática. Através desta formação, consegui mudar atitudes e a taxa de incidência de Infeções Trato Urinário diminui.

Na UCIP, pude verificar que ainda ocorrem algumas situações de Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Esta é definida pela Direção Geral de Saúde (DGS) como *“uma pneumonia que ocorre em 48-72 horas após uma entubação endotraqueal ou traqueostomia”* (Direção Geral da Saúde, 2017 p. 5).

Por vezes, a equipa multidisciplinar não tinha o cuidado de avaliar diariamente a sedação do doente, estando este sujeito a mais tempo de sedação do que seria idealizado. Para além disso, nem todos os enfermeiros avaliavam a pressão do cuff do tubo endotraqueal, apesar de existir um aparelho de medição no serviço. Estas duas práticas estão associadas a uma ocorrência de PAI. Assim, para que ocorra uma diminuição da PAI, a DGS elaborou um Feixe de Intervenções de Prevenção. Esse documento refere que devemos: 1) rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico (Categoria IA); 2) discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico (Categoria IA); 3) manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico (Categoria IIbA); 4) realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico (Categoria IIA); 5) manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionais (Categoria IA); e 6) manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (Categoria IIC) (Direção Geral da Saúde, 2017).

Neste contexto de estágio direcionei uma especial atenção para este feixe de intervenções, para que ocorresse uma diminuição da PAI na UCIP. Para que isso fosse possível, durante uma passagem de turno, apresentei este documento da

DGS à equipa de modo a sensibilizá-la para esta problemática. Pude constatar que a partir dessa partilha a equipa começou a adotar um novo comportamento face esta temática.

Na Emergência Extra-Hospitalar, verifiquei que os profissionais nem sempre usam o equipamento de proteção individual (EPI) que está preconizado neste contexto de pandemia pelo vírus SARS-CoV2. A DGS refere que se deve utilizar o seguinte EPI: fato integral ou bata – com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho; máscara FFP2; proteção ocular – óculos ou viseira (de abertura inferior); luvas – descartáveis não esterilizadas; cobre-botas; cogula e touca (Direção Geral da Saúde, 2020).

As orientações da Emergência Extra-Hospitalar, face esta problemática, era a obrigatoriedade do uso de EPI sempre que se tratasse de uma vítima suspeita ou, então, que apresentasse alguma sintomatologia (dispneia, febre, entre outras). Contudo, em muitas ativações por dispneia ou em que havia suspeita de a vítima estar contaminada, os profissionais usavam apenas a máscara FFP2 e as luvas, descartando o uso do restante equipamento. Apesar de serem alertados pelo CODU e de terem na ambulância todo o EPI necessário, não o usavam e colocavam em causa a sua proteção, como consequência, existia um risco elevado de IACS. Quando questionados por mim sobre o porquê da não utilização, referiam que achavam que não seria necessário, pois bastava uso da máscara para estarem protegidos.

Ao longo do meu estágio, tentei direcionar a minha prática para combater esta problemática. Apresentei à equipa as orientações da DGS, partilhamos conhecimento e refletimos sobre esta problemática. Consegui observar uma mudança de comportamentos numa grande parte dos profissionais. Contudo, alguns continuaram a realizar a sua prática do mesmo modo.

O EE em Médico-Cirúrgica deve estar sensibilizado para esta temática das IACS e o seu papel dentro da equipa multidisciplinar deve ser ativo, identificando comportamentos que carecem de mudanças de atitude face esta problemática, mudanças essas que devem ter como base a evidência científica, para que deste modo a prestação de cuidados seja de qualidade. A par disso, deve conceber e

liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Diário da República, 2018). Este desempenha um papel essencial no campo da prevenção e controlo da infeção hospitalar pois, através do cumprimento de algumas normas, como: a distribuição e alocação de doentes, a higiene das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual e o respeito pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, esta a adotar medidas fundamentais e recomendáveis para uma melhoria dos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde, 2013).

No seu domínio de atuação, o EE em Médico-Cirúrgica desempenha um papel de grande responsabilidade na prevenção e controlo das infeções, contudo existem atividades que são interdependentes. Cabe aos órgãos de gestão o dever de assegurar o cumprimento das políticas definidas pelas comissões de controlo de infeção, identificar os recursos humanos e estruturais adequados, monitorizar as infeções e criar estratégias para a sua prevenção.

O EE em Médico-Cirúrgica concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e/ou famílias alvos dos seus cuidados. Este, tem em vista a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Para além disso, cuida da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica através da mobilização de conhecimentos de forma a responder em tempo útil e de modo holístico (Diário da República, 2018).

Em todos os locais de estágio foi possível verificar que as equipas multidisciplinares exerciam os seus cuidados com espírito de entreajuda e cooperação, onde o centro da sua ação era o doente. Este era visto de um modo holístico e merecedor de cuidados de qualidade por parte de toda a equipa. Assim, todos os elementos prestavam cuidados diferenciados fornecendo ao doente a excelência no cuidar.

2.3 Domínio da gestão dos cuidados

Para a aquisição de competências neste domínio, estabeleci como objetivo específico compreender e participar no processo de gestão do serviço, relativamente a recursos humanos e materiais. Assim, ao longo dos vários locais de estágio demonstrei conhecimentos sobre a gestão de cuidados, recursos humanos e materiais e participei em atividades de gestão de recursos de materiais e de cuidados (Diário da República, 2018).

A gestão é essencial para o sucesso de qualquer organização e a saúde não é exceção. Cada vez mais, existem novas tecnologias médicas, novas técnicas de intervenção, novas necessidades da população e, tudo isto, provoca um aumento dos custos em saúde. Assim, é necessário o papel do gestor para controlar todos estes custos e gerir o processo de cuidados (Potra, 2015).

O conceito de gestão pode ser considerado uma arte, uma ciência, uma profissão ou um processo (Parreira, 2005). Para Reis, a gestão abrange várias destas perspetivas, pois consiste na *“utilização de modo eficiente e tendo em vista a realização dos objetivos de uma organização, dos recursos (humanos e materiais) disponíveis ou angariáveis e desenvolve-se através de um processo que abrange o exercício de determinadas funções, suportadas por um conjunto diversificado de comportamentos que integram o papel dos gestores”* (Reis, 2007 p. 58).

Cada vez mais se ouve falar em gerir organizações de saúde, os seus recursos humanos e materiais, de forma a torná-los eficientes. No entanto, a gestão de cuidados em enfermagem não se centra apenas nisso, sendo muito mais abrangente. Centra-se na gestão da saúde e doença, na gestão de risco, na gestão de casos, na gestão de medicamentos, na gestão de altas e na gestão dos cuidados (25).

A gestão de cuidados é uma função do enfermeiro especialista. É planeada e efetuada com base na averiguação e avaliação de cuidados de enfermagem, numa atuação de mobilização de conhecimentos do próprio enfermeiro especialista, onde se inclui o arrecadar de outros tantos e diversos saberes e a progressão do seu desenvolvimento pessoal e profissional. Para se fazer uma correta avaliação dos cuidados de saúde efetua-se um balanço entre os ganhos em saúde arrecadados

e os recursos utilizados na obtenção dos mesmos. Da atuação ativa do enfermeiro especialista, na gestão de cuidados, espera-se que este saiba canalizar adequadamente os recursos (materiais e humanos) que tem na sua disposição, face às necessidades emergentes. À adequação dos meios e recursos às situações terá de se juntar uma outra capacidade, a opção por uma modalidade de liderança adequada às exigências que incorrem (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Os cuidados de enfermagem são avaliados quer pelos ganhos em saúde, quer pelos recursos utilizados para os obter. Assim, a gestão efetuada pelo EE é de extrema importância para manter um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Foram algumas as situações em que, em contexto prático, percebi a importância de uma intervenção de atitude de liderança do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, em que é exigido ao EE a capacidade de delegar funções, coordenar esforços, e efetuar a supervisão da execução das tarefas por ele delegadas.

Em todos os locais de estágio, tive a possibilidade de acompanhar o enfermeiro que exerce funções de gestão, supervisão e prestação de cuidados. Geralmente, o enfermeiro responsável de turno é o EE em Médico-Cirúrgica e a este compete gerir o serviço da forma mais adequada e tomar as decisões mais corretas para cada situação solicitada. Todas as decisões tomadas por ele devem ser respeitadas pelos restantes elementos da equipa, apesar da necessidade de saber escutar os restantes elementos para manter a união e o bom funcionamento da equipa.

No SU, os enfermeiros prestam cuidados através do modo tarefa, ou seja, a tarefa surge no SClínico (e.g. administração de terapêutica, flebotomia, algaliação...) e o enfermeiro realiza-a e posteriormente regista-a no programa. Ao prestarmos este tipo de cuidados estamos a descorar o doente, e, conseqüentemente, a humanização dos cuidados, e estamos a desvalorizar a enfermagem enquanto profissão. Para além disso, não elaboramos um plano de cuidado para o doente nem promovemos a continuação de cuidados que reside na excelência do cuidar (Costa, 2004).

Neste contexto, o enfermeiro chefe desenvolve diariamente um conjunto de atividades, nomeadamente: elaborar o plano de trabalho e a distribuição dos

enfermeiros pelas diferentes áreas, procede aos pedidos de reparações de equipamentos ou aquisição de material clínico necessário ao normal funcionamento do serviço, realiza o horário do mês seguinte ou procede às atualizações das trocas e participar em reuniões de vários grupos de trabalho ou comissões de enfermagem. Para além destas atividades, desempenha funções de implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, gere o serviço e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos doentes, garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, e garante a prática baseada na evidência científica. Ao longo do meu estágio, foime possível participar nos pedidos de reparação e aquisição de material clínico, observei a elaboração do horário e participei na distribuição dos colegas pelas diferentes áreas médicas. Para além disso, participei na realização diária da *check-list* da sala de emergência e da testagem de todos os equipamentos pelo EE Médico-Cirúrgica. A *check-list* representa um documento inerente à qualidade do serviço, que depois de verificada é registada informaticamente no SClinico, podendo mais tarde ser alvo de auditoria. A sala de emergência encontra-se metodicamente organizada de maneira a suprir todos as perdas de tempo no atendimento ao doente e todos os materiais encontra-se de forma acessível.

Na UCIP, todos os enfermeiros prestam cuidados de acordo com o método individual, sendo que cada um é responsável pelo seu doente e por todo o processo de cuidados que lhe esta subjacente. Este é um método que exige responsabilidade e conhecimento, garante a continuidade e qualidade nos cuidados prestados, aumentando a satisfação do doente e do profissional.

Neste contexto, o trabalho da enfermeira gestora consiste na elaboração do horário de enfermagem, na distribuição dos diferentes elementos por turno (quer dos enfermeiros, quer dos assistentes operacionais), a resolução de problemas dentro da equipa multidisciplinar, o pedido de recursos materiais (“stock” de material e de fármacos), o pedido de arranjo dos equipamentos avariados, o pedido de equipamentos para o funcionamento do serviço e a gestão da mobilização dos doentes entre as diferentes unidades e o internamento. Para além disso, garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera e garante a prática dos cuidados baseada na evidência científica.

Na UCIP pude observar a enfermeira chefe a elaborar o horário. Esta é uma tarefa que requer algum tempo e exige conhecimento específico sobre a regulação laboral da carreira de enfermagem. Adicionalmente, observei e requeri material para o serviço, informaticamente, através do sistema glintt.

Neste contexto, utiliza-se a escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, designada por Nursing Activities Score (NAS). Este instrumento, tem o intuito de gerir os custos e os recursos humanos, de modo a classificar e calcular o tempo necessário para os cuidados de enfermagem prestados ao doente. Posteriormente, esse tempo reflete o número de enfermeiros por turno (Nunes, 2011). A aplicação desta escala na UCIP é muito importante para justificar o rácio enfermeiro-doente, uma vez que o excesso da carga de trabalho pode interferir com a qualidade do serviço prestado ao doente. Assim, diariamente é realizada a aplicação do NAS no fim do turno da noite, sendo que o seu primeiro registo só é efetuado após 24h da admissão do doente.

Na Emergência Extra-Hospitalar, a base de prestação de cuidados assenta também no método individual. A cada ativação, o enfermeiro e o TAE são responsáveis pela vítima e por todo o processo de cuidados que lhe está subjacente. Quando ocorre uma ativação para um local com várias vítimas, cabe ao enfermeiro realizar a triagem das vítimas, pedir mais meios caso seja necessário e prestar cuidados por ordem de prioridades.

Neste contexto, existem dois enfermeiros gestores: o enfermeiro chefe do SU em que a SIV está inserida e a enfermeira responsável pela SIV. O enfermeiro chefe do SU é responsável pela elaboração do horário de enfermagem, pela gestão do desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera e por garantir a prática dos cuidados baseada na evidência científica. A enfermeira responsável pela SIV organiza toda a documentação que tem de ser enviada mensalmente para a delegação (e.g., registos das saídas, número de ativações, quilómetros realizados pela ambulância), é responsável por manter a base organizada, por pedir os equipamentos necessários para o funcionamento da ambulância e por gerir a resolução de problemas dentro da equipa multidisciplinar.

Na Emergência Extra-Hospitalar pude participar na realização da check-list da mala de trauma, da mala da via aérea e da ambulância. Tanto as malas como a ambulância encontram-se bem organizadas para que o acesso seja rápido e assim minimizar as perdas de tempo no atendimento ao doente. Estas tarefas são realizadas diariamente no turno da manhã. Para além disso, colaborei no pedido de material consumível e no pedido dos fármacos.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para a realização de competências neste domínio, estabeleci quatro objetivos específicos. O primeiro era promover e participar na formação em serviço, para isso, identifiquei as necessidades formativas em cada contexto de estágio e realizei formação em serviço sobre essas mesmas necessidades. O segundo consistia em integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados nas unidades de estágio, assim, ao longo da minha prática proporcionei um ambiente de trabalho adequado na equipa multidisciplinar; adotei uma metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados recorrendo a conhecimentos que tinham sido adquiridos quer da formação inicial quer da formação graduada. O terceiro abrangia desenvolver competências comunicacionais no relacionamento com os profissionais de saúde, doente e familiares, para o alcançar evidenciei conhecimentos sobre técnicas de comunicação com o doente e família e tentei desenvolver técnicas de comunicação com o doente crítico. O quarto compreendia demonstrar capacidade de reação perante situações inesperadas e complexas, para isso, ao longo da minha prática abordei questões complexas que incluíam resultados de investigação e demonstrei capacidade de reação face situações imprevistas e complexas (Diário da República, 2018).

A formação em serviço é uma área obrigatória e indispensável em todas as instituições de saúde e tem como objetivo a melhoria dos conhecimentos e das competências dos profissionais de saúde para que estes atinjam a excelência no cuidar.

A formação permanente e a atualização contínua dos conhecimentos são um dever dos enfermeiros, assim como, a análise regular do trabalho efetuado, e o

reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Collière (2000), afirma que *“a formação desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes, indispensáveis para uma prática autónoma e responsável.”* (Collière , 2000 p. 201). É através da formação que o EE desenvolve competências científicas, relacionais, éticas e técnicas, a par disso realiza uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas na prática profissional, fazem dele uma mais-valia para a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Em todos os locais de estágio, a formação em serviço é uma prática presente e essencial para promover a evidência científica nas dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem. O plano de formação é instituído para o biénio e os assuntos de formação são sugeridos pelos enfermeiros, pela enfermeira chefe e pela instituição.

Infelizmente, devido ao contexto de pandemia em que nos encontramos inseridos, não tive possibilidade de assistir a nenhuma formação, uma vez que estas foram todas desmarcadas.

Ao longo do meu estágio fui identificando situações que careciam de formação em serviço e, como tal, tentei dar resposta a essas situações através da partilha de evidência científica ou através do desenvolvimento de trabalhos.

No SU, como já referido anteriormente, identifiquei lacunas ao nível da técnica de cateterismo vesical. Por isso, realizei formação à equipa no sentido de sensibilizar os colegas sobre esta problemática para que futuramente a incidência de Infecções do trato urinário fosse menor (ver apêndice I).

Na UCIP, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma doente com o vírus SARS-CoV2 e que foi sujeita a Oxigenação por Membrana Extracorporal. Esta era uma técnica terapêutica de resgate utilizada em última estância nos doentes com o vírus. Como era uma técnica em que eu e a restante equipa não estávamos muito

familiarizados, considere que seria importante desenvolver um estudo de caso sobre este doente.

O meu estudo de caso centrava-se no plano de cuidados prestados à doente, no vírus SARS-CoV2, no benefício do decúbito dorsal e na técnica de oxigenação por membrana extracorporal. Este documento teve como objetivos aplicar os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, bem como realizar uma pesquisa sobre a prática de cuidados de enfermagem, de forma a identificar problemas e necessidades do doente e adquirir novos conhecimentos e novas competências nesta área do doente crítico (ver apêndice II).

O delirium é comum nos doentes críticos internados na UCIP e está relacionado com o facto de os doentes apresentarem uma idade mais avançada e o uso de sedativos/analgésicos. De modo a sensibilizar a equipa face a esta problemática, elaborei um Artigo de Revisão da Literatura, intitulado de: Intervenções de enfermagem, em doentes com delirium, nas Unidades de Cuidados Intensivos. Este artigo teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem em doentes com delirium nas Unidades de Cuidados Intensivos e poderá ser consultado no apêndice III.

Na Emergência Extra-Hospitalar, detetei que existia uma lacuna no plano de formação relativamente às drogas vasoativas e foi-me solicitado que realizasse um trabalho de modo a colmatar este défice. Embora esta temática não seja aplicada em contexto SIV, considero que este trabalho foi importante para o meu desenvolvimento de conhecimentos. Este documento poderá ser consultado no apêndice IV.

A elaboração destes documentos foi importante para o desenvolvimento de novas competências e novos conhecimentos. Para além disso, foi importante partilhá-lo com toda a equipa de cuidados de forma a contribuir para que estes aumentassem o seu conhecimento e as suas competências e sensibilizá-los para estas temáticas.

O Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, deve ter sempre presente na sua prática a evidência científica atual, sendo a formação em serviço uma mais valia para manter o seu conhecimento atualizado.

Quando iniciei os estágios deparei-me com uma nova equipa, um novo serviço e uma nova realidade, o que exigiu uma readaptação a esta nova dinâmica. Contudo, fui bem acolhida pela equipa enquanto novo elemento, sendo que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Quer no SU quer na UCIP, foi-me fornecido um manual de integração com vista a informar-me sobre as políticas e procedimentos em vigor na instituição, familiarizar-me com os objetivos e programas existentes e definir o que seria esperado do estagiário naquele contexto.

Em todos os locais de estágio, durante a primeira semana, consultei todos os manuais de procedimentos, programas de controlo de infeção e de qualidade, para assim compreender toda a dinâmica funcional e organizacional, todos os padrões de qualidade e todos os objetivos do serviço.

Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica exigem uma observação, colheita e procura continua de dados, de forma sistémica com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa, prever e detetar precocemente as complicações e assegurar intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Para concretizar esses cuidados, foi necessário mobilizar diversos conhecimentos provenientes da área de MEEMC, bem como da formação inicial.

Como referi, tive necessidade de mobilizar conhecimentos específicos nos cuidados ao doente crítico, entre as quais, prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva e não invasiva, a avaliação da dor, agitação, delírio e monitorização do doente crítico, contribuindo assim para um desenvolvimento de competências técnicas, científicas e para uma prestação de cuidados mais autónomos.

Da UCIP, tenho a evidenciar a humanização, a relação humana, o toque terapêutico, o diálogo e todo o cuidado dedicado ao doente e sua família. São estes pequenos detalhes que evidenciam a nossa profissão e o nosso cuidar.

De uma forma gradual, considero ter conseguido trabalhar em equipa multidisciplinar, principalmente com a equipa de enfermagem, no sentido de atingir a estabilidade hemodinâmica do doente crítico. Sem desrespeitar as competências

de outros grupos profissionais, fiz por manter um ambiente agradável e de cooperação.

Segundo Corbani e colaboradores, a humanização em enfermagem é” *falar de seu instrumento de trabalho: o cuidado, que se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada, apoiando o cuidado numa relação inter-humana. Assim, cuidar é usar da própria humanidade para assistir a do outro - como ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente, que com seu espírito intui e comunga. Falamos, portanto, de seres pensantes, dotados de dignidade, a ser cuidados em sua totalidade. A recíproca é verdadeira, quando o outro em sua humanidade cuida da minha. Logo, o cuidado está apoiado numa relação inter-humana.*” (Corbani, et al., 2009 p. 2).

A prática de enfermagem de Emergência Extra-Hospitalar é fulcral para assegurar o suporte essencial à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situações de doença súbita, trauma, crise ou catástrofe, até a unidade de saúde de referência, assegurando assim a continuidade de cuidados. (Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, 2020).

Ao longo do meu estágio neste contexto tive a possibilidade de participar ativamente nos cuidados das vítimas. À chegada ao local, verificava se existiam condições de segurança para a prestação de cuidados. De seguida, colaborava na avaliação da vítima segundo o método ABCDE e, por fim, auxiliava na sua estabilização e nos cuidados que fossem necessários. Uma grande parte das vezes, as informações revelantes que designamos de CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última refeição) e a passagem de dados para o CODU foram realizadas por mim. Para além disso, também tive a oportunidade de colaborar na monitorização e estabilização das vítimas e de colaborar com a equipa na extração e imobilização das vítimas de trauma.

Da Emergência Extra-Hospitalar, tenho a enaltecer o respeito pela dignidade humana, o respeito pela privacidade e todo o apoio prestado às vítimas e aos seus familiares.

A dinamização da resposta a situações críticas ou de emergência e a maximização da intervenção na prevenção da infeção em pessoa em estado crítico, são

procedimentos essenciais e comuns à formação de um enfermeiro especialista. Os conhecimentos teóricos em complementaridade com conhecimentos práticos, com as experiências pessoais e profissionais levam a uma prestação de cuidados consciente e autónoma.

Para Mourão e colaboradores, *“o ato de comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros. O primeiro fator que o enfermeiro julga importante para conseguir praticar a teoria da humanização é a comunicação, realizando-a adequadamente, o enfermeiro conseguirá agir de maneira humanizada. A comunicação que mais interessa aos pacientes é aquela que está relacionada aos cuidados de saúde, realizada com carinho e atenção, ou seja, a um atendimento humanizado e interpessoal.”* (Mourão, et al., 2009 p. 139).

A comunicação é o pilar sobre o qual prevalece o agir do enfermeiro. Está na comunicação o segredo para a obtenção de um serviço de excelência que irá ter reflexos na qualidade dos serviços prestados.

Quer no SU quer na UCIP, a comunicação entre o enfermeiro e doente deve ser direta, assertiva e clara. O doente tem de ser visto de forma global e isso implica integrar os seus familiares.

No SU, a comunicação com os doentes e os familiares é essencial na prestação de cuidados. Muitas vezes, os enfermeiros são culpabilizados sobre o tempo de espera para serem atendidos. O enfermeiro, por meio de uma comunicação firme, terá de mediar e esclarecer estes conflitos quando questionados pelos doentes. A importância da comunicação estabelecida entre enfermeiro e doente neste momento assume maior relevo porque estabelecem o primeiro contacto que será essencial quer naquela fase de recolha de dados e determinação da situação clínica, bem como terá reflexos nas fases subsequentes em que uma boa comunicação entre as partes continuará a assumir um papel muito importante. Ao longo do meu estágio, mantive uma comunicação assertiva e clara para com os doentes e familiares.

Na UCIP, devido à pandemia em que nos encontramos, a comunicação e o contacto com a família do doente foi reduzida. No entanto, dentro das atividades que desenvolvi, tentei ao máximo incrementar e despoletar a comunicação. De

forma ampla, recorri a técnicas de comunicação no relacionamento entre doente e família, adaptadas ao estado de saúde do doente, tentando quebrar barreiras à comunicação impostas muitas vezes pela agitação ou pela ausência de comunicação verbal do mesmo. Abordei a família para obtenção de técnicas de recuperação, comuniquei com o doente e família de forma apropriada, utilizando uma linguagem clara, simples e adequada.

Os moldes em que se estabelece a comunicação é um bom indicador acerca da qualidade os cuidados a serem prestados e influencia o nível de satisfação dos doentes na unidade. Uma boa comunicação contribui de maneira significativa para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e empatia entre o enfermeiro e doente/família. A eficácia e assertividade na comunicação é transversal a todo e qualquer enfermeiro.

Na Emergência Extra-Hospitalar, existe a necessidade de intervir rápida e eficazmente, para estabilização das funções vitais. Assim, a comunicação com a vítima é fulcral para percebermos as circunstâncias da situação, tornando assim, a comunicação com a família um segundo plano.

Ao longo da minha prática neste contexto, tentei sempre manter uma comunicação assertiva com as vítimas e os seus familiares. Sempre que abordava a vítima, explicava tudo o que iria fazer para minimizar os medos e as incertezas a que estão sujeitos. Mantive-me sempre disponível para esclarecer questões colocadas pelas vítimas e pelas suas famílias.

A comunicação de más notícias é uma realidade muito presente neste contexto. Estas são difíceis e complexas, uma vez que despoletam sentimentos e emoções por parte das pessoas que as recebem.

A evidência científica refere que, para a comunicação destas notícias, deve existir uma preparação prévia. Esta deve ser dada num ambiente de confiança e deve-se encorajar a família a expressar as suas emoções (Pereira, 2008). No entanto, nem sempre é o que acontece neste contexto. Por isso, o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica desempenha um papel fulcral no processo de comunicação da morte e no início do processo de luto, que se pode caracterizar pelo choque e pela negação.

É dos benefícios de uma boa comunicação que se recolhe e compreende as características, necessidades e problemas que envolvem o doente e a sua família e isso permitirá otimizar os meios de ajuda e de cuidados prestados. Será através de uma boa comunicação que se irá escrutinar o que se passa com os outros, os seus sentimentos, necessidades, de forma a poder ajudar em direção à recuperação.

Desta forma, a comunicação revela-se um ponto positivo que atravessa a interação Enfermeiro/Doente e onde se torna terapêutico. O Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica deve promover o bem-estar, tanto para doentes quanto para familiares. Assim sendo, deve perceber a importância do relacionamento, da presença, da comunicação, da disponibilidade de forma efetiva e com qualidade no sentido de se envolver de forma comprometida com os cuidados humanos, aliados à habilidade técnico-científica, com vista a resultados mais positivos no processo de humanização de cuidados.

Tanto o SU como a UCIP são serviços onde a capacidade de reação perante situações complexas é necessária diariamente. Como são locais com doentes críticos, a qualquer momento, um ou mais doentes podem descompensar e ser necessária a rápida identificação e intervenção por parte do enfermeiro.

No SU observei uma situação na sala de emergência que me marcou enquanto pessoa e profissional. Era uma vítima, do sexo masculino, 62 anos que foi admitida na sala com um Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico. Durante a prestação de cuidados a este doente, tive a oportunidade de colaborar na monitorização do doente, na colocação dos cateteres venosos periféricos, na algaliação, na flebotomia, na preparação da terapêutica e no transporte do doente para a realização de exames imagiológicos. Após a realização de exames, foi decidido pela equipa médica que não restavam opções de tratamento e foi comunicado à família do doente.

Uma situação observada na UCIP foi o transporte intra-hospitalar de um doente para a realização de um exame de imagem. Toda a logística do transporte de um doente ventilado é complexa, englobando três fases: a preparatória, a de transferência e a de estabilização pós-transporte. A fase preparatória consiste em

avaliar a condição atual do doente e promover a melhor estabilização cardiorrespiratória, certificarmo-nos de que a radiologia está a aguardar a chegada do doente, preparar a bala de oxigénio, o ventilador mecânico portátil, o aparelho de monitorização hemodinâmica portátil, as seringas perfusoras, as drogas de administração e a mala de transporte (onde existe todo o material necessário para a via aérea, material de punção, material de entubação, basta variedade de fármacos e outras matérias necessários) e verificar se o médico e o auxiliar se encontram disponíveis para efetuarem o transporte. Na fase de transferência devemos manter a estabilidade de todas as funções vitais do doente através da monitorização contínua e da prevenção de intercorrências com os equipamentos. Por último, na fase de estabilização pós transporte verificamos a manutenção dos sinais vitais dentro da normalidade, já na Unidade (Transporte Intra-Hospitalar do Paciente Crítico, 2007).

Além da logística necessária durante o transporte, numa das situações clínicas observei uma PCR durante a realização do exame de imagem. De imediato foram iniciadas manobras de SAV, com reversão do quadro clínico e retoma do doente para a Unidade, com implementação de medidas pós reanimação.

Na Emergência Extra-Hospitalar todas as saídas são uma incógnita. Só quando chegamos ao local da ativação é que nos apercebemos da verdadeira situação clínica do doente.

Neste contexto, observei doentes com quadros clínicos médicos, no adulto e na criança (e.g., PCR, alteração de estado de consciência, dor torácica, dispneia e convulsão) e com quadro clínico cirúrgico, nomeadamente doentes politraumatizados (e.g., vítimas de acidentes de viação, de queda em altura, traumatismos múltiplos por arma branca) e queimados.

Das várias situações presenciadas, saliento o caso clínico de uma vítima de explosão, o qual me marcou pessoalmente pelo dano corporal. Tratava-se de um doente do sexo masculino, com 40 anos, marceneiro, que enquanto trabalhava explodiu uma caldeira de serrim. O doente ficou com queimaduras do 2º grau profundo e 3º grau, a nível da face, couro cabeludo e tronco, totalizando cerca de 18% da superfície corporal. Tive a oportunidade de colaborar com a equipa da

VMER na abordagem à vítima, com colocação de cateteres venosos periféricos, limpeza das feridas e administração de analgesia e fluidoterapia. Além da parte clínica, a comunicação e o apoio emocional da vítima são fatores importantes na prestação de cuidados.

Conclusão

O EE em Médico-Cirúrgica assume um papel fundamental na prestação de cuidados, baseando a prática clínica na evidência científica. A melhoria da qualidade e a excelência de cuidados prestados na saúde advêm das competências que desenvolveu nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

Diariamente o EE depara-se com novas experiências, adquire novos conhecimentos e supera os desafios apresentados, melhorando a sua prática clínica e tornando-a de excelência. A par do desenvolvimento profissional está o desenvolvimento pessoal, o qual melhora as capacidades humanas de comunicação e de compreensão, melhorando conseqüentemente o desempenho na prestação de cuidados aos doentes.

Este relatório veio dar resposta a um processo avaliativo, onde são destacadas as competências adquiridas na área da EEMC, bem como o percurso de aprendizagem, as atividades desenvolvidas e as principais dificuldades.

Ao exercer a sua prática, o EE em Médico-Cirúrgica presta cuidados de elevada complexidade que se regem pela prestação e assistência de enfermagem holística ao doente. Assim, articula o processo reflexivo, a mobilização de conhecimentos técnico-científicos e a aquisição de competências. Competências essas que são científicas, humanas, comunicacionais, de liderança e relacionais, no sentido de obter uma resposta à necessidade do doente em tempo útil e que englobe a totalidade das suas dimensões.

Durante o contexto de prática clínica, foram estabelecidos objetivos de aprendizagem, desenvolvidas atividades através da identificação das necessidades

e exigências de cada local de estágio e adquiridas competências. A prestação de cuidados de um modo holístico e a comunicação com o doente/família em estado crítico são alguns dos comportamentos a adotar para traçarmos um percurso sobre o ponto de vista da melhoria da qualidade e no cumprimento de boas práticas.

Os estágios são locais onde nos deparamos com inúmeras oportunidades de ensino. Decorrem em serviços organizados, com protocolos e normas de atuação bem definidos e onde existe uma constante preocupação na atualização dos conhecimentos.

Em todos os locais, a equipa multidisciplinar mostrou-se recetiva à minha presença, auxiliando-me no processo de aquisição de competências e de aprendizagens. Destaco o meu orientador e os meus tutores, pois sempre se mostraram disponíveis para esclarecer dúvidas, debater assuntos pertinentes do quotidiano, que considerássemos importantes, e confrontar conhecimentos, auxiliando na construção do meu percurso enquanto futura especialista.

Os diferentes locais de estágio permitiram evidenciar que o EE em Médico-Cirúrgica adquire na medida em que lhe é exigido um conjunto múltiplo de saberes desempenhados muitas vezes num ambiente de enorme imprevisibilidade e em contextos que exigem uma grande capacidade de observação e de análise. Assim, os cuidados a doentes em situação crítica implicam a combinação de vários domínios, a capacidade de responder eficazmente às necessidades dos mesmos na prestação de cuidados e a capacidade de comunicar eficientemente quer com o doente quer com a equipa multidisciplinar.

Após a realização do período de estágio encontro-me mais habilitada para reagir perante situações complexas e inesperadas, adotando metodologias eficazes, conduzindo de forma mais autónoma a tomada de decisão e mantendo uma boa comunicação com o doente e o seu núcleo familiar.

A exploração dos objetivos aos quais me propus a concretizar permitiu-me refletir e observar experiências a transpor para as minhas condutas futuras na prestação de cuidados à pessoa em estado crítico. Os estágios foram locais ricos de experiências, de onde emergiram muitas dúvidas, de onde surgiram muitas reflexões, onde encontrei muitas respostas e confrontei conhecimentos. A nível

peçoal, foi visível o meu crescimento enquanto profissional de saúde e enquanto pessoa, pois permitiu-me perspetivar o doente em estado crítico sobre o olhar de um EE. Assim, o estágio permitiu-me adquirir/desenvolver competências nesta área do doente crítico e aperfeiçoar capacidades humanas, de modo a obter um melhor desempenho profissional e pessoal.

Uma das dificuldades encontradas durante o estágio foi a sua realização em tempos de pandemia. De modo a reduzir a contaminação da infeção por SARS CoV-2 uma das medidas de contingência do Hospital foi a suspensão das visitas aos doentes internados, o que limitou a aprendizagem a nível da interação e comunicação com os familiares. Além disso, com o avançar do número de infeções pelo COVID-19 foram muitos os profissionais atingidos, nomeadamente no meu serviço, aumentando a minha carga laboral semanal. O aumento do número de horas de trabalho, aliado à incerteza sobre a continuação ou não do estágio foram fatores negativos deste período, que não permitiram um aproveitamento pleno do mesmo.

A interrupção do estágio, derivada da minha própria infeção pelo SARS CoV-2, foi outro ponto negativo, necessitando de uma nova readaptação ao serviço Extra-Hospitalar. O período de recuperação da infeção foi longo, limitando-me física e mentalmente durante a última parte do estágio.

Considero que de um modo geral atingi os objetivos inicialmente definidos e por isso, julgo-me capaz de prestar cuidados especializados na área de EEMC. Assim, adquiri competências no processo de tomada de decisão, com base na reflexão crítica e no juízo clínico, competências na fundamentação dos cuidados com base na evidência científica e competências no sentido de assumir uma função distinta no cuidar.

Todo este percurso foi, sem dúvida, uma experiência interessante, exigente, desafiadora e trabalhosa, mas acima de tudo, uma experiência enriquecedora. A longo prazo, pretendo continuar a dar visibilidade à enfermagem enquanto profissão e disciplina, participando em projetos de investigação no serviço e publicando artigos para a divulgação dos resultados.

Referências Bibliográficas

Benito, Gladys e Vélez, Amelia. 2012. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. 2012, Vol. 65, 1, pp. 172-178.

Berwick, Donald. 2002. *A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report.* s.l. : Health Affairs, 2002. pp. 80-90. 1544-5208.

Bessa, Marta. 2013. A densificação dos princípios da bioética em Portugal Estudo de caso: a atuação do CNECV. Porto : s.n., 2013, pp. 19-60.

Collière , Marie Françoise. 2000. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa : Lidel, 2000. pp. 201-388. 9789727571093.

Corbani, Nilza, Brêtas, Ana e Matheus, Maria. 2009. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? 2009, Vol. 62, pp. 2-6.

Costa, José Santos. 2004. *Métodos de Prestação de Cuidados.* Viseu : s.n., 2004. pp. 1-18.

Diário da República. 1966. Código Civil: Decreto-Lei n.º 47344. *Diário da República Eletrónico.* [Online] 1966. [Citação: 10 de 04 de 2021.] <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/123928118/202008292026/73747178/diploma/indice>.

—. Declaração Universal dos Direitos do Homem. *DRE.* [Online] [Citação: 01 de 03 de 2021.] <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

—. **2002.** Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da República Eletrónico.* [Online] 03 de 06 de 2002. [Citação: 06 de 05 de 2021.] <https://dre.pt/pesquisa/-/search/252420/details/maximized>.

—. **1996.** Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros. 1996, pp. 3-6.

—. **2019.** *Regulamento n.º 140/2019 - Competências Comuns do Enfermeiros Especialista.* 2019. pp. 1-7.

Dias, José. 2004. *Formadores: Que desempenho?* s.l. : Lusociência, 2004. pp. 58-200. 9789728383756.

Direção Geral da Saúde. 2017. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de *Pneumonia Associada à Intubação*. 2017. pp. 1-13.

—. **2013.** *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. 2013. pp. 3-26.

—. **2020.** *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Lisboa : s.n., 2020. pp. 4-24.

DNR A Decisão de Não Reanimar. Departamento de Medicina, UCI e Urgência, Hospital da Luz – Arrábida. 2020. 2, Vila Nova de Gaia : s.n., 2020, Pontos de Vista, Vol. 27, pp. 171-173. 10.24950.

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. 2020. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. [Online] 13 de 03 de 2020. [Citação: 25 de 02 de 2021.] <https://www.essnortecvp.pt/pt/cursos/emergencia-extra-hospitalar/>.

European Resuscitation Council. 2015. Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação. 2015, pp. 1-24.

Fernandes, Adalberto. 2012. *Reflexões e contributos para a reforma do sistema de saúde em Portugal*. Loures : Diário de Bordo, 2012.

INEM. [Online] <https://www.inem.pt/category/cidadãos/meios-de-emergencia/>.

Lage, Maria João e Sousa, Paulo. 2013. Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar? s.l. : Tecno Hospital, 2013, pp. 22-27.

Malta, Hélène, et al. 2015. A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. 2015, pp. 8-15.

—. **2018.** *Parecer N.º 15 / 2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. 2018.

Mendes, Vanessa. 2012. *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Lisboa : s.n., 2012. pp. 19-22.

Mezono, João Catarin. 2001. *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo : Manole, 2001. pp. 102-301.

- Ministério Público. 1997.** Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Astúrias : s.n., 1997, pp. 3-18.
- Mourão, Carla, et al. 2009.** Comunicação em Enfermagem: uma Revisão Bibliográfica. 2009, Vol. 10, pp. 139-145.
- Nunes, Lucília. 2011.** *Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade.* 2011. pp. 3-8. Vol. 3.
- Ordem dos Enfermeiros. 2015.** *Código Deontológico.* 2015. pp. 1-12.
- **2015.** *Código Deontológico.* 2015. pp. 3-12.
- **2007.** *Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem.* 2007. pp. 1-8.
- **2015.** *Deontologia Profissional de Enfermagem.* 2015. pp. 30-240.
- **2017.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.* Leiria : s.n., 2017. pp. 5-38.
- **2017.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.* Leiria : s.n., 2017. pp. 1-38.
- **2008.** Parecer CJ - 44/2008. 2008, pp. 2-2.
- **2017.** *Parecer Conjunto N° 01/2017.* 2017. pp. 1-3.
- Ordem dos Médicos. 2017.** *Documento Orientador para a Formação em Medicina Intensiva Pediátrica.* 2017. pp. 3-33.
- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.* **Ordem dos Enfermeiros. 2017.** Leiria : s.n., 2017, pp. 5-38.
- Parreira, Pedro. 2005.** *As organizações.* Coimbra : Formasau – Formação e saúde, Lda, 2005. pp. 57-366.
- Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço.* **Tojal, Ana Margarida. 2011.** Coimbra : s.n., 2011, pp. 17-159.
- Pereira, Maria. 2008.** *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto.* s.l. : Formasau, 2008. pp. 68-446. 9789728485924.
- Phaneuf, Margot. 2005.** *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* s.l. : Lusodidacta, 2005. pp. 30-668. 9789728383848.
- Pisco, Luís e Biscaia, José. 2001.** *Qualidade de cuidados de saúde primários.* 2001. pp. 43-51. 0870-9025.

Potra, Teresa. 2015. *Gestão de Cuidados de Enfermagem: das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa : s.n., 2015. pp. 33-36.

Refletir sobre a Prática para melhorar a Qualidade dos Cuidados. **Magalhães, Carla. 2017.** 2017, pp. 56-314.

Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. **Diário da República. 2019.** 2019, pp. 4744-4750.

Reis, Vasco. 2007. *Gestão em Saúde: um espaço de diferença.* Lisboa : s.n., 2007. pp. 58-227.

República, Diário da. 2018. *Regulamento n.º 429/2018.* 2018.

Saúde, Ministério da. 2014. Despacho n.º 10319/2014. julho de 11 de 2014, pp. 20673 - 20678.

Serviço Nacional de Saúde. 2019. Testamento Vital. *Serviço Nacional de Saúde.* [Online] 06 de 03 de 2019. [Citação: 01 de 03 de 2021.] <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/03/06/testamento-vital-24-400-registados/>.

Transporte Intra-Hospitalar do Paciente Crítico. **Júnior, Gerson, et al. 2007.** Ribeirão Preto : s.n., 2007, Vol. 40, pp. 500-508.

World Health Organization. 2006. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems.* Geneva : s.n., 2006. pp. 9-50. 978 92 4 156324 6.

Apêndices

Apêndice I – Trabalho do SU



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

***Cateterismo vesical no
Serviço de Urgência***

Realizado por: Bárbara Fernandes

Sob Orientação de: Professora Lúcia Rocha

Enfermeira Cátia Moreira

Porto, junho de 2019

Lista de Siglas

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa E.P.E.

DGS – Direção Geral da Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU – Infecção do Trato Urinário

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Higienização das mãos

Gráfico 2: Equipamento de proteção individual

Gráfico 3: Soluto antissepsia perineal

Gráfico 4: Antissepsia da zona perineal

Gráfico 5: Higienização das mãos

Gráfico 6: Lubrificante adequado

Gráfico 7: Instilação de lubrificante na uretra

Gráfico 8: Atuação do lubrificante

Gráfico 9: Técnica asséptica no procedimento de conexão ao sistema de drenagem

Gráfico 10: Uso individual de água bidestilada

Gráfico 11: Fixação do cateter vesical

Gráfico 12: Saco coletor abaixo do nível da bexiga

Gráfico 13: Necessidade de manter cateter vesical

Gráfico 14: Registo da intervenção no SClínico

Índice

Introdução	71
I Fundamentação teórica	72
1. Norma de cateterismo vesical segundo a DGS	75
2. Norma de Cateterismo Vesical no CHTS- SUMC	76
3. Grelha de observação da técnica de cateterismo vesical	78
II Fundamentação Empírica	79
1. Tipo de estudo	79
2. Objetivo	79
2. Metodologia	79
4. População e amostra	79
5. Instrumento de recolha de dados	80
6. Apresentação e análise dos resultados	80
7. Discussão dos resultados	88
8. Sugestões de melhoria	90
Conclusão.....	91
Referências Bibliográficas	92

Introdução

A elaboração deste trabalho surgiu no âmbito da Unidade Curricular: A pessoa em situação crítica em família – vigilância e decisão clínica, do Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Serviço de Urgência.

O cateterismo vesical é uma técnica muito utilizada no Serviço de Urgência. Por isso, a definição deste problema surgiu após observar um colega a realizar esta técnica de um modo não muito correto. Por vezes, fazemos as coisas de um modo tão rotineiro que nem nos apercebemos dos erros que cometemos, bem como, não refletimos sobre os mesmos.

Como profissional de saúde na área da Enfermagem é imperativo a aquisição de conhecimentos atualizados e contextualizados. Por isso, resolvi desenvolver um estudo sobre o procedimento de cateterismo vesical para uniformizar a técnica de modo a colmatar possíveis erros que possam ocorrer durante o procedimento. Para além disso, pretende-se fomentar o espírito de investigação e pesquisa de acordo com metodologia científica; utilizar metodologia científica de modo a analisar crítico-reflexivamente a técnica de cateterismo vesical.

O objetivo deste estudo foi a análise da técnica de cateterismo vesical no Serviço de Urgência de modo a perceber quais os passos que não são cumpridos corretamente sugerindo soluções para esses mesmos passos de modo a colmatar possíveis erros.

Este trabalho tem por base um estudo quantitativo sobre a técnica de Cateterismo Vesical no Serviço de Urgência. A metodologia empregue foi recolha direta dos dados a partir de uma grelha de observação que foi aplicada entre o dia 17 de maio e 17 de junho de 2019.

I Fundamentação teórica

Segundo a DGS, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são: “*uma doença sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso(s) ou da sua toxina (ou toxinas). Deve ser evidente que a infeção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar*” (Saúde D. G., 2015). Esta infeção também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (Saúde D. G., 2007).

O risco de transmissão de infeções existe em qualquer momento da prestação de cuidados, apresentado um maior risco em doentes imunodeprimidos ou com a presença de dispositivos invasivos, de que é exemplo o cateter vesical. A par deste contexto, situações em que o rácio enfermeiro/doente é desadequado, as transferências frequentes de doentes entre serviços e instituições de saúde, assim como o internamento destes em unidades de que são exemplo os cuidados intensivos, parecem aumentar o risco de infeção cruzada, contribuindo para as IACS (Pina, et al., 2010). Para além da doença já presente a associação de IACS vai agravar o prognóstico da doença, prolongar o tempo de internamento, aumentar os custos e aumentar a mortalidade tornando-se urgente a sua prevenção (Saúde D. G., 2017).

Uma das doenças mais frequentes adquiridas a nível hospitalar é a Infeção do Trato Urinário, no entanto não é um problema recente e o seu impacto encontra-se associado à técnica de cateterismo vesical (Newman & Willson, 2011).

A Infeção do Trato Urinário é definida como uma invasão e multiplicação de microrganismos nas vias urinárias (rins, ureteres, bexiga e uretra) (Saúde D. G., 2007).

O uso do cateter vesical constitui hoje em dia uma componente essencial dos cuidados de saúde. A frequência com que os doentes são sujeitos à técnica de cateterismo vesical e o tempo da permanência do cateter vesical determinam o

risco de infeção. As práticas de cateterismo vesical, manutenção e remoção também são relevantes do ponto de vista da prevenção e controlo da ITU (Saúde, 2004). A ITU associada ao cateter vesical é caracterizada por febre, arrepios, alteração do estado de consciência, mal-estar ou letargia, dor a nível do flanco, hematúria franca e desconforto pélvico (Foxman, 2014). A bacteriúria associada ao cateterismo vesical é a IACS mais comum, e é o resultado do uso indiscriminado e inapropriado da técnica de cateterismo vesical (Foxman, 2014).

A infeção do trato urinário associado ao cateterismo vesical é a infeção nosocomial mais comum e representa cerca de 40% do total das infeções nosocomiais (Saúde, 2017). Cerca de 36% das algalias poderiam ser evitadas se os profissionais optassem por outros dispositivos de eliminação (Saúde D. G., 2004).

O Inquérito de Prevalência de Infeção adquirida e do uso de Antimicrobiano nos Hospitais Portugueses em 2012, indica uma taxa global de prevalência de IACS de 10.6% (superior à média na Europa que é de 6.1%). A infeção urinária é a IACS mais frequente na Europa e nos EUA. Em Portugal, surge em segundo lugar com 21,1%, sendo ultrapassada apenas pelas infeções das vias respiratórias inferiores com 29,3%. Verificou-se ainda uma maior proporção de infeção das vias urinárias em doentes com cateter vesical (32,9%) comparado com ausência do cateter (9.7%) (Saúde D. G., 2013).

Considera-se infeção urinária associada ao cateter vesical quando o mesmo está colocado há mais de 2 dias da data de colocação (considerando o dia 1 como o dia da colocação do cateter) ou quando o cateter já esteve por mais de 2 dias e foi retirado no dia do evento ou no dia antes (Control, 2016) .

A entrada dos microrganismos nas vias urinárias pode ocorrer por via extraluminal, migrando de outras zonas do corpo pela face externa do cateter, ou por via intraluminal, pela face interna do cateter vesical, provocado pela falta de assepsia na técnica ou material. Por cada dia de algaliação o risco de infeção urinária aumenta 3 a 7%, aproximando-se dos 100 % ao fim de 30 dias (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010).

A técnica de inserção do cateter vesical deve ser executada por um profissional previamente uma lavagem com água e sabão da região perineal e recorrendo ao

uso de lubrificante com gel anestésico em dose individual, fixando o cateter urinário e o saco de drenagem adequadamente (sempre abaixo do nível da bexiga) (Saúde D. G., 2004).

A Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee e a European Association of Urology Nurses consideram indicações para colocação de cateter vesical: retenção urinária, obstrução do trato urinário, vigilância do débito urinário rigoroso em situações de doença crítica, procedimentos cirúrgicos urológicos ou de manipulação das estruturas adjacentes ao sistema urinário, no favorecimento da cicatrização de feridas na região sagrada ou perineal em doentes com incontinência urinária, para providenciar conforto situação de cuidados paliativos, ou em situação de doentes que necessitem de permanecer imobilizados por longo período de tempo. No entanto, devem ser consideradas, sempre que possível, alternativas à colocação de cateter vesical, de que são exemplo a algaliação intermitente e a utilização do dispositivo urinário externo masculino (Committee, 2009) (Nurses, 2012).

De acordo com os dados fornecidos pela PPCIRA do Hospital, existiu um aumento da Taxa de Infecção do Trato Urinário do ano de 2017 para a ano de 2018. Em 2017, existia cerca de 1,53% de IACS e cerca de 9,37% de ITU. Já no ano de 2018, existia cerca de 1,88% de IACS e cerca de 9,96% de ITU.

1. Norma de cateterismo vesical segundo a DGS

A Direção Geral da Saúde, mais concretamente o Departamento da Qualidade na Saúde através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, em conjunto com a Ordem dos Médicos criaram uma norma de cateterismo vesical de modo a uniformizar a técnica (Saúde D. G., 2017).

A Norma tem como objetivo a implementação das seguintes intervenções:

Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical (Categoria IB) ^(1,2,4-15) e documentar sistematicamente a razão que o torna necessária no processo clínico (Categoria IC) ^(1,4,5,7)

Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB) ⁽¹⁻⁷⁾

Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, pessoa a pessoa, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem (Categoria IB) ^(1,2,4,5,7,15-18)

Realizar a higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB) ^(1,5,7,19) com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (Categoria IIaC) ^(5,20)

Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB) ^(1,5,7,19,20)

Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (Categoria IB) ^(1,4,6,7,20)

2.Norma de Cateterismo Vesical

O procedimento de cateterismo vesical engloba as seguintes etapas:

- 1.Higienização das mãos;
- 2.Calçar as luvas não esterilizadas e colocar avental;
- 3.Posicionar o doente de forma a visualizar o meato urinário;
- 4.Verificar as condições de higiene do períneo, proceder à antissepsia com compressas esterilizadas e sabão com clorhexidina;
- 5.Retirar as luvas não esterilizadas;
- 6.Lavagem cirúrgica das mãos;
- 7.Calçar as luvas esterilizadas;
- 8.Conectar o cateter vesical ao saco coletor;
- 9.Colocar campo esterilizado;
- 10.Com a mão não dominante, e auxílio de compressa esterilizada, expor o meato urinário;
- 11.Instilar Lidocaína + Clorhexidina (Instillagel) na uretra (homem: seringa de 11ml; mulher: seringa de 6ml) e deixar atuar durante 5-10 minutos;
- 12.Introduzir o cateter vesical na uretra até observar retorno de urina no saco coletor;
- 13.Insufalar o balão, de acordo com a indicação do cateter vesical, com água bidestilada, de uso único, e tracionar o cateter vesical para verificar se está fixo na bexiga;
- 14.Fixar o cateter vesical (parte interna da coxa, caso seja mulher; parte anterior da coxa, caso seja homem), tendo o cuidado de não o deixar tracionado;

15.Pendurar o saco coletor em suporte localizado abaixo do nível da bexiga;

16.Lavar novamente as mãos;

17.Registar o procedimento no SClínico.

Esclarecimentos para a Norma de Cateterismo Vesical

Aquando da aplicação da Norma no CHTS –SUMC está contraindicado o uso dos seguintes solutos:

- Contraindicado o uso de iodopovidona;
- Contraindicado o uso de tetracaína;
- Contraindicado o uso de cloreto de sódio para o balão de insuflação;
- Contraindicado o uso de anestésico/ lubrificante / antisséptico que não seja de uso único;
- Obrigatório uso de água bidestilada individual.

3. Grelha de observação da técnica de cateterismo vesical

Local: Serviço de Urgência Geral

Data da observação: ____/____/2019

Rubrica do observador: _____

A norma da técnica de cateterismo vesical está disponível no serviço.

(colocar visto na resposta correspondente à observação)

Observação	Avaliação		
	Sim	Não	Não aplicável / observações
Higieniza as mãos antes do procedimento			
Usa adequadamente todo o equipamento de proteção individual no (luvas e avental)			
Usa o soluto adequado para a antissepsia perineal (água e sabão com clorhexidina)			
Realiza a antissepsia da zona perineal			
Opta pelo lubrificante adequado face o sexo a que tem de realizar a técnica (Lidocaína + Clorhexidina – homem: seringa de 11ml; mulher: seringa de 6ml)			
Instila o lubrificante na uretra			
Deixa o lubrificante atuar durante 5-10 minutos			
Cumprir técnica asséptica no procedimento de conexão ao sistema de drenagem			
Cumprir técnica asséptica no procedimento de cateterismo Vesical			
Instila a água bidestilada de uso individual			
Fixa o cateter vesical (parte interna da coxa, caso seja mulher; parte anterior da coxa, caso seja homem), tendo o cuidado de não o deixar tracionado			
Mantem cateter vesical, com saco coletor, constantemente abaixo do nível da bexiga			
Verifica a necessidade de manter cateter vesical			
Regista a intervenção no SClínico			

II Parte – Fundamentação Empírica

1. Tipo de estudo

O estudo desenvolvido é uma análise retrospectiva de todas as técnicas de cateterismo vesical que foram realizadas no Serviço de Urgência.

2. Objetivo

O objetivo deste estudo foi a análise da técnica de cateterismo vesical no Serviço de Urgência de modo a perceber quais os passos que não são cumpridos corretamente sugerindo soluções para esses mesmos passos de modo a colmatar possíveis erros.

3. Metodologia

O ponto de partida para a criação deste trabalho foi a realização de um estudo quantitativo sobre a técnica de Cateterismo Vesical no Serviço de Urgência.

A metodologia utilizada foi recolha direta dos dados a partir de uma grelha de observação que foi aplicada entre o dia 17 de maio e 17 de junho de 2019.

4. População e amostra

A amostra real deste estudo são 89 observações da técnica de cateterismo vesical.

5. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados foi uma Grelha de Observação elaborada através da Norma de Cateterismo Vesical. Nessa mesma grelha podemos observar os seguintes tópicos: higieniza as mãos antes do procedimento; usa adequadamente todo o equipamento de proteção individual (luvas e avental); usa o soluto adequado para a antissepsia perineal; realiza a antissepsia da zona perineal; realiza higienização das mãos; opta pelo lubrificante adequado face o sexo a que tem de realizar a técnica (lidocaína + clorhexidina – homem: seringa de 11ml; mulher: seringa de 6ml); instila o lubrificante na uretra; deixa o lubrificante atuar durante 5-10 minutos; cumpre técnica assética no procedimento de conexão ao sistema de drenagem; cumpre técnica assética no procedimento de cateterismo vesical; instila a água bidestilada de uso individual; fixa o cateter vesical (parte interna da coxa, caso seja mulher; parte anterior da coxa, caso seja homem) tendo o cuidado de não o deixar tracionado; mantém cateter vesical, com saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga; verifica a necessidade de manter cateter vesical; e regista a intervenção no SClínico. Estes dados foram recolhidos e tratados através do Excel e SPSS.

6. Apresentação e análise dos resultados

A amostra real deste estudo são 89 observações da técnica de cateterismo vesical.

No que concerne à higienização das mãos antes do procedimento, podemos perceber que 80% higienizaram as mãos, ao contrário de 20% que não higienizam (ver gráfico 1).

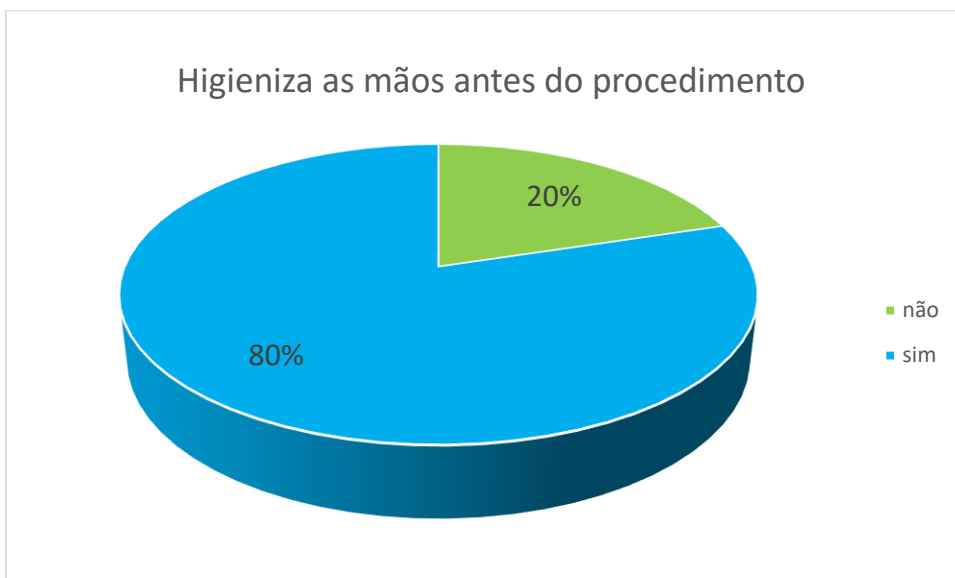


Gráfico 1: Higienização das mãos

Relativamente ao uso adequado de todo o equipamento de proteção individual, avental e luvas, podemos concluir que 58% usaram todo o equipamento adequado contrariamente a 42% que não utilizam (ver gráfico 2).

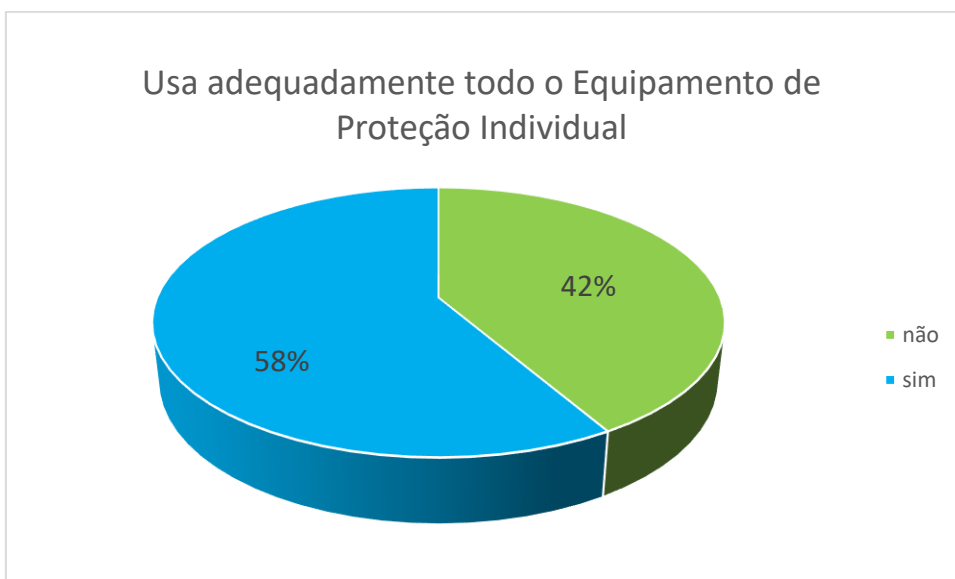


Gráfico 2: Equipamento de proteção individual

No que diz respeito à escolha pelo soluto adequado para a antissepsia da perineal, podemos observar que 99% opta pelo soluto correto enquanto que 1% utiliza outro soluto (ver gráfico 3).

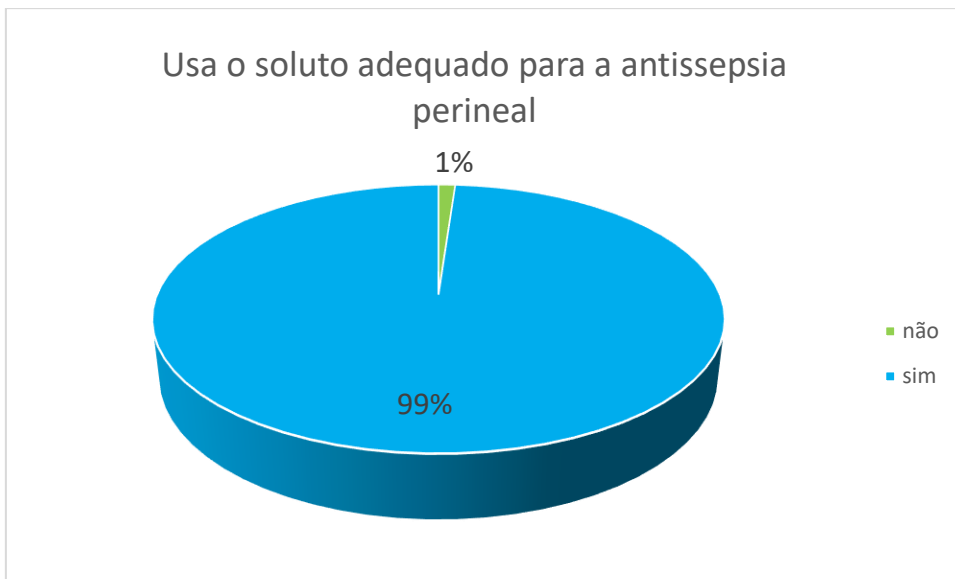


Gráfico 3: Solutos antissepsia perineal

No que concerne à realização de antissepsia da zona perineal, podemos concluir que 87% realizam a antissepsia contrariamente a 13% que não realizam (ver gráfico 4).



Gráfico 4: Antissepsia da zona perineal

Relativamente à higienização das mãos antes de calçar luvas esterilizadas, podemos constatar que 54% o fizeram, no entanto, 46% não higienizaram as mãos (ver gráfico 5).

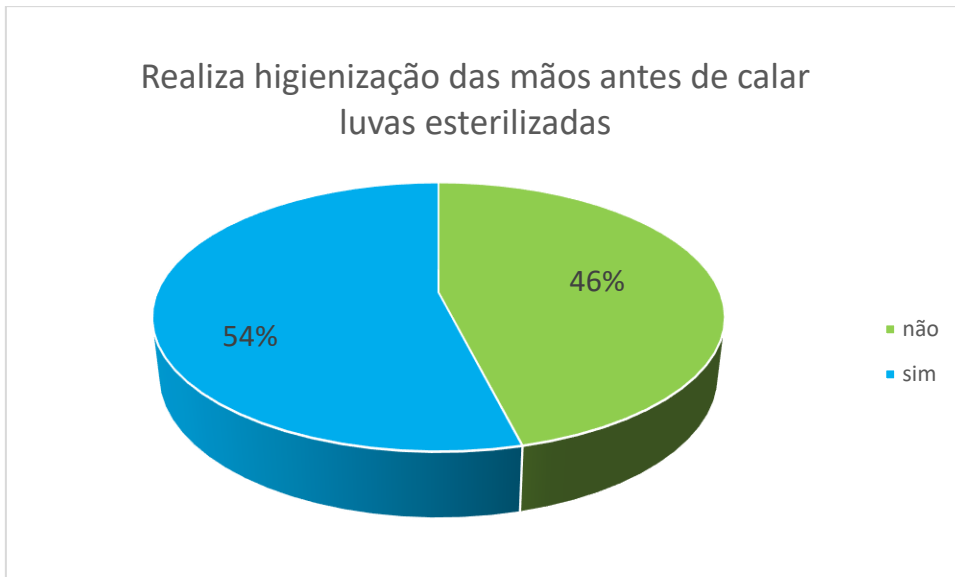


Gráfico 5: Higienização das mãos antes

No que diz respeito à escolha do lubrificante adequado face o sexo a que tem de realizar a técnica (seringas de 11ml de instillagel nos homens e seringas de 6ml de instillagel nas mulheres), podemos observar que 96% optam pelo lubrificante adequado ao contrário de 4% que utiliza outro lubrificante (ver gráfico 6).

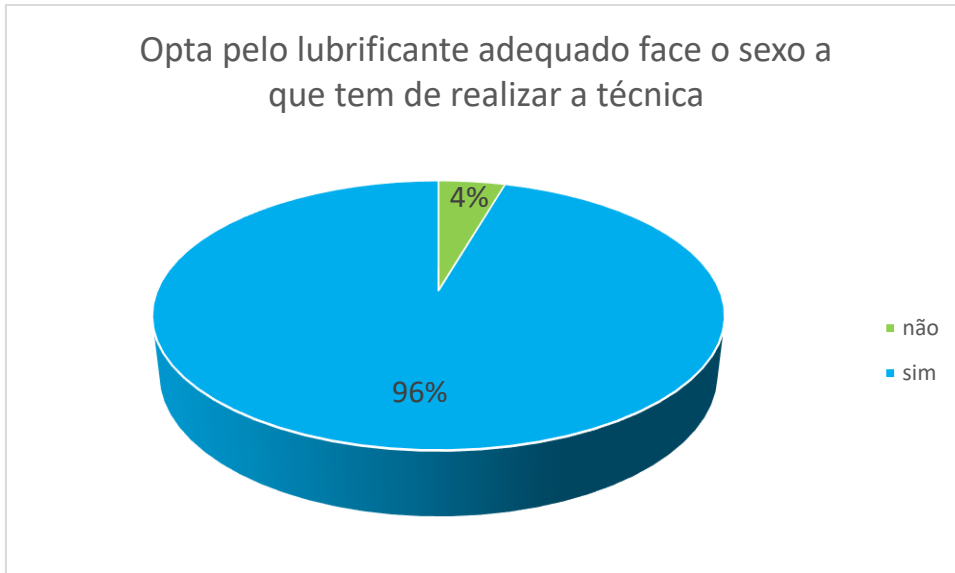


Gráfico 6: Lubrificante adequado

Relativamente à instilação do lubrificante na uretra, podemos verificar que 87% instila o lubrificante, no entanto, 13% não instila (ver gráfico 7).

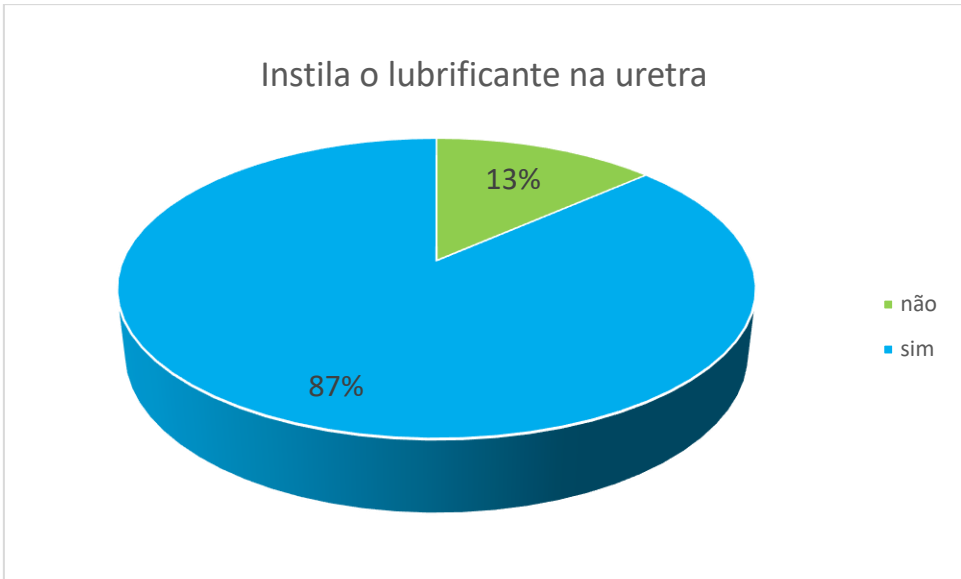


Gráfico 7: Instilação de lubrificante na

No que diz respeito ao tempo de atuação do lubrificante, entre 5-10 minutos, podemos concluir que uma grande parte, 72% não deixa o lubrificante atuar, no entanto, 28% deixam o lubrificante atuar (ver gráfico 8).

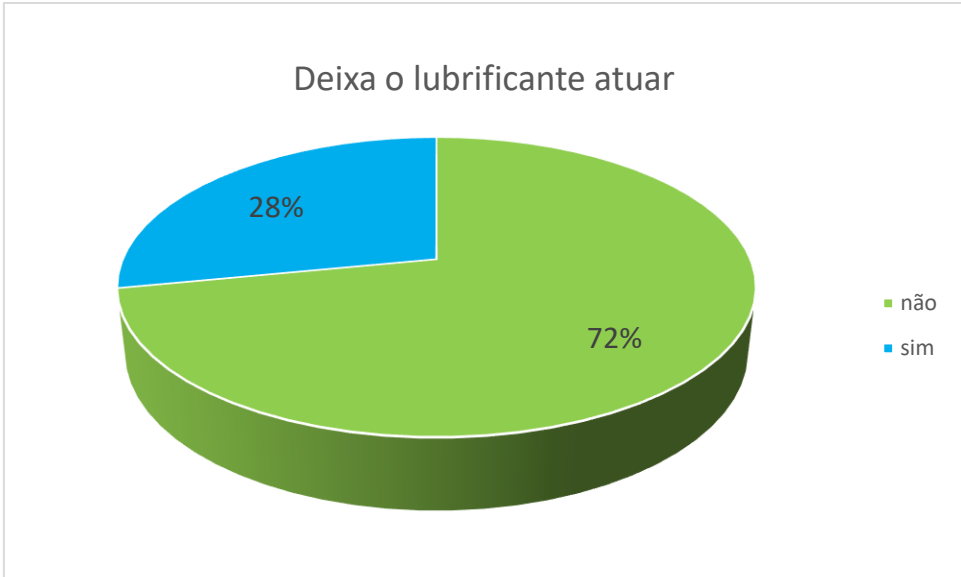


Gráfico 8: Atuação do lubrificante

Relativamente à técnica assética no procedimento de cateterismo vesical, podemos concluir que 100% cumpre a técnica assética.

No que concerne à técnica assética no procedimento de conexão ao sistema de drenagem, podemos verificar que 83% cumpre a assepsia contrariamente a 3% que não cumpre. No entanto, esta técnica não foi aplicada a 14% uma vez que os doentes foram sujeitos á técnica de cateterismo vesical apenas para esvaziamento da bexiga (ver gráfico 9).

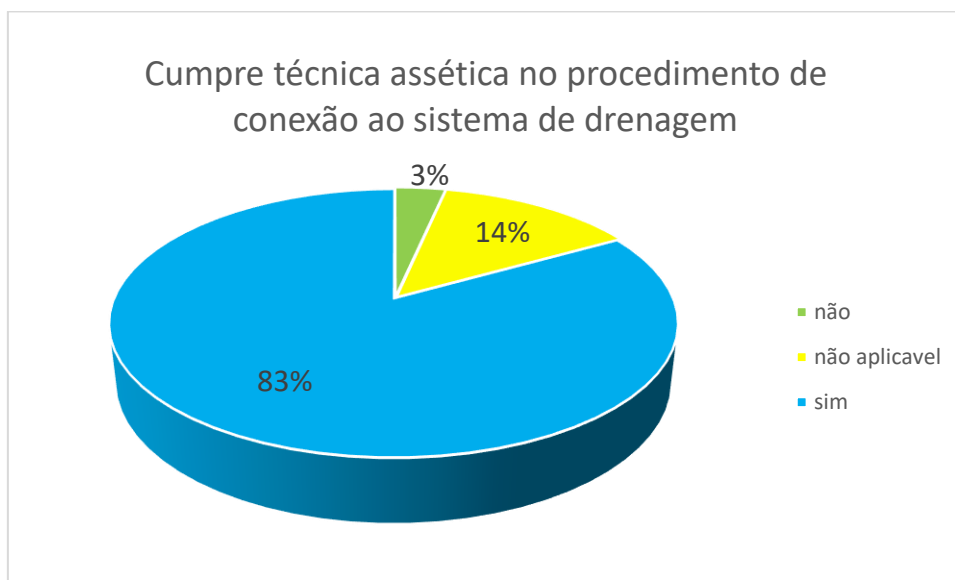


Gráfico 9: Técnica assética no procedimento

Relativamente ao uso individual de água bidestilada, podemos observar que 83% o faz ao contrario de 3% que continua sem o fazer. No entanto, esta técnica não foi aplicada a 14% uma vez que os doentes foram sujeitos á técnica de cateterismo vesical apenas para esvaziamento da bexiga (ver gráfico 10).

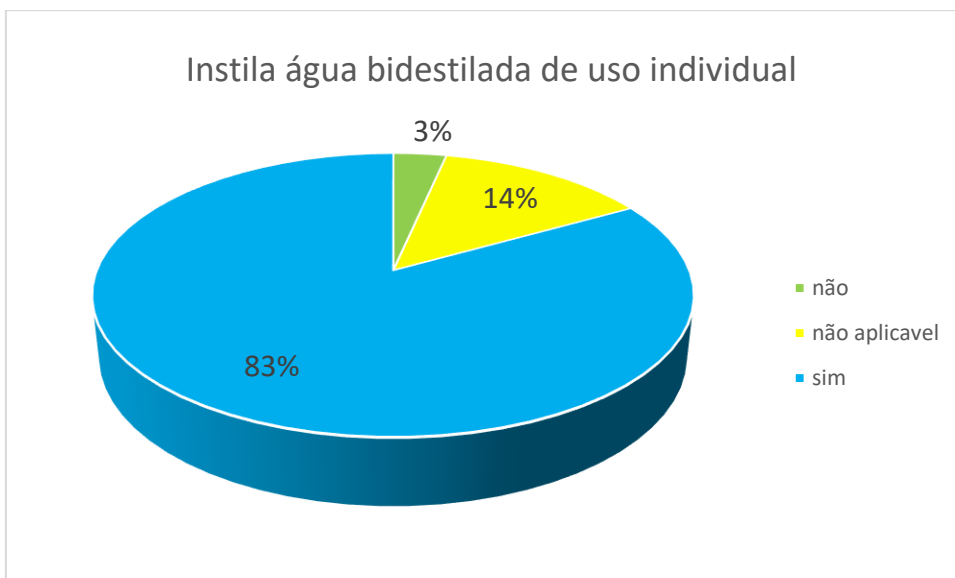


Gráfico 10: Uso individual de água bidestilada

No que concerne à fixação do cateter vesical, podemos observar que 53% não fixa o cateter, contrariamente, 34% fixa o cateter. No entanto, esta técnica não foi aplicada em 13% uma vez que os doentes foram sujeitos à técnica de cateterismo vesical apenas para esvaziamento da bexiga (ver gráfico 11).

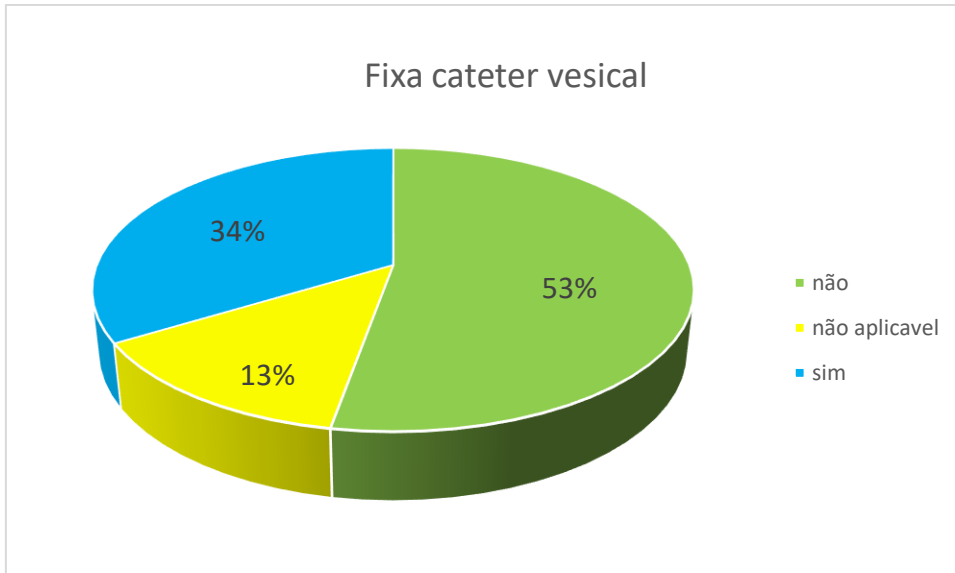


Gráfico 11: Fixação do cateter vesical

No que diz respeito a manter o cateter vesical, com saco coletor, constantemente abaixo do nível da bexiga, podemos concluir que 83% o faz, contrariamente a 2% que não o faz. No entanto, esta técnica não foi aplicada em 15% uma vez que os

doentes foram sujeitos á técnica de cateterismo vesical apenas para esvaziamento da bexiga (ver gráfico 12).

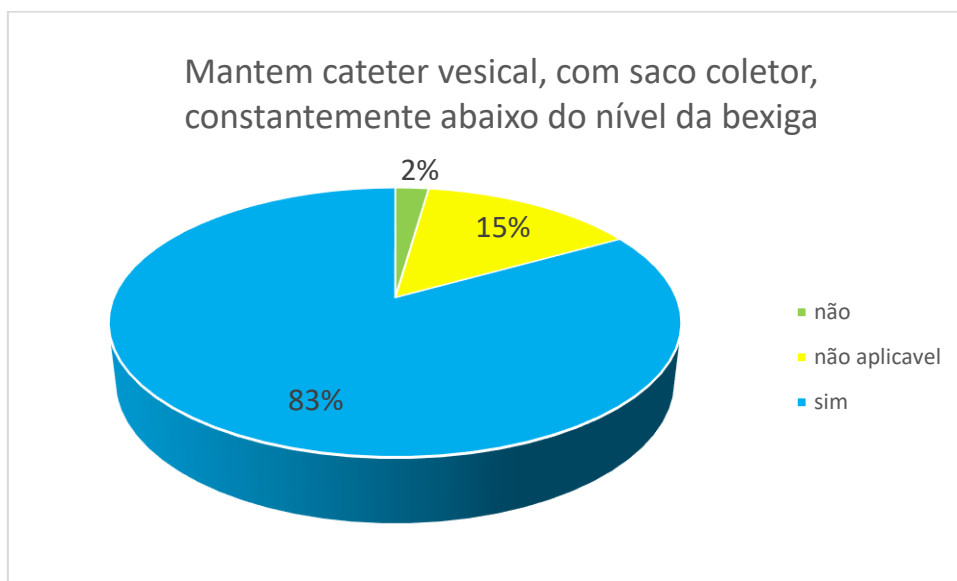


Gráfico 12: Saco coletor abaixo do nível da bexiga

No que concerne a verificar a necessidade de manter o cateter vesical, podemos observar que 94% avalia a necessidade, no entanto, 6% continua sem o fazer (ver gráfico 13).

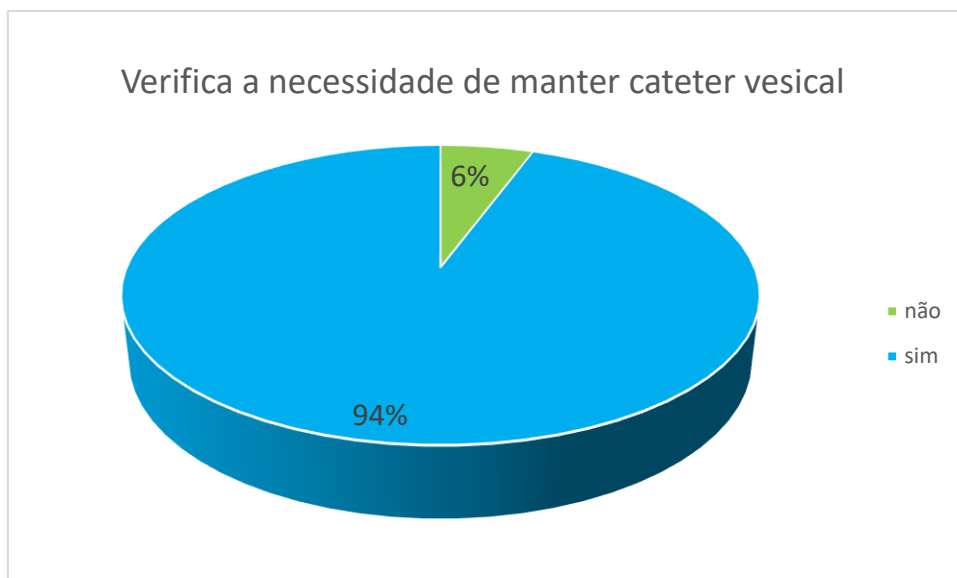


Gráfico 13: Necessidade de manter cateter

Relativamente a registar a intervenção no SClínico, podemos concluir que 81% realizam o registo, contrariamente a 19% que não o fez (ver gráfico 14).



Gráfico 14: Registo da intervenção no SClínico

7. Discussão de resultados

No SU ocorreram 200 procedimentos de cateterismo vesical, contudo, apenas a 89 foi aplicada a grelha de observação. Este facto ocorreu pelo rácio doente/enfermeiro; por esquecimento; por medo de represálias; por pouca sensibilidade para a temática; por falta de consciencialização da problemática no prognóstico clínico do doente; por a grelha de observação ser extensa.

A higienização das mãos antes do procedimento de cateterismo vesical ainda não é realizada por todos os enfermeiros e isto é grave. Devemos sempre higienizar as mãos para a proteção do doente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas nossas mãos que podem causar infeções.

Quanto ao uso do soluto adequado para realizar a antissepsia perineal verificamos que nem todos os enfermeiros usam o soluto adequado, água e sabão com clorhexidina, e isso pode ocorrer por falta de conhecimento dos profissionais ou então pelo facto de serem os auxiliares de ação médica a preparar o material para o procedimento.

A higienização do períneo não é realizada por todos os profissionais e isso é preocupante pelo simples facto de este ser um local sujo e sujeito à acumulação de microrganismos que podem causar infeções no doente.

No que diz respeito à higienização das mãos antes de calçar luvas esterilizada, podemos contatar que este passo ainda não é cumprido por todos os enfermeiros e isso deve-se ao facto de quererem realizar a técnica mais rapidamente ou então por simples esquecimento.

Na escolha pelo lubrificante mais adequado (lidocaína + clorhexidina: seringas de 11ml, no caso de serem homens, e seringas de 6ml, no caso de serem mulheres), podemos reparar que ainda ocorrem alguns erros, uma vez que, ainda vemos profissionais a utilizar a tetracaína em vez do lubrificante com lidocaína + clorhexidina.

Relativamente à instilação do lubrificante na uretra, podemos observar ainda ocorrem muitos erros pelo simples facto de os enfermeiros lubrificarem o cateter e não a uretra.

Quanto ao tempo de atuação do lubrificante (5-10 minutos), verificamos que uma grande parte dos profissionais não deixa o lubrificante fazer efeito pois quer realizar a técnica o mais rapidamente possível.

A técnica assética no procedimento de cateterismo vesical é cumprida por todos os enfermeiros. O mesmo não acontece na técnica de conexão do cateter ao sistema de drenagem pelo simples facto de esta etapa do procedimento ser realizada pelos auxiliares de ação médica.

A instilação de água bidestilada de uso individual ainda não é realizada por todos os profissionais, uma vez que, alguns ainda recorrem às águas bidestiladas abertas no carro do serviço para a insuflação do balão do cateter.

No que concerne à fixação do cateter vesical (parte interna da coxa, caso seja mulher, ou então parte anterior da coxa, caso seja homem), podemos verificar que uma grande parte ainda não o faz por puro esquecimento.

A colocação do saco coletor abaixo do nível da bexiga não é praticada por todos os profissionais pelo simples facto de no contexto de emergência se esquecerem.

A verificação de manter o cateter vesical ainda não é praticada por todos os profissionais, uma vez que, é mais fácil termos um doente com um cateter vesical do que estarmos constantemente a chegar-lhes o urinol/aparadeira.

O registo da intervenção no SClinico ainda não é documentado por todos os profissionais e isso é grave. Enquanto estamos a realizar a técnica estamos a prestar cuidados e a usufruir de tempo, como tal devemos documentar todas essas intervenções realizadas.

8. Sugestões de melhoria

- Uso de kit de algaliação;
- Uso de campo;
- Auxiliar providenciar material para a cateterismo vesical;
- Preparação do material ser da responsabilidade do enfermeiro: água bidestilada, saco coletor e cateter vesical;
- Instilar o lubrificante logo de seguida à antissepsia da zona perineal;
- Uso de clamp no cateterismo vesical em homens;
- Existe o melhor sistema para a colheita de urina estéril?
- Não. Pode-se optar por a colheita ser realizada com agulha e seringa estéril
- Não. Pode-se optar por realizar colheita intermitente de urina
- Melhoria do registo das intervenções associadas ao cateterismo vesical no SClinico;
- Formação dos enfermeiros para esta problemática pelo menos 1x por ano.

Conclusão

A natureza dos nossos cuidados é cada vez mais exigente e complexa. Por vezes descartarmos as coisas mais simples, como é o caso da técnica de cateterismo vesical, e acabamos por fazer a técnica de um modo tão rotineiro que nem refletimos sobre o que fazemos nem sobre os erros que cometemos.

Aquando da decisão de realizar um trabalho sobre esta temática não foi fácil a sua aceitação por alguns colegas. Estes, pensavam que seria um trabalho sem interesse e contributo para o serviço. No entanto, não foi o que aconteceu. Após afixar a Norma no SU e de todos os colegas terem acesso a ela, verificou-se que houve uma mudança a nível de atitudes, os colegas tentavam cumprir a Norma e chegaram mesmo a dar sugestões de melhoria para o procedimento.

Apesar de tudo isso tive também alguns problemas ao nível da aplicação da grelha de observação. Os colegas esqueciam-se de aplicar a grelha ou então tinham medo de serem repreendidos por não estarem a realizar o procedimento da maneira mais correta.

Eu, como futura enfermeira especialista, tenho de ter um olhar mais De modo a perceber o que está mal, intervir e dar soluções para esse mesmo problema. Porque apesar de tudo é isso que se espera de um especialista. Uma pessoa que seja mais especializada e habilitada a solucionar determinados problemas e a prestar cuidados mais diferenciados aos nossos doentes.

Referências Bibliográficas

Committee, H. I. (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC.

Control, C. o. (2016). Guide to infection prevention for outpatient. CDC.

Cunha, G. (2016). Caracterização das algalias e infeções associadas à algalia num serviço de medicina interna. Lisboa.

FactorMed. (2014). FactorMed Produtos Médicos e Hospitalares. Obtido de Gel Lubrificante: <http://www.factormed.pt/pt/catalogo/mdico-cirurgico/gel-lubrificante/gel-lubrificante-optilube/>

Foxman, B. (2014). Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden.

Índice. (2019). Índice Toda a Saúde. Obtido de Instillagel: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/instillagel/informacao-geral>

Mourão, M. (2017). Prevenção da Infeção para Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.

MSD. (2019). Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde. Obtido de Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde: Cateterismo Vesical.

Newman, D., & Willson, M. (2011). Review of Intermittent.

Nurses, E. A. (2012). Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Catheterization Indwelling catheters in adults Urethral and Suprapubic.

Oliveira, V. (2015). A Prevenção da Infeção Urinária na Pessoa Idosa com Intervenção de Enfermagem. Lisboa.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Lisboa.

Saúde, A. d. (2019). Atlas da Saúde. Obtido de Instillagel: <https://www.atlasdasaude.pt/content/instillagel>

Saúde, D. G. (2004). Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário: Algaliação de curta duração .

Saúde, D. G. (2007). PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO. Lisboa.

Saúde, D. G. (2013). Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções. Lisboa.

Saúde, D. G. (2015). Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência. Lisboa.

Saúde, D. G. (2017). "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Saúde, D. G. (2017). PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS. Lisboa.

Schaeffer, A. (2019). Complications of urinary bladder catheters and preventive strategies. Wolters Kluwer.

Schaeffer, A. (2019). Placement and management of urinary bladder catheters in adults. Wolters Kluwer.

Apêndice II – Estudo de Caso UCIP



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

ESTUDO DE CASO
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Realizado por: Bárbara Fernandes

Sob orientação de: Professor Vasco Neves
Enfermeiro Luís Carlos

Porto, novembro de 2020

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!”

Angélica Tavares

Índice

Introdução	100
História de Doença Atual	102
Plano de Cuidados	106
SARS-CoV2	110
Decúbito Ventral.....	112
Oxigenação por Membrana Extracorporal.....	115
Conclusão	117
Referências Bibliográficas	118

Introdução

A elaboração deste Estudo de Caso surgiu no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, na unidade curricular: Estágio Final e Relatório, no ano letivo de 2020/2021, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes.

Segundo Robert K. Yin e Robert R.E. Stake: *“O estudo de caso é um método de pesquisa estruturado, que pode ser aplicado em distintas situações para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais ou grupais.”* (1). Para Yin, *“o estudo de caso é uma pesquisa empírica, que investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto são pouco evidentes. Atribui-lhe o objetivo de explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno.”* (1). Já Stake *“apresenta o estudo de caso como um sistema delimitado e enfatiza, simultaneamente, a unidade e a globalidade desse sistema. Concentra a atenção nos aspectos que são relevantes para o problema de investigação, em um determinado tempo, para permitir uma visão mais clara dos fenômenos por meio de uma descrição densa.”* (1).

O objetivo deste Estudo de Caso é aplicar os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, bem como, realizar uma pesquisa sobre a prática de cuidados de enfermagem, de forma a identificar problemas e necessidades do doente. Para além disso, também tem como objetivo adquirir novos conhecimentos e novas competências nesta área do doente crítico.

No que concerne ao processo de enfermagem, este foi desenvolvido de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Para a elaboração deste Estudo de Caso utilizei a metodologia descritiva e reflexiva, tendo por base a consulta do processo clínico, a observação direta dos cuidados e a entrevista informal à equipa multidisciplinar.

Este trabalho encontra-se dividido em seis partes: História de Doença Atual, Plano de Cuidados, SARS-CoV2, Decúbito Ventral, ECMO e Conclusão.

História de Doença Atual

Diagnóstico:

- Pneumonia SARS-CoV2 grave;
- Falência respiratória.

Antecedentes:

- Obesidade;
- Hipertensão Arterial;
- Dislipidemia;
- Epilepsia;
- Artrite psoriática;
- Síndrome depressiva.

Medicação habitual:

- Certulizumab sc 15/15 dias;
- Leflunomida 200mg 1x dia;
- Prednisolona 7,5mg 1x dia;
- TMP/SMX 3x semana;
- Diprexil R 500mg 1x dia;
- Azilsartan / clorotalidona 1x dia;
- Lorazepam 2,5mg 1x dia;
- Alprazolam 0,5mg 1x dia;
- Fluoxetina 20mg 1x dia;
- Cloridrato de ciclobenzaprina 10mg 3x dia;
- Colecalciferol 1x dia;
- Omeprazol 20mg 1x dia;
- Bisoprolol 5mg 1x dia;
- Fenofibrato 145mg 1x dia;
- Pregabalina 75mg 2x dia;
- Palexia 200mg 2x dia;
- Sem alergias conhecidas.

História da Doente:

Sra. M.J., 42 anos, residente em Lousada, casada, com uma filha e empregada em loja de roupa.

Admitida por Pneumonia SARS-CoV2 grave, falência respiratória com necessidade de ventilação invasiva. Recorreu ao Serviço de Urgência dia 09/10 por lombalgia e dor no membro inferior direito. Negava tosse, dispneia, expetoração e febre. Contudo história de contato com um familiar positivo para SARS-CoV2.

À entrada encontrava-se com dificuldade respiratória, polipneia e a dessaturar. Tax: 36,2°C, FR: 32c/m, SPO2: 85% com MAC, TA: 122/60mmHg, FC: 95 p/m.. Apresentou agravamento clínico, gasométrico e má resposta ao VNI. Colheu hemoculturas, rastreio de SARS-CoV2 e realizou Rx torax. Por doente se encontrar com hipóxia grave, SPO2: 55%, realizada EOT após sequência rápida com fentanil, propofol e rocurónio.

Doente encontrava-se sedada e analgesiada, curarizada. Sob VC com peep de 10, Pplateau de 25, driving pressure de compliance St 30. Necessidade de suporte vasopressor com Noradrenalina (10/50 a 2ml/h EV).

No dia 09/10 admitida na UCIP no seguinte estado clínico:

- Ventilada mecanicamente, com tubo orotraqueal nº8. Bem adaptada modalidade ventilatória;
- Pressão arterial sistólica de 70mmHg e diastólica de 41mmHg, com suporte de Noradrenalina a 2ml/h;
- Frequência respiratória de 40c/m; SPO2 60%;
- Frequência cardíaca de 100 bpm;
- Escala objetiva de dor segundo Behavioral Pain Scale (BPS) com score de 3;
- Escala da sedação Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) com score -5;
- Sedada, analgesiada e curarizada com perfusão de propofol a 10ml/h, fentanil a 1ml/h, rocurónio a 5ml/h e cetamina a 5ml/h
- Algaliada com cateter vesical foley nº14, com urina límpida;

- Colocada SNG nº 16, com nutrison a 50ml/h, fazendo apenas pausa alimentar das 8h-10h;
- Colocada em prone position às 22h;
- Realizado rastreio séptico.

Dia 10/10

- Doente permaneceu em prone position cerca de 20h, quando retomou o decúbito ventral apresentou um episódio de dessaturação, SatO2 89%, com melhoria progressiva até SatO2 92%.
- Apresenta um aumento dos parâmetros inflamatórios. Permaneceu sedada, analgesiada e curarizada.
- Sinalizada ao Centro de ECMO da região Norte no CHUSJ.

Dia 12/10

- Por apresentar vários episódios de dessaturação e taquicardia colocada por mais 18h em prone position.
- Doente mantém-se sedada e analgesiada.
- Suspensa curarização.
- Progrediu a nutrição entérica de acordo com protocolo do serviço.

Dia 15/10

- Colhido novo rastreio séptico.
- Doente mantém falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva e prone position.
- Apresenta uma diminuição dos parâmetros inflamatórios.
- Mantém-se sedada e analgesiada.
- Inicia curarização.
- Contactado o Centro de ECMO da região Norte no CHUSJ que aceita a transferência da doente.

Cardex:

- Nutrison 500ml a 50ml/h – pausa alimentar das 8h às 10h;
- Fentanil 1mg/50ml IV a 1ml/h;
- Cetamina 500mg/50ml IV a 5ml/h;

- Profofol 2% 1000mg/50ml IV a 10ml/h;
- Rocurónio 500mg/50ml IV a 5m/h;
- Cloreto de Sódio 0,9% 100ml IVC a 4ml/h;
- Cloreto de Sódio 0,9% 100ml IVC a 4ml/h;
- Furosemida 100mg/50ml IV a 5ml/h;
- Paracetamol 1G IV de 8/8h;
- Valproato de Sódio 400mg IV de 12/12h;
- Bisoprolol 5mg PO às 10h;
- Dexametasona 6mg IV às 22h;
- Esomeprazol 40mg IV às 7h;
- Insulina actrapid de 6/6H de acordo com esquema de serviço;
- HBPM 40mg SC às 22h;
- Ceftriaxone 2G IV às 12h;
- Azitromicina 500mg IV às 12h.

Plano de Cuidados

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Frequência	Resultados Esperados
Autocuidado	Autocuidado higiene comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Dar banho; - Realizar higiene oral; - Secar a pele; - Hidratar a pele. 	1x dia no turno da manhã	Autocuidado melhorado
Autocuidado	Autocuidado uso de sanitário comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Trocar a fralda; - Vigiar eliminação intestinal; - Vigiar eliminação urinária; - Monitorizar eliminação urinária. 	Sem horário	Autocuidado melhorado
Alimentar-se	Alimentar-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar a cabeceira a 30°; - Administrar a nutrição entérica, segundo prescrição médica; - Vigiar vômito; - Vigiar tolerância alimentar. 	Sem horário	Alimentar-se melhorado
Posicionar-se	Posicionar-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar; - Providenciar dispositivos para posicionar. 	3/3horas	Posicionar-se melhorado
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar; - Aplicar creme; - Aliviar zona de pressão através de dispositivos; - Aplicar dispositivos de prevenção de úlceras de pressão; - Vigiar sinais de úlcera de pressão; - Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden. 	1x turno e/ou SOS	Nenhuma Úlcera de Pressão

Queda	Risco de Queda	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar ambiente físico; - Manter grades da cama; - Baixar a cama; - Gerir medidas de segurança; - Vigiar comportamento; - Monitorizar o risco de queda através da Escala de Morse. 	1x turno e/ou SOS	Nenhuma Queda
Infeção	Risco de Infeção associado ao Cateter Venoso Central	<ul style="list-style-type: none"> - Inserir Cateter Venoso Central; - Optimizar Cateter Venoso Central; - Executar tratamento a local de inserção do Cateter Venoso Central; - Vigiar penso do Cateter Venoso Central; - Vigiar local de inserção do Cateter Venoso Central; - Vigiar sinais de Infeção do Cateter Venoso Central; - Salanizar Cateter Venoso Central. 	Sem horário e/ou SOS	Nenhuma infeção associada ao Cateter Venoso Central
Infeção	Risco de infeção associado ao Cateter Vesical	<ul style="list-style-type: none"> - Inserir Cateter Vesical; - Optimizar Cateter Vesical; - Monitorizar a eliminação urinária; - Vigiar eliminação urinária; - Trocar Cateter Vesical, consoante as recomendações. 	Contínuo	Nenhuma infeção associada ao Cateter Vesical
Infeção	Risco de infeção associado ao Cateter Arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Inserir Cateter Arterial; - Optimizar Cateter Arterial; - Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Arterial; - Vigiar penso do Cateter Arterial; - Vigiar local de inserção do Cateter Arterial; 	Sem horário e/ou SOS	Nenhuma infeção associada ao Cateter Arterial

		- Vigiar sinais de Infecção do Cateter Arterial.		
Infeção	Risco de Infecção associado ao Cateter Venoso Periférico	- Inserir Cateter Venoso Periférico; - Optimizar Cateter Venoso Periférico; - Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Venoso Periférico; - Vigiar penso do Cateter Venoso Periférico; - Vigiar local de inserção do Cateter Venoso Periférico; - Vigiar sinais de Infecção do Cateter Venoso Periférico.	Sem horário e/ou SOS	Nenhuma infecção associada ao Cateter Venoso Periférico
Status Respiratório	Respiração comprometida	- Monitorizar frequência respiratória; - Monitorizar saturações de oxigénio.	Contínuo	Status Respiratório melhorado
Status Cardíaco	Sistema Cardíaco comprometido	- Monitorizar frequência cardíaca; - Monitorizar pressão arterial; - Vigiar traçado eletrocardiográfico; - Realização de balanço hídrico; - Monitorização de gasimetrias.	Contínuo	Status Cardíaco melhorado
Status Neurológico	Status Neurológico comprometido	- Vigiar pupilas; - Vigiar resposta a estímulos verbais; - Gerir sedação e analgesia, segundo a Escala de RASS e de acordo com prescrição médica.	Contínuo	Status Neurológico melhorado
Dor	Dor	- Monitorizar a dor através de Behavioral Pain Scale; - Gerir terapêutica prescrita.	Contínuo	Dor melhorada

Limpeza de Vias Aéreas	Limpeza de Vias Aéreas comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar as secreções; - Aspirar secreções, de acordo com necessidades; - Avaliar ventilação; - Monitorizar frequência respiratória; - Monitorizar saturação de oxigénio; - Lavar a cavidade oral com solução de clorhexidina. 	Contínuo	Limpeza de Vias Aéreas melhorada
Ventilação	Ventilação comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar a pele e mucosa oral; - Reposicionar TOT's; - Monitorizar pressão de dispositivo (cuff); - Registrar parâmetros ventilatórios; - Avaliar estado de agitação/adaptação do doente; - Lavar a cavidade oral com solução de clorhexidina. 	Contínuo	Ventilação presente
Aspiração	Risco de Aspiração	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar a cabeceira; - Inserir sonda nasogástrica; - Inspeccionar cavidade oral; - Optimizar sonda nasogástrica; - Monitorizar conteúdo gástrico; - Vigiar reflexo de tosse; - Executar técnica de posicionamento preventiva de aspiração; - Trocar sonda nasogástrica, consoante recomendações. 	Sem horário e/ou SOS	Aspiração ausente

Tabela 1: Plano de Cuidados (14)

SARS-CoV2

O COVID-19 é o nome, atribuído pela Organização Mundial da Saúde, à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV2 (2).

A COVID-19 é uma doença infecciosa respiratória altamente contagiosa, que pode causar disfunção respiratória, cardíaca, hepática, renal e imunitária (3).

Os sintomas mais frequentes associados à infeção pelo COVID-19 são: febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), tosse, dificuldade respiratória, cefaleias, mialgias e fadiga. Também pode surgir os seguintes sintomas: dor de garganta, rinorreia, perda parcial ou total do olfato e a diminuição ou perda do paladar. Em casos mais graves, pode ocorrer uma pneumonia grave com insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos, e até mesmo a morte (2).

O período de contágio (tempo decorrido entre a exposição ao vírus e o aparecimento de sintomas) é atualmente considerado de 14 dias (4).

O COVID-19 é altamente contagioso e a transmissão de pessoa para pessoa foi confirmada. O contágio ocorre através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa tosse, espirra ou fala, as quais podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos da pessoa que está próxima. O contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado com COVID-19 pode conduzir igualmente à transmissão da infeção (2).

Um doente com COVID-19 pode desenvolver uma pneumonia com insuficiência respiratória hipoxémica grave (SDRA -Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, em inglês ARDS) após alteração grave da relação ventilação-perfusão e possível *shunt* (3) (5) (6).

O doente hipoxémico agudo pode apresentar dispneia persistente, apesar da administração de fluxo de oxigénio ser superior a 10-15 L/min por máscara de venturi. Nestes casos podem ser úteis outras técnicas, como sistemas de oxigénio de alto fluxo (OAF), ou a aplicação de pressão positiva não invasiva com

Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) ou Ventilação Não-Invasiva (VNI) (3) (5).

A administração de CPAP/VNI pode ser realizada com vários tipos de interfaces, dependendo da disponibilidade e das indicações (máscara oronasal, facial total ou *helmet*/capacete). A seleção das máscaras deve seguir a seguinte ordem: primeiramente a *Helmet* (capacete), de seguida a máscara facial total e por fim a máscara oronasal. Quando a escolha recaí por um CPAP/VNI, deve ser considerado o nível de potencial difusão ambiental de partículas de aerossóis (3).

A aspiração de secreções brônquicas deve ser realizada por um sistema de aspiração de circuito fechado para evitar a saída de partículas, desconexões do ventilador, perda de PEEP, e atelectasia (3).

Os Equipamentos de Proteção Individual utilizados no COVID-19 são os seguintes:

- Fato integral ou bata – com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho;
- Máscara FFP2;
- Proteção ocular – óculos ou viseira (de abertura inferior);
- Luvas – descartáveis não esterilizadas;
- Cobre-botas;
- Cogula;
- Touca (3).

Decúbito Ventral

Desde os anos setenta que o decúbito ventral tem sido referido, como uma técnica que melhora a oxigenação nos doentes (7).

A ventilação em decúbito ventral tem sido utilizada como medida adjuvante da ventilação mecânica invasiva (VMI) para a melhoria da oxigenação. Esta, está indicada em doentes com síndrome de dificuldade respiratória aguda [*Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*] moderada a grave, sob VMI, após 12 a 24 horas de estabilização clínica e otimização terapêutica; e se $PaO_2/FiO_2 < 150$, $FiO_2 = 0,6$, PEEP = 5mmHg e volume corrente de 6-8ml/Kg. Vários estudos indicam que esta medida pode aumentar o *ratio* PaO_2/FiO_2 em 35mmHg (3) (4) (8).

Diversas publicações têm demonstrado os benefícios da ventilação em decúbito ventral em doentes com insuficiência respiratória hipoxémica, acordados e colaborantes, sob oxigénio de alto fluxo (OAF) ou ventilação não invasiva (VNI) (CHTS, Serviço de Pneumologia do, 2020). Contudo, onde é imperativa a necessidade de adotar estas técnicas, deve estar sempre presente a possível deterioração rápida da hipoxémia e a necessidade de intubação e ventilação mecânica invasiva (3).

A combinação da ventilação em decúbito ventral com técnicas de suporte respiratório não invasivo, como é o caso da oxigenoterapia convencional, a OAF, o CPAP ou o VNI, pode resultar na melhoria do equilíbrio ventilação/perfusão (V/P), na drenagem de secreções respiratórias e na prevenção da lesão pulmonar induzida pelo ventilador (4). Para além disso, previne outras complicações associadas à imobilização como a formação de atelectasias, acumulação de secreções e aumento do tempo de intubação (6).

A ventilação em decúbito ventral altera a mecânica ventilatória e a fisiologia das trocas gasosas, melhorando a oxigenação através de diversos mecanismos, nomeadamente a redução da diferença de pressão transpulmonar ventro-dorsal, a redução da compressão pulmonar, a melhoria da perfusão pulmonar e a melhoria

da drenagem de secreções traqueobrônquicas. Vários estudos têm demonstrado uma redução da FiO₂ até 70% (4) (6) (9).

O decúbito ventral em doentes com COVID-19 é indicado na ARDS nas seguintes situações:

- ARDS ligeiro a moderado sob oxigenoterapia, OAF ou VNI com PEEP mínima de 5mmHg e sem indicação para admissão imediata em unidade de cuidados intensivos;
- ARDS severo sob OAF ou VNI com PEEP mínima de 5mmHg em doente sem indicação para escalada de cuidados (4) (6);

O decúbito ventral esta contraindicado nas seguintes situações:

- Instabilidade hemodinâmica (PAM<65mmHg persistente);
- Hemorragia aguda (choque hemorrágico, hemoptise abundante);
- Instabilidade ou risco de instabilidade da coluna;
- Trauma ou fraturas instáveis, particularmente da face, coluna, pélvis ou fémur;
- Suspeita ou documentação de hipertensão intracraniana;
- Cirurgia traqueal ou esternotomia nas 2 semanas prévias;
- Cirurgia abdominal e torácica recentes;
- Gravidez (4).

Recomenda-se que os doentes permanecem em decúbito ventral pelo menos 30 minutos a 4 horas, podendo também realizar períodos mais prolongados. Na maioria dos casos a melhoria é documentada na primeira hora de terapêutica, embora possam ocorrer respostas mais tardias, entre 12 a 18h, pelo que é legítimo manter o decúbito ventral na ausência de complicações até 24h (3) (4) (6).

Para a realização do posicionamento de decúbito ventral são necessárias quatro pessoas. A mais diferenciada, geralmente o médico, deverá permanecer na cabeceira da cama e, para além de ser o team leader, também é o responsável pelo tubo orotraqueal. Uma segunda pessoa ficará encarregue de verificar se os cateteres, drenos e conexões não ficam presos. E a terceira e quarta pessoa, posicionadas uma de cada lado da cama, serão responsáveis por virarem o doente, primeiramente para o decúbito lateral, e em seguida para o decúbito ventral. Os

braços devem ser posicionados ao longo do corpo, com a cabeça voltada para um dos lados, e os elétrodos colocados na região dorsal (4) (6).

Em caso de falência/ ausência de melhoria/ agravamento gasométrico/ agravamento da mecânica pulmonar/ ou desenvolvimento de instabilidade hemodinâmica, o doente deve ser colocado em decúbito dorsal e deve ser ponderada a escalada de cuidados, nomeadamente a ventilação mecânica invasiva, ECMO, entre outras (4).

Oxigenação por Membrana Extracorporeal

A Oxigenação por Membrana Extracorporeal (ECMO) é uma técnica de suporte vital extracorporeal. O primeiro registro sobre o uso com sucesso de um dispositivo de circulação extracorporeal foi realizado durante uma cirurgia cardíaca no ano de 1954, tendo sido feito, em 1972, o primeiro relato do uso da ECMO no contexto de falência respiratória (10).

O ECMO proporciona oxigenação sanguínea, remoção de dióxido de carbono e suporte circulatório quando apropriado, além de permitir que se realize ventilação mecânica protetora (11).

As indicações do ECMO podem ser divididas em quatro categorias: insuficiência respiratória hipoxêmica, insuficiência respiratória hipercápnica, choque cardiogênico e na paragem cardíaca (10) (11).

Um circuito de ECMO é constituído essencialmente por: duas cânulas de drenagem e retorno do sangue (*inflow/outflow*), uma bomba de propulsão de sangue, um oxigenador, sensores de fluxo e pressão, sistema de controlo da temperatura para arrefecimento ou aquecimento do sangue e pontos de acesso arterial e venoso para colheita de sangue no circuito. A função da bomba de propulsão é impulsionar o sangue do doente para a membrana oxigenadora, gerando fluxo para o sistema. O oxigenador é um dispositivo de troca de gases que usa uma membrana semipermeável (membrana de oxigenação) para dividir sangue e gás. O sangue desoxigenado é drenado pela força da bomba externa, atravessa o oxigenador (onde se processa a troca de dióxido de carbono por oxigênio) e é devolvido ao doente (10) (11) (12).

Quando o sangue é drenado e retorna por veias, o circuito denomina-se de ECMO venovenoso (VV), permitindo apenas suporte pulmonar. Quando é drenado por uma veia e retorna por uma artéria, o circuito é designado de ECMO-venoarterial (VA), garantindo suporte pulmonar e cardíaco. Em todas as formas de ECMO é necessária uma via de acesso para drenagem e uma de acesso para retorno do sangue ao doente. O ECMO-VV é preferencialmente utilizado em doentes com

função cardíaca preservada ou moderadamente reduzida, sendo a principal escolha nos casos de insuficiência respiratória hipoxêmica e insuficiência respiratória hipercápnica. A configuração ECMO-VA é indicada para doentes com falência cardíaca, podendo ser necessário ou não o suporte pulmonar em conjunto. Ou seja, a ECMO-VA está indicada no contexto de choque cardiogénico, no qual o doente apresenta baixo débito cardíaco e hipoperfusão tecidual. Habitualmente, os acessos venosos são realizados por via percutânea (técnica de Seldinger) e guiados por ultrassom. Os acessos arteriais podem ser realizados por via percutânea ou cirúrgica (10) (11) (12).

O ECMO é uma técnica de tratamento complexa, de alto risco e com custos elevados, que exige uma equipa multidisciplinar e multiprofissional diferenciada com capacidade de resposta imediata (11) (12) (13). Apresenta os seguintes benefícios:

- Suporte respiratório nos Doentes com falência respiratória grave;
- Redução da lesão pulmonar associada à ventilação mecânica;
- Suporte circulatório nos Doentes com choque cardiogénico grave;
- Redução das complicações associadas ao suporte aminérgico (ex.: arritmias) (13).

Apresenta os seguintes riscos:

- Todas as complicações associadas ao tratamento em Cuidados Intensivos (ex. pneumonia associada à intubação, diminuição da força muscular adquirida em UCI, delirium);
- Complicações associadas à canulação (ex. tamponamento cardíaco, perfuração vascular);
- Complicações associadas à anticoagulação sistémica (ex. hemorragia, trombocitopenia induzida pela heparina);
- Complicações associadas ao circuito extracorporal (ex. embolia gasosa, hemólise extracorporal) (13).

Conclusão

A elaboração deste Estudo de Caso foi essencial para o desenvolvimento de competências nesta área do doente crítico.

Este trabalho permitiu-me aprofundar, mobilizar e aplicar conhecimentos adquiridos quer da minha formação inicial, quer da minha formação graduada. Para além disso, permitiu que realizasse uma prática de acordo com a evidência científica atual.

Os conhecimentos científicos e teórico-práticos em conjunto com o processo reflexivo resultam numa prática de cuidados autónoma e de qualidade. Esta prática de cuidados associada à evidência científica resulta numa prática de enfermagem avançada.

Referências Bibliográficas

1. **Andrade, Selma Regina, et al.** O Estudo de Caso como Método de Pesquisa em Enfermagem: Revisão Integrativa. Brasil: s.n., 2017, p. 2.
2. **Saúde, Sistema Nacional de.** COVID-19. [Online] [Citação: 25 de 10 de 2020.] <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>.
3. **Fisioterapeutas, Grupo de Interesse em Fisioterapia Cardiorrespiratória da Associação Portuguesa de.** Fisioterapia Respiratória em Pessoas com COVID-19. 2020.
4. **CHTS, Serviço de Pneumologia do.** Protocolo de decúbito ventral em doentes com insuficiência respiratória aguda por COVID-19 em enfermaria. 2020.
5. **Cardoso, Ana Verónica e Meireles, Mariana.** Suporte não invasivo da insuficiência respiratória aguda por COVID-19. Porto: s.n., 2020.
6. **Paiva, Kelly Cristina e Beppu, Osvaldo Shigueomi.** Posição prona. Brasil: s.n., 2005.
7. **Guerreiro, Diogo, et al.** Papel do enfermeiro no posicionamento em decúbito ventral do doente ventilado. Lisboa: s.n., 2008.
8. **Anjos, Jorge Luís, et al.** Posição prona em pacientes em ventilação espontânea com insuficiência respiratória por COVID-19: relato de caso. Brasil: s.n., 2020.
9. **Moghadam, Vahid Damanpak, et al.** Uso de decúbito ventral para o manejo de pacientes com COVID-19 hospitalizados em enfermaria. Elsevier Editora Ltda., s.n., 2020.
10. **Chaves, Renato, et al.** Oxigenação por membrana extracorpórea: revisão da literatura. São Paulo: s.n., 2019.
11. **Romano, Thiago, et al.** Suporte respiratório extracorpóreo em pacientes adultos. São Paulo: s.n., 2017.
12. **Saúde, Ministério da.** Oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) para tratamento de pacientes com COVID-19. Brasília: s.n., 2020.
13. **ECMO São João.** [Online] [Citação: 01 de Novembro de 2020.] <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/762>.
14. **Enfermeiros, Ordem dos.** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 2. Genebra: s.n., 2011. 9789295094352.

Apêndice III – Artigo de Revisão da Literatura

Revisão da Literatura sobre intervenções de enfermagem, em doentes com delirium, nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Fernandes, Bárbara¹; Neves, Vasco²

1 - Mestranda em Enfermagem com especialização em Médico-Cirúrgica

2 – Professor da Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde e Mestre em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica

Resumo

Introdução: O delirium é uma alteração do padrão neurológico definido como uma disfunção neurológica e cognitiva aguda e que se desenvolve num curto período de tempo. Estudos demonstram que o delirium é comum em doentes críticos internados na UCI e esta relacionado com o facto de os doentes apresentarem uma idade mais avançada e o uso de sedativos/analgésicos. **Objetivo:** identificar as intervenções de enfermagem em doentes com delirium nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). **Métodos:** Revisão da literatura em janeiro de 2021, nas bases de dados SciELO e EBSCOhost. Os descritores MESH utilizados foram: cuidados intensivos *and* delirium *and* enfermagem. O espaço temporal para a seleção dos artigos foi entre 2015 e 2021, de todos os estudos apresentados integralmente nos idiomas inglês e português. **Resultados e Discussão:** foram incluídos quatro artigos na revisão, que respondiam à questão de investigação. As intervenções autónomas de enfermagem tiveram eficácia comprovada ao nível da prevenção do delírio nos doentes internados na UCI, nomeadamente: estimular a cognição, envolver a família na prestação de cuidados e promover o sono e repouso adequado. **Conclusão:** em todos os estudos, foi possível identificar intervenções autónomas de enfermagem para a prevenção do delírio na UCI, o que traduz tanto ganhos para a saúde do doente como da instituição.

Palavras-chave: cuidados intensivos, delirium, enfermagem

Abstract

Introduction: delirium is a change in the neurological pattern defined as an acute neurological and cognitive dysfunction that develops in a short period. Studies have shown that delirium is common in critically ill patients admitted to the ICU and is related to the fact that the patients are older and use sedatives / analgesics.

Objective: to identify nursing interventions in patients with delirium in Intensive Care Units (ICU). **Methods:** integrative literature review in January 2021, in the SciELO and EBSCOhost databases. The descriptors used were: intensive care and delirium and nursing. The time frame for the selection of articles was between 2015 and 2021 and all studies are presented in English and Portuguese. **Results and Discussion:** four articles were included in this review, which answered the research question. Autonomous nursing interventions have proven to be effective in preventing delirium in patients admitted to the ICU, namely: stimulating cognition, involving the family in the provision of care and promoting adequate sleep and rest. **Conclusion:** in all studies, it was possible to identify autonomous nursing interventions for the prevention of delirium in the ICU, which translates the health of the patient and the institution.

Keyword: intensive care, delirium, nursing

Introdução:

O delirium é uma alteração do padrão neurológico definido como uma disfunção neurológica e cognitiva aguda, que poderá ser reversível e que se desenvolve num curto período de tempo, normalmente horas ou dias. Manifesta-se através de alterações da atenção (com diminuição da capacidade para dirigir, focar, manter ou desviar a atenção), da consciência (com diminuição da clareza de percepção do ambiente) e da cognição (défice de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuo-espacial ou percepção) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7).

O delirium pode ser classificado como agudo, geralmente tem duração de poucas horas e pode manter-se durante semanas ou até e mesmo meses. O delirium agudo pode manifestar-se de forma hiperativa, salienta-se a agitação, agressividade e risco de auto e hétero-agressão, de forma hipoativa, salienta-se a prostração, pouca comunicação, baixo nível de consciência, ou então de forma mista, ocorre uma alternância entre as duas formas (1) (3) (7) (8) (9) (10).

Estudos demonstram que o delirium é comum em doentes críticos internados na UCI e esta relacionado com o facto de os doentes apresentarem uma idade mais avançada e o uso de sedativos/analgésicos (3) (4) (11) (12) (13).

É de conhecimento que o delirium aumenta o tempo de ventilação mecânica, de internamento hospitalar, de custos hospitalares e de mortalidade do doente. Vários estudos, evidenciam o facto de o delírio manifestar-se em aproximadamente 80% dos doentes críticos com ventilação mecânica, no entanto, nem todos são corretamente diagnosticados e tratados. O enfermeiro pode implementar medidas não farmacológicas de prevenção e de identificação do delírio com a utilização de instrumentos validados, por isso, reconhecer rapidamente suas manifestações e tratá-las de forma eficaz é uma competência do enfermeiro (1) (2) (3) (5) (8) (11) (13) (14) (15) (16).

Objetivo:

Identificar a existência de delirium e as intervenções de enfermagem inerentes nos doentes internados nas UCI.

Metodologia:

A metodologia adotada foi um estudo descritivo, tendo por base, uma revisão da literatura, sendo este um método que permite a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática (17).

Para a realização da pesquisa, recorreu-se à seguinte pergunta orientadora: Intervenções de enfermagem, em doentes com delirium, nas Unidades de Cuidados Intensivos. A estruturação desta questão, tem subjacente a estratégia PICO: participantes; intervenção; contexto do estudo e resultados (outcomes). A colheita de dados ocorreu em janeiro de 2021 nas bases de dados SciELO e EBSCOhost, através da plataforma CINAHL e MEDLINE, com Full Text. Os descritores MESH utilizados na pesquisa foram: cuidados intensivos *and* delirium *and* enfermagem. Definiu-se como critérios de inclusão: estudos publicados nas bases de dados anteriormente referidas, no espaço temporal de 2015 a 2021, apresentados em texto integral e nos idiomas inglês e português. Os critérios de exclusão foram: estudos repetidos e estudos realizados em UCI neonatais. Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 25 artigos. Inicialmente, foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Posteriormente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, estabeleceu-se uma amostra de 13 artigos. Desses 13 artigos, foi excluído um por se encontrar duplicado. De seguida, procedeu-se a uma análise criteriosa dos restantes artigos selecionados, extraindo-se quatro artigos, como pode ser verificado na figura 1.

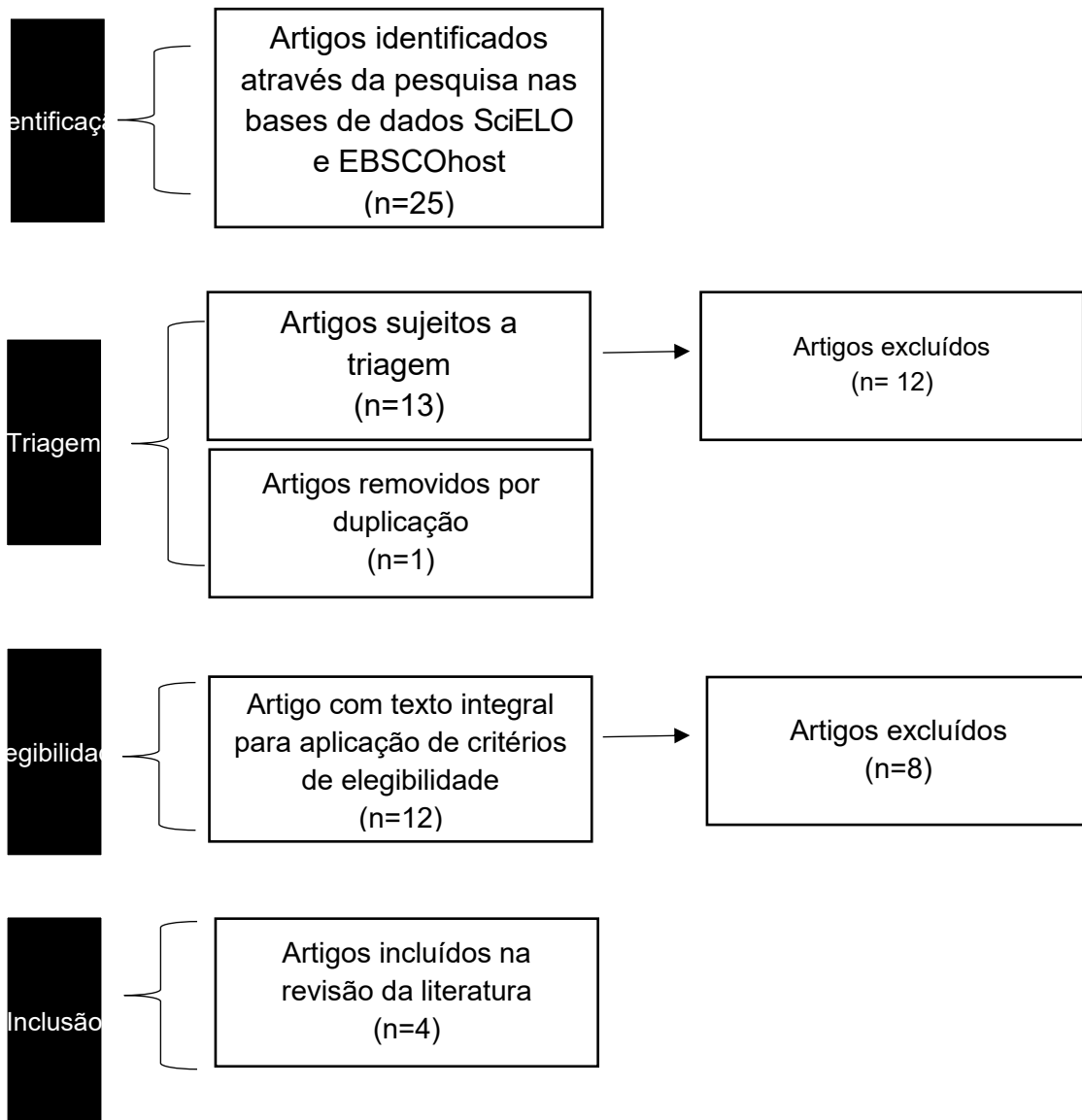


Figura 1: Diagrama de Prisma

Resultados e Discussão:

Através da metodologia utilizada, selecionou-se quatro artigos que se enquadram na resposta da questão de investigação. Para que seja mais simples a perceção dos artigos, elaborou-se a seguinte tabela:

Autores do Artigo	Ano da Publicação	Tipo de Estudo	Desenho da intervenção (N=amostra)	Objetivo do Estudo	Principais Conclusões
Artigo 1: Lia Sousa; Clara Simões; Isabel Araújo	2019	Revisão integrativa da literatura	8 estudos	Identificar as intervenções autónomas de enfermagem que previnem a confusão aguda em doentes adultos internados em Unidades de Cuidados Intensivos.	Identificação de um conjunto de intervenções autónomas do enfermeiro distribuídas por sete grandes áreas de atenção: promoção da estimulação sensorial; promoção da orientação; envolvimento da família; gestão da dor; gestão ambiental; promoção do sono e mobilização precoce e posicionamento.
Artigo 2: Tássia Faustino; Larissa Pedreira; Yasmin de Freitas; Rosana Silva; Juliana Amara	2016	Descritivo e exploratório	11 enfermeiros e 1 auxiliar de saúde	Realizar uma intervenção educativa com membros da equipa de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos, de modo a aumentar o conhecimento e introduzir melhorias nas suas práticas de	A intervenção educativa contribuiu para a melhoria nas práticas da enfermagem e favoreceu o desenvolvimento da consciência crítica

				prevenção e monitorização do delirium nos doentes idosos.	acerca desta problemática.
Artigo 3: Marcia Barros; Danielle Figueirêdo; Maria Fernandes; José Neto; Kátia Costa	2015	Revisão integrativa da literatura	16 artigos	Perceber em que consiste o delírio nos idosos nas Unidades de Cuidados Intensivos.	Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, precisam de melhorar a identificação dos sinais de delírio e implementar estratégias de prevenção dos fatores de risco.
Artigo 4: Simone Ribeiro; Eliane Nascimento; Daniele Lazzari; Walnice Jung; Adilson Boes; Kátia Bertoncetto	2015	Qualitativo, descritivo e exploratório	14 enfermeiros	Analisar o conhecimento dos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos acerca do delirium no doente crítico.	Verificou-se que os enfermeiros têm dúvidas sobre o delirium, no que diz respeito às suas manifestações, na utilização de escalas e nas intervenções de enfermagem adequadas para a sua prevenção.

Tabela 1: Estudos incluídos na revisão integrativa

Através da leitura dos quatro artigos pode-se verificar que as intervenções autônomas dos enfermeiros ajudam a diminuir a ocorrência de delirium nos doentes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos.

No artigo 1, verifica-se que as intervenções autônomas de enfermagem se centram em sete áreas de atenção: promoção da estimulação sensorial, promoção da orientação; envolvimento da família; gestão da dor; gestão ambiental; promoção do sono e mobilização precoce e posicionamento. Na área da promoção da estimulação sensorial, pode-se encontrar as seguintes intervenções: solicitar óculos à família, promover o uso de óculos, solicitar prótese auditiva à família, promover o uso de prótese auditiva, solicitar prótese dentária à família, promover o uso de prótese dentária e promover comunicação efetiva com o doente. Na área da promoção da orientação, pode-se encontrar as seguintes intervenções: avaliar orientação, orientar o doente, executar musicoterapia, executar terapia de orientação para a realidade, e executar terapia pela reminiscência. Na área do envolvimento da família, pode-se encontrar as seguintes intervenções: ensinar a família sobre doença, planejar visita da família e envolver família na prestação de cuidados. Na área da gestão da dor, pode-se encontrar as seguintes intervenções: avaliar dor, monitorizar dor, administrar medicação para a dor, avaliar controlo da dor e gerir dor. Na área da gestão ambiental, pode-se encontrar as seguintes intervenções: gerir o ambiente da Unidade, no que diz respeito ao ruído dos aparelhos, ao ruído feito pelos profissionais e diminuir a incidência da luz no período noturno. Na área da promoção do sono, pode-se encontrar as seguintes intervenções: executar terapia de relaxamento, diminuir ruído de noite, promover sono adequado, avaliar sono e gerir atividade do doente. Por fim, na área da mobilização precoce e posicionamento, pode-se encontrar as seguintes intervenções: promover a mobilidade física, transferir o doente, posicionar o doente, mobilizar o doente.

O artigo 2, pode-se encontrar as intervenções que foram sugeridas a uma equipa de enfermeiros e auxiliares de saúde, de modo a aumentar o conhecimento e introduzir melhorias nas suas práticas de prevenção e monitorização do delirium. As intervenções autônomas de enfermagem sugeridas por este artigo são as seguintes: orientar os doentes no tempo e espaço, estimular a memória, informar a

família, envolver a família na prestação de cuidados, promover o uso de aparelhos auditivos, óculos e próteses dentárias, diminuir a luminosidade, promover o sono adequado e diminuir o ruído dos equipamentos/profissionais.

No artigo 3, verifica-se que os enfermeiros necessitam de melhorar a identificação dos sinais de delirium e implementar estratégias de prevenção dos fatores de risco. Assim, pode-se apurar que as intervenções autónomas de enfermagem sugeridas por este artigo são as seguintes: envolver a família, promover o sono e repouso adequado, promover a mobilização precoce, estimular a cognição, promover a musicoterapia, promover o uso de óculos, aparelhos auditivos e próteses dentárias, gerir o ambiente da unidade e controlar a dor.

O artigo 4, constatou que os enfermeiros têm dúvidas sobre o delirium, no que diz respeito às suas manifestações, na utilização de escalas e nas intervenções de enfermagem adequadas para a sua prevenção. Para colmatar todas essas dúvidas, este artigo sugere as seguintes intervenções autónomas de enfermagem: controlar a dor, estimular a orientação e cognição, promover o sono e repouso adequado, diminuir o ruído dos equipamentos/profissionais e gerir o ambiente na unidade.

Através deste estudo, podemos corroborar que a avaliação, prevenção e gestão do delirium exige uma intervenção complexa e multidisciplinar, contudo existem intervenções autónomas de enfermagem que tem eficácia comprovada ao nível da prevenção desta doença em doentes internados na UCI. Assim sendo, é necessário dar a conhecer as intervenções que se encontram na tabela que se segue aos enfermeiros, de modo a que estes as apliquem na sua prática de cuidados, para promover a excelência no cuidar.

Diagnóstico	Intervenção de Enfermagem
Delirium	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover o uso de óculos; ➤ Promover o uso de prótese auditiva; ➤ Promover o uso de prótese dentária; ➤ Promover comunicação efetiva com o doente; ➤ Avaliar orientação; ➤ Orientar o doente; ➤ Estimular a cognição; ➤ Executar musicoterapia; ➤ Executar terapia de orientação para a realidade; ➤ Ensinar a família sobre doença; ➤ Planear visita; ➤ Envolver família; ➤ Avaliar dor; ➤ Monitorizar dor; ➤ Administrar medicação para a dor; ➤ Controlar a dor; ➤ Gerir ambiente da UCI; ➤ Diminuir a luminosidade; ➤ Diminuir o ruído dos equipamentos/profissionais; ➤ Promover sono e repouso adequado; ➤ Promover a mobilização precoce; ➤ Avaliar sono.

Tabela 2: Intervenções de enfermagem

Conclusão:

Em todos os estudos, é possível identificar intervenções autónomas de enfermagem para a prevenção do delirium na UCI.

Assim, estes resultados são uma mais valia para a prestação de cuidados nesta área do doente crítico e evidenciam os ganhos para a saúde do doente e da instituição. Os ganhos para o doente são na medida em que poderá ter alta para internamento mais precocemente e os ganhos para a instituição são na medida em que ao existir menos dias de internamento hospitalar conseqüentemente existirá menos custos diários ao hospital.

Referências Bibliográficas

1. **Bastos, Alessandra, et al.** *Identificação de delirium e delirium subsindromático em pacientes de terapia intensiva.* São Paulo : s.n., 2018, pp. 484-488.
2. **Sousa, Lia, Simões, Clara e Araújo, Isabel.** *Prevenção da Confusão Aguda em Doentes Adultos internados em Cuidados Intensivos: Intervenções Autônomas do Enfermeiro.* Vila Nova de Famalicão : s.n., 2019, pp. 49-57.
3. **Faustino, Tássia, et al.** *Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention.* Salvador : s.n., 2016, pp. 678-685.
4. **Barros, Marcia, et al.** *Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review.* Rio de Janeiro : s.n., 2015, pp. 2738-2748. 2175-5361.
5. **Mori, Satomi, et al.** *Incidence and factors related to delirium in an Intensive Care Unit.* São Paulo : s.n., 2016, pp. 587-593.
6. **Prayce, Rita, Quaresma, Filipa e Neto, Isabel.** *Delirium: O 7º Parâmetro Vital?* 2018, pp. 51-58.
7. **American Psychiatry Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.* 5ª Edição. Washington : American Psychiatric Association, 2013.
8. **Souza, Regina, et al.** *Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação de delirium.* São Paulo : s.n., 2017, pp. 1-5.
9. **Peterson, Josh, et al.** *Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients.* 2006, pp. 479-484.
10. **Rompaey, Bart, et al.** *A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients.* 2008.
11. **Silva, Simone, et al.** *Percepções reais e ilusórias de pacientes em coma induzido.* São Paulo : s.n., 2019, pp. 857-864.
12. **Ribeiro, Simone, et al.** *Conhecimento de Enfermeiros sobre Delirium no Paciente Crítico: Discurso do Sujeito Coletivo.* Florianópolis : s.n., 2015, pp. 513-520.
13. **Ribeiro, Simone, et al.** *Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo.* 2017, pp. 513-520.

14. **Pisani, Margaret, et al.** Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. 2009, pp. 1092-1097.
15. **Barr, Juliana, et al.** Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. 2013, pp. 263-306.
16. **Witlox, Joost, et al.** Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. 2010, pp. 443-451.
17. **Sousa, Luís, et al.** *A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem*. Coimbra : Sinais Vitais, 2017. pp. 17-26. 2182-9764.

***Apêndice IV – Trabalho de Emergência Extra-
Hospitalar: INEM***



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Local de Estágio: INEM - SIV

Drogas Vasoativas

Realizado por: Bárbara Fernandes

Sob orientação de: Professor Vasco Neves

Enfermeira Mariana Ramos

Porto, janeiro de 2021

“A dúvida é o princípio da sabedoria.”

Aristóteles

Índice

Introdução	138
Intervenções de Enfermagem nas Drogas Vasoativas	140
Drogas Vasoativas	142
Noradrenalina	143
Adrenalina.....	143
Dopamina.....	144
Dobutamina	145
Conclusão	146 Erro! Marcador não definido.
Referências Bibliográficas.....	147

Introdução

A elaboração deste trabalho surgiu no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, na unidade curricular: Estágio Final e Relatório, no ano letivo de 2020/2021, a decorrer no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais concretamente na base de Suporte Imediato Vida (SIV).

A Emergência Extra-Hospitalar é um local de estágio de suma importância para a Especialidade de Médico-Cirúrgica, pois, estes profissionais são os primeiros a prestar cuidados às vítimas críticas, independentemente do contexto em que estão inseridas e, por isso, existe uma aquisição de competências e conhecimentos nesta área do doente crítico. Segundo a Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa: “o exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados.” (Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, 2020).

A elaboração deste trabalho, tem como objetivo adquirir novos conhecimentos e novas competências nesta área do doente crítico, bem como, promover e participar na formação em serviço. O INEM apresentava uma lacuna no plano de formação no que diz respeito a esta temática e foi-me solicitado que realizasse um trabalho de modo a colmatar este défice. Como uma das competências a desenvolver enquanto futura enfermeira especialista é identificar as problemáticas existentes nos locais de estágio e realizar formação em serviço, decidi, em conjunto com o meu tutor, dar resposta a esta problemática e colmatar o défice de formação. Embora saiba que esta temática não é comum no contexto SIV, mas sim, em contexto de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ou helitransporte.

Para a elaboração deste trabalho utilizei a metodologia descritiva, tendo por base a consulta de artigos e protocolos, de modo a apresentar a evidência científica atual.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes: intervenções de enfermagem nas drogas vasoativas, drogas vasoativas e conclusão. No primeiro capítulo, abordo as intervenções de enfermagem nas drogas vasoativas. No segundo capítulo, abordo as drogas vasoativas e alguns dos seus exemplos. No terceiro capítulo, realizo uma conclusão sobre as competências e conhecimentos adquiridos.

Intervenções de Enfermagem nas Drogas Vasoativas

Os avanços nos cuidados relacionados com os fármacos têm sido inúmeros nas últimas décadas. Cada vez mais, os fármacos encontram-se bem identificados, bem armazenados e disponíveis nas mais variadas formas de administração. As prescrições médicas têm sempre em conta, o peso do doente, a faixa etária e o tempo de duração do tratamento. A par de tudo isso, o enfermeiro, antes da administração de qualquer terapêutica deve ter sempre em conta a verificação: da identificação do doente, do nome do medicamento, da dose, da via, da frequência e hora de administração. Contudo, apesar desses avanços, os profissionais continuam a cometer erros que interferem diretamente com a segurança do doente. Os doentes em que ocorre a administração de múltiplos fármacos encontram-se mais suscetíveis à ocorrência de erros, em especial se esses fármacos forem drogas vasoativas (2) (3).

A Emergência Extra-Hospitalar é um local onde a administração de Drogas Vasoativas é necessária, pois, muitas vezes, a vítima encontra-se instável e é necessário recorrer a alguns destes fármacos para que ocorra uma estabilização hemodinâmica. Deste modo, os enfermeiros devem ser profissionais capacitados para realizar uma correta preparação, administração e controlo de reações adversas e hemodinâmicas que estão subjacentes a estas administrações.

Os cuidados de enfermagem aquando da administração destas drogas vasoativas são os seguintes:

- Preparação, administração e controlo das drogas:
 - Estabelecer critérios de diluição das drogas de acordo com protocolos institucionais;
 - Calcular a dosagem através de $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$;
 - Administração através de bombas perfusoras;
 - Saber quais são as drogas fotossensíveis;
 - Conhecer a ação e estabilidade da droga;
 - Manter o peso do doente atualizado;
 - Ter em atenção os sinais de desidratação antes de iniciar a perfusão;

- Monitorização dos parâmetros vitais:
 - Monitorizar: oximetria de pulso, pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, dor, pressão venosa central, capnografia;
 - Ter em atenção a variação dos parâmetros durante a monitorização continua;
 - Ter em atenção alguma alteração do traçado de eletrocardiograma;
- Monitorização da diurese:
 - Realizar balanço hídrico;
 - Realizar um rigoroso controlo hídrico;
 - Ter em atenção alguma alteração da função renal;
- Monitorização da perfusão sanguínea:
 - Avaliar o tempo de preenchimento capilar;
 - Manter as extremidades protegidas das perdas de calor;
 - Ter em atenção alguma alteração da perfusão periférica e do pulso;
- Cuidados com o acesso venoso:
 - Usar preferencialmente cateteres venosos centrais,
 - Dar preferência a uma via exclusiva para cada droga;
 - Lavar a via com menor volume possível;
 - Restringir número de extensões e dispositivos na via da droga;
 - Não administrar bolus de medicação pela via utilizada para a perfusão;
 - Se colocação de cateter venoso periférico, optar por veias de grande calibre;
 - Observar sinais inflamatórios;
- Registos de enfermagem (4) (5).

Drogas Vasoativas

A terminologia de drogas vasoativas é atribuída às substâncias que apresentam efeitos vasculares periféricos, cardíacos ou pulmonares, sejam eles diretos ou indiretos, agindo através de recetores situados no endotélio vascular (5) (6) (7).

As drogas vasoativas são utilizadas em doentes críticos, habitualmente em Unidades de Cuidados Intensivos, e têm como objetivo otimizar o débito cardíaco e tónus vascular da circulação sistémica e pulmonar (5) (6) (7). São importantes para a reversão de situações graves, melhorando o prognóstico dos doentes em situações críticas (2).

O equilíbrio hemodinâmico é essencial no processo de controlo e restituição da disfunção multiorgânica. Para manter este equilíbrio, utilizam-se diversas drogas, nomeadamente, substâncias vasopressoras (tem como função aumentar a pressão arterial através da vasoconstrição arterial e venosa), substâncias vasodilatadores e substâncias inotrópicas (tem como função melhorar a contratilidade do miocárdio e melhorar o volume de ejeção) (6) (7).

Uma das principais drogas vasoativas utilizadas é a catecolamina. A catecolamina é uma substância sintetizada naturalmente no nosso organismo através do aminoácido tirosina (6) (7) (8).

As catecolaminas estimulam recetores alfa, beta e dopa. As drogas resultantes são classificadas em alfa adrenérgicas, beta adrenérgicas e dopaminérgicas ou mistas, dependendo dos recetores sensibilizados. Por sua vez, as alfa adrenérgicas provocam vasoconstrição e aumentam a duração da contração, as beta adrenérgicas provocam vasodilatação e as dopaminérgicas provocam vasodilatação e causam vasoconstrição ao induzirem a libertação de noradrenalina (6) (7) (8).

A reposição de volemia, a correção dos distúrbios hidro-eletrolíticos e a correção ácido-base são essenciais aquando da prescrição destas drogas, de modo a que exista um equilíbrio hemodinâmico (6) (7).

Aquando da administração destas drogas é necessária uma monitorização hemodinâmica invasiva, pois, as suas ações podem causar efeitos colaterais graves, quer ao nível dos parâmetros respiratórios, quer ao nível dos parâmetros circulatórios, sendo necessária a sua interrupção (6) (7).

A noradrenalina, a adrenalina, a dopamina e a dobutamina são os exemplos das catecolaminas existentes (5) (6) (7) (8). De seguida irei abordar cada fármaco individualmente.

Noradrenalina

A noradrenalina pertence ao grupo farmacológico Alfa-/Beta- agonista e é um neurotransmissor do sistema nervoso simpático e precursor de adrenalina (8).

Este fármaco está indicado em caso de hipotensão ou choque (cardiogénico, séptico ou outro choque que não reverte após administração adequada de fluidos). O seu mecanismo de ação consiste na estimulação dos recetores beta1-adrenérgicos e os recetores alfa-adrenérgicos, provocando um aumento da contratilidade e da frequência cardíaca, bem como vasoconstrição, aumentando assim a pressão arterial sistémica e o fluxo sanguíneo coronário. Clinicamente, os efeitos alfa (vasoconstrição) são maiores que os efeitos beta (efeitos inotrópicos e cronotrópicos) (8).

A administração da noradrenalina ocorre por via endovenosa em perfusão contínua sendo a dose inicial de 2 µg/minuto e a dose de manutenção entre 2-10 µg/minuto. A sua diluição pode ocorrer em glicose 5% ou cloreto de sódio 0,9% + glicose 5% (8) (9) (10). Aquando da administração desta droga podem ocorrer reações adversas, nomeadamente: bradicardia, arritmia cardíaca, cardiomiopatia de stresse, insuficiência vascular periférica; ansiedade, cefaleias e dispneia (8) (10).

Adrenalina

A adrenalina pertence ao grupo farmacológico Alfa- / Beta- agonista e é um agonista alfa-adrenérgico forte e de ação direta com praticamente nenhuma atividade beta-adrenérgica. É uma catecolamina endógena e como tal é sintetizada em resposta à estimulação simpática. (11).

O uso desta droga está indicado em caso de hipotensão, choque, asma agudo grave, bradicardia, paragem cardiorrespiratória ou reação anafilática. O seu mecanismo de ação centra-se na produção da vasoconstrição arterial sistémica (11).

A administração da adrenalina ocorre por via subcutânea, intramuscular, intracardíaca, endovenosa em bolus ou endovenosa em perfusão contínua dependendo da finalidade da sua administração. A via intramuscular é aconselhada em situações de asma agudo grave, reações anafiláticas ou outras reações de hipersensibilidade graves. A via endovenosa em bolus é indicada em situações de paragem cardiorrespiratória. A via endovenosa em perfusão é aconselhada em situações de bradicardia, sendo a dose inicial entre 2 - 10 µg/kg/minuto e a dose de manutenção entre 0,1 - 0,5 µg/kg/minuto. A sua diluição pode ocorrer em cloreto de sódio 0,9% ou glicose 5% (9) (10) (11). Aquando da administração desta droga podem ocorrer reações adversas, por exemplo: arritmia cardíaca, dor torácica, hipertensão, enfarte agudo do miocárdio, taquicardia, ansiedade, hemorragia cerebral, desorientação, náuseas, vômitos, dispneia e hipo/hiperglicemias (10) (11).

Dopamina

A dopamina pertence ao grupo farmacológico de agente agonista adrenérgico/inotrópico e é um precursor da noradrenalina. É uma catecolamina natural sintetizada a partir do aminoácido tirosina e dependendo da dose administrada pode apresentar vários efeitos farmacológicos (12).

Esta droga é aconselhada em situações de bloqueio cardíaco que não responde à atropina ou estimulação e bradicardia sintomática (12). O seu mecanismo de ação consiste em estimular os recetores adrenérgicos e dopaminérgicos. Quando administrado em doses mais baixas, são principalmente estimulantes dopaminérgicos e provocam um aumento do débito cardíaco e vasodilatação renal e mesentérica. Quando administrados em doses médias, também são estimulantes dopaminérgicos e beta1-adrenérgicos e produzem um aumento do débito cardíaco e da pressão arterial. Quando administrados em grandes doses, estimulam também os recetores alfa-adrenérgicos e provocam um aumento da pressão arterial e uma diminuição do fluxo renal (12).

A administração deste fármaco ocorre por via endovenosa contínua, onde a dose inicial é entre 1 - 5 µg/kg/minuto, a dose de manutenção é entre 2 - 20 µg/kg/minuto e a dose máxima é de 50 µg/kg/minuto. A sua diluição pode ocorrer em glicose 5% ou cloreto de sódio 0,9% (9) (10) (12). Aquando da sua administração pode ocorrer reações adversas, nomeadamente: ansiedade, cefaleias, poliúria, dispneia, náuseas, vômitos, midríase, taquicardia/bradicardia e hipo/hipertensão (10) (12).

Dobutamina

A dobutamina pertence ao grupo farmacológico de agente agonista adrenérgico, Inotrópico (13).

O uso deste fármaco é aconselhado em situações de hipotensão na ausência de hipovolémia, suporte avançado de vida e disfunção do miocárdio (13). O seu mecanismo de ação centra-se em estimular os recetores beta1-adrenérgicos do miocárdio, resultando num aumento da contratilidade e frequência cardíaca, e estimula os recetores beta2 e alfa1 na vasculatura. Apesar dos recetores beta2 e alfa1 adrenérgicos também serem ativados, os efeitos dessa ativação no recetor beta2 pode igualmente compensar ou ser ligeiramente maior do que os efeitos da estimulação alfa1, resultando em vasodilatação além das ações inotrópicas e cronotrópicas (13).

A administração desta droga ocorre por via endovenosa contínua, sendo a dose inicial entre 0,5 - 1 µg/kg/minuto, a dose de manutenção entre 2 - 15 µg/kg/minuto e a dose máxima de 40 µg/kg/minuto (9) (10) (13). A sua diluição pode ocorrer em glicose 5%, cloreto de sódio 0,9% ou cloreto de sódio 0,9% + glicose 5% (9) (10) (13). Aquando da sua administração podem ocorrer reações adversas, por exemplo: taquicardia, dor no peito, cefaleias, náuseas, dispneia, cardiomiopatia stress, reação de hipersensibilidade e flebite localizada (10) (13).

Conclusão

Segundo Rocha e Almeida: *“A enfermagem é a arte do cuidar e a ciência cuja a essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo ações de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.”* (14).

A ciência da enfermagem esta sempre em constante mudança quer a nível tecnológico como científico. Nós, como enfermeiros, devemos estar sempre em permanente atualização de conhecimentos teórico-práticos para que a nossa prestação de cuidados seja de excelência.

A elaboração deste trabalho foi essencial para o desenvolvimento de competências nesta área do doente crítico. Foi possível aprofundar e mobilizar conhecimentos adquiridos quer da minha formação inicial, quer da minha formação graduada. Para além disso, permitiu que se realiza uma prática de acordo com a evidência científica atual.

Os conhecimentos científicos e teórico-práticos em conjunto com o processo reflexivo resultam numa prática de cuidados autónoma e de qualidade. Esta prática de cuidados associada à evidência científica resulta numa prática de enfermagem avançada.

Referências Bibliográficas

1. **Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.** Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. [Online] 13 de 03 de 2020. [Citação: 25 de 02 de 2021.] <https://www.essnortecvp.pt/pt/cursos/emergenciaextra-hospitalar/>.
2. **Paim, Ane, et al.** *Validação de instrumento para intervenção de enfermagem ao paciente em terapia vasoativa.* S.L.: Revista Brasileira de Enfermagem, 2017, pp. 476-484.
3. **Direção Geral da Saúde.** *Orientação nº 014/2015: Processo de Gestão da Medicação.* Lisboa : s.n., 2015, pp. 1-5.
4. **Allen, Jonh.** Understanding Vasoactive Medications: Focus on Pharmacology and Effective Titration. 2014, Vol. 37.
5. **Manaker, Scott.** Use of vasopressors and inotropes. 2020.
6. **Fonseca, Júlio.** Drogas vasoativas - Uso racional. 2001, Vol. XIV Nº 2, pp. 4953.
7. **Pereira, Mafalda e Ribeiro, Laura.** Stresse, Catecolaminas e Risco Cardiovascular. 2012, Vol. 26.
8. **Lexicomp, Inc.** Norepinephrine (noradrenaline): Drug information. 2021.
9. **Dinis, Ana Paula.** *Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica.* 2010.
10. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh.** *Guia para preparo de medicamentos injetáveis.* Altos do Indaiá: s.n., 2017.
11. **Lexicomp, Inc.** Epinephrine (adrenaline) (systemic): Drug information. 2021.
12. —. Dopamine: Drug information. 2021.
13. —. Dobutamine: Drug information. 2021.
14. **Rocha, Semiramis e Almeida, Maria.** *O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplina.* 2000. pp. 96-101. Vol. 8. 0104-1169.