



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM ENVOLVIMENTO FAMILIAR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação
crítica

Por:

Diana Marisa Andrade do Couto

Porto, maio de 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM ENVOLVIMENTO
FAMILIAR**

**APPROACH TO THE CRITICAL SICK WITH FAMILY
INVOLVEMENT**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação
crítica

Por

Diana Marisa Andrade do Couto

Sob a orientação de Prof. Doutora Amélia Ferreira

Porto, maio de 2021

Resumo

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no plano do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à pessoa em situação crítica e pretende refletir o percurso para a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista. Este foi desenvolvido no contacto com contextos da prática clínica, em ambiente de serviço de urgência e emergência extra-hospitalar. Com este documento procurou-se apresentar objetivos planeados e concretizados, descrever atividades desenvolvidas e competências adquiridas, utilizando uma visão crítico-reflexiva para a demonstração do percurso realizado. Para a sua elaboração, partiu-se de evidência atual e com qualidade para fundamentação e tomada de decisão e utilizou-se uma metodologia descritiva e reflexiva. Como alicerce à sua construção teve-se em conta os objetivos definidos para a Unidade Curricular, o projeto de estágio com os objetivos pessoais e os trabalhos elaborados no decorrer dos contextos. Este baseia-se na reflexão sobre o processo de aprendizagem e aquisição de competências prévios, na contextualização dos locais da prática clínica, na descrição do processo de aquisição de competências na área de especialização, na análise global do percurso de aprendizagem e principais implicações para a prática profissional, crescimento pessoal e académico. Desenvolveu-se ainda uma reflexão crítica, com intervenção na equipa sobre o papel da família na pessoa doente no serviço de urgência, com o objetivo de compreender a sua importância e a tradução para a qualidade e humanização de cuidados. A recolha e análise de dados relativos a esta temática bem como, a perceção de lacunas no que a respeita e ainda, a importância para o controlo de infeção neste contexto, levou a uma reflexão e acompanhamento ao longo do mesmo, numa tentativa de melhoria da qualidade de cuidados, partindo de uma necessidade identificada. Foi ainda realizada uma revisão integrativa sobre a presença da família em contexto da PCR (Paragem cardiorrespiratória) no extra-hospitalar com o objetivo de compreender a importância da sua presença. A prática profissional com enfoque na ética, deontologia, comunicação e relação terapêutica é igualmente refletida neste trabalho. O principal contributo neste crescimento enquanto enfermeiro especialista remete à capacidade de reflexão e gestão na prestação de cuidados, o desempenho de ações fundamentadas em evidência atual e de qualidade e ainda a humanização de cuidados. Assim se compreende a importância da investigação para a evolução dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da profissão construída por enfermeiros mais formados e atualizados.

Palavras-chave: Enfermagem Especializada, Qualidade de cuidados, Doente crítico, Família.

Abstract

This report comes under the module “Final Placement and Report”, part of the Masters degree in Medical and Surgical Nursing of the critically ill patient. Its aim is to assess the learning pathway to acquire the competences of a Specialist Nurse. This was developed based on clinical practice in an Emergency Department and out of hospital emergency. In this essay we tried to demonstrate planned and accomplished goals, describe developed activities and acquired competences, using a critical-reflective vision to demonstrate the pathway taken. This essay was done based on the most recent scientific evidence to support the decision-making process. A descriptive-reflective methodology was used. As a foundation for this essay, the aims of the module, the placement project with personal goals and the projects done throughout were taken into account. Based on the assessment of the learning process and previously acquired competences, the contextualization of the clinical sites, the process of acquiring specific competences and a global assessment of the learning pathway and main implications for the professional practice and personal and academical growth. Through the development of a critical reflection and intervention in the team about the role of the family of the patient in an emergency department to understand its importance and translate that into quality and humanisation of the care provided. The collection and analysis of data, as well as the perception of the lack of information about this subject, and also the infection control led to reflection and monitoring throughout the placement, attempting to improve the quality of the care, starting from an identified need. An integrative review was also carried out about the presence of the family in an out of hospital cardiac arrest with the aim of understanding the importance of their presence. Professional practice focused on ethics, deontology, communication and therapeutical relationship is also reflected in this essay. The main contributions to the growth as a Specialist Nurse refer to the capacity of reflection and management in the provision of care, the implementation of actions based on the most recent evidence and the humanization of care. Therefore, it is possible to understand the importance of research for improvement of the nursing care and development of the profession by more trained and updated nurses.

Keywords: Specialized Nursing, Quality of care, Critical patient, Family.

Agradecimentos

Agradeço o esforço e compreensão, pela ausência e falta de disponibilidade, da minha família.

Um especial agradecimento a todos os profissionais, amigos e colegas que contribuíram para o meu crescimento profissional

Aos que ajudaram a tornar possível este meu desejo, através de incentivos, apoio e interajuda em todas as fases do processo.

Às pessoas que me foi possível conhecer e que deram o seu contributo, levo-os para a vida.

O meu obrigado pela disponibilidade e orientação da Prof.^a Doutora Amélia Ferreira.

Lista de Siglas

ABCDE- Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC - Cateter Venoso Central

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI'S – Equipamentos de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS-UCP - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

KPC– Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

OBS - Observação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

SE – Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

SU- Serviço de Urgência

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. O PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
2.1. COMPETÊNCIAS ANTERIORMENTE ADQUIRIDAS.....	17
2.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO.....	20
2.3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	25
2.3.1 OBJETIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	27
2.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	55
3. CONCLUSÃO.....	56
4. BIBLIOGRAFIA	58
Apêndice I - Prevenção e controlo de infeções associadas ao Cateter Venoso Central (CVC) - Check-list de segurança de inserção.....	63
Apêndice II - O papel da família na pessoa doente no Serviço de Urgência	71
Apêndice III - A presença da família em contexto da PCR no extra-hospitalar - Revisão integrativa	86
Apêndice IV - A presença da família em contexto da PCR no extra-hospitalar - Apresentação da revisão integrativa	104

1. INTRODUÇÃO

Do enfermeiro especialista espera-se que este possua e demonstre conhecimentos científicos, técnicos e relacionais baseados na experiência e no olhar crítico e reflexivo sobre as situações que se lhe deparam. É baseado nestes pressupostos que se insere a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, competências estas que irão permitir exercer de forma mais autónoma, aperfeiçoar a prática diária e adaptar a um ambiente em constante transformação e evolução quer a nível científico como técnico.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744) e, especificamente no que toca à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho define que se espera que este “responda eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade de cuidados” (p. 19360). Assim, é no reconhecimento das competências esperadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) que se procurou basear este processo de aprendizagem.

Assim, no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, inserida no plano curricular do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), no 3º semestre do ano letivo 2020/2021, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio que se destina à descrição e análise do processo de aprendizagem, quer no âmbito da enfermagem especializada, quer no desenvolvimento de competências académicas. Este tem o intuito de apresentar os objetivos planeados e atingidos, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas neste contexto, demonstrando o percurso decorrido numa visão crítico-reflexiva. Esta unidade curricular corresponde a 30 ECTS que equivalem à

realização de um total de 840h, 360h de contexto da prática, 20h de seminários, 20h de orientação tutorial e restantes 440h de trabalho individual, entre os dias 02/11/2020 e 07/04/2021. A primeira parte deste processo de contexto prático decorreu em 180h no Serviço de Urgência (SU) entre os dias 02/11/2020 e 06/01/2021 e a segunda, em contexto de emergência extra-hospitalar, com a mesma carga horária, entre 07/01/2021 e 28/02/2021. Após o término do contacto com o contexto da prática, decorreu o período de 01/03/2021 até 07/04/2021, destinado à elaboração do presente relatório, cuja classificação final é atribuída após discussão pública do mesmo. Este momento inserido no plano curricular do curso pretende proporcionar oportunidades para o desenvolvimento de competências na área de EEMC, numa perspetiva académica e profissional baseada na formulação de objetivos de aprendizagem (ICS-UCP, 2019).

Este documento apresenta-se como um elemento fundamental sobre o processo de desenvolvimento de competências ao longo da unidade curricular, dado que permite, através da reflexão crítica, perceber se as atividades desenvolvidas, as intervenções e o desempenho foram de encontro aos objetivos pessoais e preconizados pela instituição de ensino, e, ao mesmo tempo surge como um objeto de avaliação que permitirá perceber qual o contributo do estágio em questão para o crescimento pessoal e profissional.

A área do doente crítico surge como uma vertente de grande interesse pessoal, pela sua especificidade de conhecimentos e competências e forte exigência para o enfermeiro na identificação precoce e resolução rápida de problemas. Define-se como doente crítico aquele em que, “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9). Um SU permite o contacto com uma grande multiplicidade de contextos clínicos e com a doença grave numa primeira abordagem no meio hospitalar. Neste contexto impera a necessidade de organização de tarefas, estabelecimento de prioridades, de identificação de sinais de alarme e a relação entre sinais e sintomas, bem como, gestão de stress e conflitos. O facto de exercer funções num SU torna possível o desenvolvimento de algumas competências nesta área, mas sobretudo cria interesse na aquisição de novas competências noutras vertentes e contextos. Já o contexto de emergência extra-hospitalar para além de permitir o contacto com múltiplos contextos clínicos, a gestão de fatores externos está inerente nesta prática. O contacto com a doença grave em ambiente extra-hospitalar e o reconhecimento de novas metodologias de trabalho, bem como, o fato de ser o primeiro meio de suporte, foram as principais motivações para esta seleção. São estas particularidades do cuidado ao

doente crítico que o tornam tão interessante e uma área de grande investimento pessoal. Assim, a escolha destes locais de estágio adveio da vontade de aquisição contínua de novos conhecimentos e capacidades nos diversos âmbitos deste cuidado.

Para elaboração do presente relatório utilizou-se uma metodologia descritiva e reflexiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica para respetiva fundamentação, procurando evidência atual e com qualidade. Estruturalmente, o presente documento baseia-se na descrição do percurso para a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista em quatro principais partes: a primeira aborda o processo de aprendizagem prévio ao decorrer desta unidade curricular; a segunda faz uma contextualização dos locais de prática clínica; a terceira descreve, analisa, fundamenta e reflete sobre o processo de concretização de objetivos, concretização de atividades e desenvolvimento de competências; e a quarta que faz uma análise global de todo este processo e do impacto e implicações que este trouxe para a prática profissional e desenvolvimento académico. Seguidamente a este principal capítulo apresenta-se a conclusão e em apêndice os documentos desenvolvidos no decorrer dos contextos da prática. Optou-se por utilizar este método de organização uma vez que se procura espelhar cronologicamente o processo de pensamento e aprendizagem, bem como, a forma como se atingiu os objetivos e aquisição de competências esperadas, tendo por base o projeto de estágio previamente desenvolvido.

Considera-se, assim, este relatório como um espelho do processo de desenvolvimento de competências na área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa crítica, favorecendo o processo de aprendizagem académica, desenvolvimento pessoal e evolução profissional no decorrer da unidade curricular.

2. O PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A reflexão sobre a aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica está na base deste percurso. Assim, neste capítulo, inicialmente reflete-se sobre o impacto que as competências desenvolvidas anteriormente tiveram no decorrer da unidade curricular, faz-se uma contextualização da prática clínica, e por último descreve-se, numa perspetiva reflexiva e fundamentada, a concretização de objetivos, o desempenho de atividades e aquisição de competências planeadas e seu impacto no exercício profissional.

2.1. COMPETÊNCIAS ANTERIORMENTE ADQUIRIDAS

O desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica iniciou-se com o estágio do 2º semestre, com a unidade curricular *A pessoa em situação crítica em família - vigilância e decisão clínica*. Este primeiro momento decorreu em contexto de cuidados intensivos entre 07/09/2020 e 31/10/2020 e permitiu o desenvolvimento de competências nesta área tão específica que são os cuidados intensivos e o cuidado ao doente emergente. Neste contexto, em que predomina a técnica, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve também diferenciar-se pela capacidade de ser um elo de ligação com a equipa multidisciplinar e com a família. Refletiu-se sobre as atividades desempenhadas de forma crítica, e a forma como estas contribuíram para a melhoria do desempenho profissional, enumerando os aspetos considerados menos positivos mas também, apresentando sugestões de mudança para melhorar, de alguma forma, a prática diária. A unidade de cuidados intensivos permitiu o contacto com uma realidade completamente diferente, e as novas experiências e os profissionais com quem contatei, contribuíram para a minha formação e o constante desenvolvimento de competências como enfermeira especialista. Foi possível observar, compreender e prestar cuidados em contextos

diferentes (unidade de cuidados intensivos, sala de emergência e emergência intra-hospitalar) tendo em conta as suas especificidades e recursos materiais e humanos disponíveis. Mantendo uma visão crítica, procurou-se refletir sobre o observado e, relacionando com a evidência científica mais atual, formular e apresentar estratégias de melhoria.

Prestar cuidados a doentes internados em cuidados intensivos foi um desafio, na medida em que nunca tendo tido a oportunidade de experienciar as vivências deste tipo de serviços, este contacto mostrou-se muito proveitoso. Se num primeiro impacto a parafernália de máquinas e prolongadores com perfusões de drogas terapêuticas necessárias à manutenção da vida se mostra um pouco assustador, à medida que o contato foi feito vai-se desmistificando e observando o doente que está em risco de vida, concecionando os cuidados no sentido de dar resposta às suas necessidades. Deixa de se visualizar as máquinas para conseguirmos visualizar o alvo dos nossos cuidados – um ser humano com falência multiorgânica. A vivência de experiências neste serviço permitiram não só crescer enquanto profissional mas como pessoa. A atuação do enfermeiro especialista deve reger-se por elevados padrões de qualidade e de responsabilidade ética e legal, de acordo com o código deontológico do enfermeiro, constante no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Deste modo a prática de enfermagem deverá reger-se pelos valores de igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional, com vista ao respeito pelos direitos e à excelência do exercício profissional. A atuação face ao doente crítico passa por uma avaliação sistemática, em que se faz a avaliação A-airway, B- Breathing, C-Circulation D- Disability, E- Exposition, usual nas situações de trauma, mas usada também na prática diária, procurando-se de forma rápida avaliar áreas problemáticas em que seja necessário atuar. Esta forma estruturada e organizada de atuar permite o planeamento das práticas de forma a obterem-se resultados eficazes e eficientes. É também necessário que o enfermeiro especialista seja dotado de competências técnicas uma vez que a prestação de cuidados nestas unidades está rodeada pela mais recente tecnologia ao serviço destes. Tenho consciência de que a abordagem do doente crítico requer um atendimento em equipa multidisciplinar, em que cada elemento deve saber o seu plano de atuação, em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento correta para uma abordagem da pessoa em situação crítica nos referidos contextos. De uma forma geral o enfermeiro especialista deverá destacar-se na equipa pelo seu nível de conhecimentos, capacidade de gestão de cuidados, deteção de casos vulneráveis e coordenação de equipas, pautado por

uma prática profissional, ética e legal de excelência que conduza à melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo para a satisfação do cliente.

Em tudo o que engloba os cuidados intensivos, a nível do equipamento mais usual, nomeadamente ventiladores e monitorizações invasivas (pressões arteriais, pressões venosas centrais), monitorizações BIS, PICCO este contexto foi uma mais valia para aquisição de competências. A nível de procedimentos observou-se e mais tarde colaborou-se na realização dos mesmos, nomeadamente a nível da colocação de cateteres venosos centrais (CVC), linhas arteriais, intubações endotraqueais. Foi neste contexto que se verificou a necessidade de maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção desenvolvendo uma Check-list de inserção de CVC (apêndice I) evidenciada na pertinência para a prevenção e controlo das infeções associadas à inserção de cateteres centrais, bem como, fornecer indicadores para a estratégia de segurança e melhoria de assistência à saúde. A prevenção e controlo de infeção é parte integrante da segurança do doente, e exige o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas e implementação das normas de controlo de infeção, algo que esta check-list pode fazer fase. Neste contexto de estágio, foi possível gerir e planear cuidados de enfermagem ao doente crítico na equipa multidisciplinar, manter uma atuação fundamentada, adaptada ao contexto e especificidades da situação clínica bem como a recursos materiais e humanos disponíveis. A eficácia no tratamento de doentes graves depende da capacidade das equipas em seguirem e cumprirem os passos pré-determinados e protocolados para preservar os aspetos essenciais à sobrevivência do doente (NUNES, 2009).

Foi ainda possível, aplicar conhecimentos de prática baseada na evidência de forma crítica e reflexiva, mantendo juízo clínico; estabelecer uma comunicação interpessoal adequada e gestão da relação terapêutica com o doente; reconhecer metodologias e áreas determinantes na gestão de recursos e cuidados bem como desenvolver capacidade de adequar métodos de gestão em saúde às especificidades do contexto; e atuar visando otimizar o ambiente e processos terapêuticos, prevenindo complicações e eventos adversos. Neste sentido, considera-se que esta Unidade Curricular foi mais um passo essencial neste processo de aprendizagem e desenvolvimento a diversos níveis. A aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista dá-se ao longo do tempo e a existência de um contexto em que é possível adquirir conhecimentos e habilidades, refletir criticamente sobre a prática, identificar necessidades e planear e gerir cuidados é claramente facilitadora. Deste modo se julgam visíveis os contributos desta primeira experiência para todo o processo de evolução.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

O primeiro momento de contacto com o contexto da prática clínica, desta unidade curricular, decorreu num SU no período entre 02/11/2020 e 06/01/2021. A prestação de cuidados num serviço de urgência permite vivenciar uma grande multiplicidade cenários clínicos e o cuidado à doença grave na sua primeira abordagem em meio hospitalar. A seleção deste campo de estágio, sendo um serviço preparado para uma resposta médico-cirúrgica, prendeu-se com o facto de possuir uma grande quantidade e variedade casuística e permitir o reconhecimento de novas metodologias de trabalho, por pertencer a uma instituição distinta daquela em que são exercidas as minhas funções. Assim, a escolha do SU, veio de encontro à minha atividade profissional, uma vez que exerço funções no SU de uma outra instituição e, tenho como interesse pessoal, consolidar conhecimentos, desenvolver e aprofundar capacidades e competências nas várias vertentes do cuidado ao doente crítico, bem como, desenvolver juízo crítico-reflexivo tanto pela minha prática como dos cuidados prestados. O facto de exercer funções num SU torna possível o desenvolvimento de algumas competências nesta área mas, sobretudo, também cria interesse na aquisição de competências noutras vertentes e contextos de cuidados críticos e, sendo este um SU noutra unidade hospitalar, a aquisição de capacidade de prestação de cuidados num contexto diferente, adequando recursos materiais e humanos e o contacto com uma nova realidade, enriquecendo o processo de evolução académica e profissional.

Neste contexto, o SU é constituído por diversos pontos que se interligam e definem o percurso do doente que a este recorre. O primeiro momento de contacto é assegurado pelo enfermeiro e ocorre na triagem. Neste posto são abordados os doentes provenientes do exterior, previamente admitidos por assistentes técnicos, onde é criado o episódio de urgência. No momento da criação do episódio de urgência, nesta fase de pandemia pelo vírus SARS-CoV2, os assistentes técnicos tem como papel acrescido, uma pré triagem de sintomatologia compatível com Covid fazendo a separação de utentes encaminhando para uma área não Covid ou uma área Covid. Na triagem o enfermeiro aplica a Triagem de Manchester para a avaliação da sintomatologia e condição do doente, resultando desta uma prioridade classificada com uma cor, que define o tempo esperado em que o doente deve ser observado por um médico. Neste posto, o enfermeiro encaminha o doente para a área em que irá ser avaliado em consulta, podendo esta ser a ala médica, cirúrgica ou de especialidade (ortopedia, neurologia, ginecologia ou obstetrícia) ou ainda área Covid. Tanto na área não Covid como na área Covid, existe um posto de triagem continuamente

em funcionamento, podendo um segundo ser assegurado por outro enfermeiro caso o tempo de espera ultrapasse os vinte minutos. Caso sejam identificados critérios para o acionamento de uma Via Verde (AVC ou coronária), este profissional ativa-a e faz o encaminhamento cumprindo o respetivo protocolo associado. Os doentes da área médica triados com a cor azul, verde ou amarela são encaminhados para a sala de espera e os restantes para as respetivas áreas de atendimento ou para a zona laranja, onde são alocados aqueles a que foi atribuída esta prioridade. A Sala de Emergência (SE) encontra-se próximo da entrada do serviço para um mais fácil acesso e tem como função receber os doentes triados com cor vermelha e que se encontram em risco de vida ou situações de doença grave. Alocados a esta sala, estão um enfermeiro responsável por turno e um segundo enfermeiro de apoio, a mesma possui 2 unidades em funcionamento, podendo, em caso de necessidade receber um terceiro doente. Existem 2 contactos de emergência interna, um para emergências clínicas e outro para emergências não clínicas, que têm como objetivo garantir assistência em situações exceção. Este primeiro, ativa a equipa de emergência médica interna para atuação em doentes críticos em risco de vida e o seu funcionamento é assegurado pelo serviço de cuidados intensivos da instituição. Na área médica encontram-se vários gabinetes numerados, um deles, reservado a casos com possível necessidade de isolamento, e colheita de testes Covid. Existem também uma sala de tratamentos e uma sala de enfermagem onde são alocados 3 enfermeiros por turno. Estas, pretendem dar resposta aos cuidados que vão sendo necessários aos indivíduos que se encontram na ala médica, podendo ser realizados procedimentos como colheitas de sangue, administração de fármacos, oxigenoterapia ou soroterapia, entre outros. Na ala cirúrgica existe um posto de trabalho de apoio aos doentes a serem observados em consulta e uma sala de pequena cirurgia, constituída por 2 macas e cadeirões, na qual é alocado um enfermeiro por turno e onde podem ser realizados tratamentos a feridas ou outros procedimentos, conforme o necessário. Uma segunda sala de tratamentos está destinada àqueles que carecem de vigilância durante algumas horas e que aguardam a realização ou resultados de exames. Nesta unidade de curta duração prestam cuidados 2 enfermeiros e existe a possibilidade de alocar 15 doentes. Existe ainda uma zona de observação (OBS) que se destina a utentes em que se prevê uma estadia curta mas mais imprevisível (até 2 dias) e que carecem de uma vigilância mais apertada e de um acompanhamento mais próximo. Esta ala é constituída por 5 quartos e aloca 16 doentes, tendo cada uma das unidades a possibilidade de monitorização contínua com ligação à central que se encontra na sala de enfermagem, metade destas vagas são destinadas a doentes SARS-CoV2 -

positivos, e a outra metade a doentes SARS-CoV2 negativos havendo uma separação física entre estas unidades e ficam 4 enfermeiros alocados a estas áreas. No contexto da pandemia que atravessamos, muitas são as adaptações que o SU tem vindo a fazer, e à semelhança do descrito até agora, foi criada uma área para atendimento de casos confirmados de Covid e, ou suspeitas, com posto de triagem, gabinetes médicos, sala de enfermagem, e salas de isolamento para doentes confirmados.

A estrutura do SU e sua divisão por áreas têm como objetivos facilitar o circuito do doente, reduzir o tempo de espera, distribuir os indivíduos pelo espaço disponível e favorecer a intervenção dos profissionais ao reduzir o risco de erro e o tempo e recursos utilizados. Considera-se que este contexto da prática clínica é favorecedor ao processo de desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista, não só pela sua dinâmica de funcionamento como pela tipologia de casuística que recebe. A oportunidade de integrar cada um destes postos permitiu desenvolver competências e habilidades na avaliação rápida e eficaz do doente, na organização dos cuidados e na intervenção de acordo com os recursos materiais e humanos disponíveis. A disposição dos doentes em ambientes por vezes pouco controlados, a carga de trabalho irregular e a abordagem ao indivíduo com diferentes níveis de gravidade são algumas das particularidades deste contexto. Estas contribuem para uma necessidade de definição de prioridades, de gestão eficaz dos cuidados e da sua adequação conforme as condições disponíveis.

O segundo momento de contacto com o contexto da prática clínica decorreu entre 07/01/2021 e 28/02/2021, no meio extra-hospitalar.

A criação de um sistema de emergência médica extra-hospitalar adveio do envelhecimento populacional e conseqüente crescente necessidade de assistência capaz de dar resposta em situações críticas. Este pretendia garantir às vítimas a prestação de cuidados de saúde de qualidade, no local da ocorrência, e o transporte assistido com meios e equipas direcionados para os problemas existentes, até à instituição de destino (INEM, s.d.). Segundo o Decreto-Lei n.º 19/2016 de 15 de abril, a emergência médica extra-hospitalar tem tido um papel essencial na abrangência nacional de uma rede de meios de emergência, facilitando a supressão das desigualdades de acesso da população aos cuidados de saúde, cumprindo a obrigação constitucional de universalidade” (p.1279). O Instituto Nacional de Emergência Médica, tal como refere o Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro, é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio (p. 748). Este é o organismo do Ministério da Saúde que assume a responsabilidade de coordenar o funcionamento, no território de

Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir a vítimas de sinistros ou doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. As suas principais funções são: a prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para a instituição adequada, a articulação entre os vários intervenientes do SIEM, a formação em emergência médica a todos os profissionais, a realização de ações de sensibilização à população e a gestão de uma rede de comunicações em situações específicas como com embarcações (CODU-Mar), centro antivenenos (CIAV) e aconselhamento psicológico (CAPIC) (INEM, s.d.). O número europeu de emergência, 112, permite a sua ativação por chamada que, sendo inicialmente atendida por agentes de segurança, sempre que se trata de uma emergência médica, é reencaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). É neste local que é efetuada a triagem e ativados os meios adequados para a situação específica. Para o desempenho das suas atribuições, a emergência extra-hospitalar dispõe de diferentes meios tais como:

- Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER);
- Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV);
- Ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP);
- Ambulância de Emergência Médica (AEM);
- Motociclos de Emergência Médica (MEM);
- Ambulâncias de socorro sediadas em entidades pertencentes à proteção civil ou elementos do SIEM (Postos de Emergência Médica e Postos de Reserva);
- Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE);
- Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM).

(INEM, s.d.)

O presente estágio foi realizado nos meios VMER e ambulâncias SIV, onde se completaram 180h de contacto. A VMER sedia-se numa base hospitalar e atua na dependência direta do CODU, sendo um meio composto por uma equipa de Suporte Avançado de Vida (SAV) constituída por um médico e um enfermeiro (INEM, 2017).

Na unidade VMER, a equipa de enfermagem realiza turnos de 7 horas e um dos elementos, para além da prestação de cuidados, assume funções de enfermeiro coordenador. A base física encontra-se junto das instalações de um centro hospitalar e o veículo é constituído por 3 lugares e inclui todo o material necessário para a abordagem avançada ao doente

crítico. Na porta lateral encontram-se o frigorífico, a estufa e o *LUCAS*, que se trata de um sistema de compressão torácico automático para uma reanimação em caso de PCR com benefícios para o paciente, oferecendo compressões torácicas de alta qualidade. Na região posterior encontram-se todas as malas de abordagem à vítima (mala com material mais comum e fármacos, mala de via aérea, mala de trauma e mala de partos), balas de oxigénio, CPAP, ventilador e monitor/desfibrilhador. As ambulâncias SIV têm como objetivo garantir cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, e são tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência extra-hospitalar (TEPH) (INEM, 2017). Neste local, a equipa de enfermagem realiza turnos de 8 horas e um dos elementos assume também funções de coordenação do meio. No que toca à estrutura física, a base SIV insere-se dentro de uma unidade de saúde e é constituída por uma sala de aprovisionamento, uma sala de estar e refeições, um lugar de estacionamento e o WC. A ambulância inclui para além das malas de material, aspirador de secreções, maca, balas de oxigénio, monitor/ desfibrilhador, ventilador, plano duro e imobilização e gavetas e prateleiras com material extra para abordagem diferenciada ao doente que necessita de cuidados. O CODU funciona desde agosto de 2011 com abrangência a nível nacional e tem como propósito atender chamadas de pedido de auxílio, efetuar a triagem, dar seguimento ajustado às diversas situações, disponibilizando recursos adequados, e garantir o acompanhamento dos profissionais no meio (INEM, 2017). O seu funcionamento é assegurado 24 horas por dia, por equipas de Médicos e Técnicos com formação específica na área.

2.3 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este estágio foi de extrema importância para o desenvolvimento de competências nesta área nomeadamente, no desenvolvimento do pensamento crítico, interligando a prática clínica ao desenvolvido e vivenciado neste contexto.

É também neste contexto que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve diferenciar-se pela capacidade de ser um elo de ligação com a equipa multidisciplinar e com a família.

Num primeiro contato, o SU permitiu a convivência com uma realidade equiparada à minha de todos os dias mas, com uma organização funcional totalmente diferente, permitindo refletir sobre novos contextos e ter novas experiências. Estas, bem como os profissionais com quem contactei, contribuíram para a minha formação e crescimento enquanto futura enfermeira especialista. Num segundo contato, verificou-se que a atuação do enfermeiro no contexto extra-hospitalar distingue-se de qualquer um dos outros cuidados prestados dentro de uma instituição de saúde.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, entende-se que uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A mesma fonte (2018) considera que os cuidados de enfermagem ao doente crítico são altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco. Estes surgem em resposta a necessidades identificadas e visam manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Para tal, em situações de emergência, exceção e catástrofe, são exigidas observação, colheita e procura contínua de dados, de forma sistémica e sistematizada, permitindo a previsão e deteção precoce de complicações e uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil.

Os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas que atuam em ambiente extra-hospitalar sofrem algumas especificidades que se torna importante reconhecer. O papel do enfermeiro é variável conforme a equipa multidisciplinar em que se insere e as competências exigidas na abordagem ao doente crítico são as mais diversas. Para SUSERUD E HALJAMÃE (1999) e MELBY E RYAN (2005) cit por CORREIA (2010) os conhecimentos em anatomia, fisiopatologia e farmacologia, em complementariedade

com as ciências sociais e humanas, produção científica, prática baseada na evidência e espírito crítico-reflexivo, são algumas das características que devem estar presentes no enfermeiro que presta cuidados no âmbito do atendimento extra-hospitalar. Para além da assistência, espera-se que o profissional de enfermagem participe na execução, aplicação e revisão de protocolos, intervenha na formação da equipa e assegure funções de gestão de recursos humanos e materiais, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, que devem ser humanos, competentes e integrais (ADÃO & SANTOS, 2012). Já GENTIL, RAMOS e WHITAKER (2008) fazem referência à importância da integração da ética e deontologia em qualquer cuidado prestado em contexto extra-hospitalar.

Em contexto de estágio, foi possível observar e compreender de que forma estas competências e papéis se manifestam e são desempenhados pelos profissionais de enfermagem. Na VMER, o enfermeiro atua na avaliação e abordagem ao doente em conjunto com o médico, identifica focos, diagnósticos e implementa intervenções de enfermagem resultantes ou não de prescrição, consoante as necessidades identificadas. Já em contexto de ambulância SIV o enfermeiro é responsável por coordenar a avaliação completa ao doente, identificar necessidades presentes e intervir conforme protocolos definidos pela entidade, mantendo sempre juízo clínico, articulando, sempre que necessário, com o médico regulador que se encontra no CODU. Tanto numa circunstância como noutra é necessária a mobilização de diversos conhecimentos e competências técnicas, bem como capacidade de observação e decisão clínica de forma a garantir uma intervenção adequada ao doente, ao meio e sua família/cuidadores. Não menos importante, salienta-se a necessidade de articulação com toda a equipa multidisciplinar responsável pelo cuidado ao doente, podendo o enfermeiro desempenhar diferentes papéis em diversos momentos. No que toca ao enfermeiro especialista, sendo o seu papel alvo de reflexão, é de realçar não só a função que desempenha na gestão de cuidados, de recursos materiais e humanos e na formação de outros profissionais, bem como a sua atuação que baseada numa visão crítico-reflexiva e fundamentada, se direciona para as necessidades identificadas no doente crítico e sua família.

Para atingir os objetivos propostos é necessário um conhecimento da realidade do serviço e dos protocolos institucionais. Assim, a primeira e segunda semana foram de conhecimento, integração e interação com a equipa, conforme o que estava preconizado no projeto de estágio.

Durante o estágio, foi mantida sempre uma postura profissional, com empenho nas atividades realizadas, tendo sempre em vista uma correta prestação de cuidados e aquisição de competências.

Assim, de seguida apresentam-se os objetivos definidos inicialmente, tendo alguns sido ajustados ao longo do reconhecimento do contexto, bem como as atividades desenvolvidas, refletindo sobre vivências e experiências de forma fundamentada.

2.3.1 OBJETIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Os objetivos gerais da Unidade Curricular apresentados pelo plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica e que se pretende atingir são os que se enumeram de seguida:

- Desenvolver a capacidade para trabalhar, de forma adequada, na equipa multiprofissional e interdisciplinar;
- Desenvolver a capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização;
- Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- Desenvolver a capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes;
- Ser capaz de participar e promover a investigação aplicada na sua área de especialização;
- Desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções;
- Refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social.

(ICS-UCP, 2020)

Com base no reconhecimento destes objetivos definiu-se objetivos específicos a atingir, atividades a desenvolver e delineou-se competências que se julgam pertinentes neste processo de desenvolvimento académico enquanto enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Optou-se por definir objetivos transversais a ambos os

locais de estágio, adaptando as respectivas atividades aos contextos, uma vez que se acredita que estes se baseiam num processo contínuo de evolução pessoal e profissional.

1. Desenvolver competências de adaptação à estrutura física e organizacional e a dinâmica funcional do SU e da emergência extra-hospitalar

Para concretizar este objetivo procurou-se conhecer as unidades, o seu percurso desde a sua fundação até aos dias de hoje. Relativamente ao SU foi pertinente efetuar uma caracterização global do serviço que, desde logo, permitiu desenvolver a competência crítico-reflexiva dos vários aspetos observados, nomeadamente, em relação à sua estrutura física, separação de doentes, equipa multidisciplinar e equipa de enfermagem. Assim, desenvolvi atividades relacionadas com a observação e descrição da estrutura física do serviço, dos seus recursos humanos e materiais, bem como a dinâmica da prestação de cuidados, consulta de normas e protocolos de organização, integração gradual na equipa multidisciplinar, recolhendo informações junto da mesma no sentido de compreender a organização funcional do serviço.

No SU, o indivíduo que recorre ao hospital abre uma ficha com episódio de urgência no secretariado de admissão, localizado à entrada. Neste momento é realizada uma separação de doentes com sintomatologia compatível com Covid dos restantes utentes. É posteriormente chamado para a triagem onde é avaliado pelo enfermeiro, é-lhe atribuída uma prioridade e é encaminhado para a respetiva área onde irá ser atendido. De seguida, é observado em consulta na área médica, cirúrgica ou de especialidade e em resultado dessa será avaliado e intervencionado pela equipa de enfermagem na sala de tratamentos ou pequena cirurgia. Após uma ou mais reavaliações, conforme o necessário, caso tenha alta médica é reencaminhado de novo para o secretariado, efetuando um percurso físico em apenas um sentido. Quando se espera uma permanência por tempo indefinido ou por um período que se espera curto, o doente é reencaminhado para a segunda sala de tratamentos ou para OBS conforme o grau de vigilância necessária seja menor ou maior, respetivamente. O assistente operacional encarrega-se do encaminhamento dos doentes para a respetiva área onde irão ser observados, garante o acompanhamento dos mesmos na realização de exames de diagnóstico, dá apoio às salas de tratamento nos cuidados prestados, assegura a reposição do material e é responsável pelo transporte de alguns fármacos e terapêutica, quando necessário. O responsável de turno da equipa de

enfermagem, sendo habitualmente um enfermeiro especialista, não só tem como papel a gestão da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, como a gestão de recursos materiais e a resolução de problemas tanto na prestação de cuidados como em aspetos organizacionais. Este articula a sua função com o chefe de equipa, um médico, que para além da gestão de vagas e encaminhamento de doentes entre áreas e serviços, é responsável pela tomada de decisões em caso de reclamações, conflitos ou outras situações adversas. Um dos principais problemas que surge na dinâmica do serviço é o elevado absentismo de assistentes operacionais e o aparecimento de sintomatologia compatível com Covid em profissionais ao serviço que requer o isolamento rápido dos mesmos. Isto traz ao responsável de turno a necessidade de gerir estes recursos, distribuir os restantes pelos postos conforme as necessidades que vão surgindo e garantir que há o menor impacto possível no desempenho dos restantes elementos. Outra limitação identificada no que toca à estrutura do serviço passa pela distância às salas de enfermagem e não existência de monitorização remota e sistema de pressão negativa/positiva essencialmente na área Covid. Assim, o acompanhamento destes doentes é muito dificultado, a sua utilização implica a deslocação de um enfermeiro frequentemente ao local e torna-se inviável sempre que é necessária uma vigilância mais apertada, passando estes obrigatoriamente, para uma área de OBS. A articulação com os restantes elementos da equipa é necessária em qualquer contexto, no entanto, na urgência hospitalar esta comunicação e trabalho interdisciplinar são fundamentais para que os cuidados sejam eficazes e mais seguros (PONTES, et al., 2008).

A passagem de turno no serviço de urgência é bastante informal e sem recurso a papéis. Cada enfermeiro passa o seu doente. De uma forma genérica, refere-se o motivo da vinda ao SU, os problemas identificados, antecedentes relevantes, exames complementares que o doente tenha feito e que sejam relevantes para o seu caso bem como, o que aguarda o doente nesse momento.

Há que referir a grande capacidade de absorção de informação do enfermeiro, pois em muitos períodos existem demasiados utentes para a capacidade que algumas salas têm. E mesmo aí e apesar de toda uma pressão causada, tanto a nível físico e mental, têm que ter capacidade de reposta para tudo e todos, o que por vezes não facilita o trabalho. Para além de ter esta capacidade ainda tem que saber gerir os familiares, procurando envolve-los no processo, tranquilizando-os e explicando todo um processo que se irá realizar.

Para PONTES et al (2008) os membros de uma equipa devem manter um grau de interdependência, colaborar uns com os outros, adaptar a sua atividade e comportamento às

necessidades e objetivos definidos, sendo importante o envolvimento, qualidade, uniformidade de atuação, informação, planeamento e atualização permanentes. Os mesmos autores (2008) afirmam que é fundamental a realização de um trabalho harmonioso, sincronizado e a existência de uma infraestrutura adequada para que seja possível a recuperação do doente. Este trabalho multidisciplinar engloba a comunicação entre os elementos e para ALVES, RAMOS e PENNA (2005) a eficácia deste processo de comunicação é primordial para que a intersectorialidade ocorra na prática, de forma que as barreiras existentes entre cada grupo de profissionais se extingam e se permita uma linguagem comum. Ao longo do desempenho em estágio foi possível integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados e compreender que não só os papéis dos diversos elementos se encontram bem definidos como as tarefas se articulam. Apesar de nem todos trabalharem em conjunto habitualmente, são capazes de comunicar eficazmente entre si, garantindo a qualidade dos cuidados. Procurou-se, assim, atuar em articulação com os diversos elementos da equipa e utilizar uma linguagem comum, reconhecendo o papel de cada um e assumindo aquele a ser desempenhado, bem como demonstrar capacidade de interajuda, adotando uma postura interventiva, disponível e de aprendizagem.

O reconhecimento da dinâmica funcional na emergência extra-hospitalar, inclusivamente das suas estruturas constituintes, decorreu durante os primeiros turnos através do contacto com cada um dos meios. No que toca à VMER, este é um meio ativado quando necessária uma intervenção diferenciada, tripulado por um enfermeiro e um médico. O primeiro conduz a viatura, avalia, intervém e vigia o doente, o segundo participa na avaliação, define o plano de intervenção, prescreve quando necessário e decide o destino e acompanhamento da vítima e ambos são responsáveis pela manutenção, controlo e reposição de material no meio em que exercem. Na ambulância SIV, tripulada por um técnico e um enfermeiro, o primeiro é responsável pela condução e colaboração na avaliação e intervenção ao doente e o segundo por coordenar essa avaliação, monitorização, vigilância, estabilização e intervenção, utilizando protocolos de atuação e juízo clínico, fazer registos no sistema adequado e, sempre que necessário, articular os cuidados com os profissionais do CODU. A ambos cabe a manutenção do meio, quer na limpeza, desinfeção e reposição do material quer na verificação do bom funcionamento do veículo. Em quaisquer cuidados de saúde mas sobretudo em contexto extra-hospitalar o trabalho em equipa assume particular relevância. Em todos os meios de emergência surge a interligação entre o enfermeiro e técnicos, bombeiros, médicos e psicólogos, pelo que a intervenção interdisciplinar deve ser bem articulada, permitindo o melhor cuidado ao

doente e aos que o rodeiam. PEREIRA e LIMA (2009) referem que o atendimento extra-hospitalar pressupõe o domínio do trabalho em equipa além da formação técnica ou académica de cada profissional e é esta interligação entre os elementos que permite cuidados eficazes e mais completos. Para além disso, este trabalho multidisciplinar implica uma comunicação adequada entre os elementos e para ALVES, RAMOS e PENNA (2005) a eficácia deste processo de comunicação é primordial para que a intersectorialidade ocorra na prática, como já referido anteriormente.

Ao longo do contacto com as diversas equipas foi possível compreender que não só os papéis dos diversos elementos se encontravam bem definidos como as tarefas se articulam e os profissionais são capazes de comunicar entre si, muitas vezes sem ser necessário manter o diálogo, cooperando no cuidado à vítima. Deste modo, procurou-se desenvolver uma comunicação eficaz, utilizando uma linguagem comum, atuar em articulação com os vários elementos da equipa, reconhecendo o seu papel e assumindo aquele a ser desempenhado, e manifestar capacidade de interajuda, colaborando nos cuidados conforme o contexto e condições existentes. Assim sendo, considera-se que foi possível integrar uma equipa multidisciplinar de prestação de cuidados em contexto extra-hospitalar bem como a adquirir capacidade de comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar na abordagem ao doente crítico em contexto extra-hospitalar.

2. Identificar, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados ao doente em estado crítico e família

Se o atendimento à pessoa em situação crítica e a antecipação de focos de instabilidade são potenciais realidades em determinados locais da prestação de cuidados, no universo dos cuidados, a probabilidade de algo correr menos bem é aqui considerável, não podendo de forma alguma ser desvalorizada.

Torna-se fundamental a vigilância rigorosa das equipas de saúde com maior exigência para a equipa de enfermagem.

Foi minha postura ao longo deste período, observar a atuação dos enfermeiros e de outros elementos da equipa multidisciplinar na prática de cuidados, questionando-os quando necessário e possuindo uma atitude crítico-reflexiva contínua, exercendo as funções de enfermeiro em crescimento na especialização em doente crítico como garantia de qualidade.

Participar em atividades ou cuidados que envolviam ganhos para a minha formação assim como conhecimentos e competências para uma prestação futura, foi uma preocupação constante durante o estágio.

Durante o estágio no SU estive na prestação de cuidados ao doente emergente / urgente, porém, como já veiculado, a minha preocupação não foi a prestação de cuidados em si, mas sim focar-me nalgumas atividades, em que como enfermeiro especialista poderia dar um contributo mais diferenciado.

A prestação de cuidados de enfermagem nos serviços de emergência é muitas vezes associada à intuição cognitiva. A esta, corresponde a designação de perito, um nível dentro da prática de enfermagem, no qual se associa a capacidade de processar a informação sobre ambos níveis conscientes e inconscientes. A intuição cognitiva é a consequência da relação entre conhecimento e a experiência e ocorre em situações clínicas onde ação parece preceder a avaliação ou surge muitas vezes sem qualquer evidência de processamento. A capacidade de raciocinar sobre uma decisão depois do evento também é considerada intuição cognitiva. Um enfermeiro perito usará o que é apropriado no momento certo, sem pensamento consciente, dentro de paradigmas intuitivos cognitivos e personificados. Estes paradigmas dos enfermeiros de emergência são instrumentos imprescindíveis na sua prática (LYNEHAM et al., 2008).

A definição de prioridades no tratamento ao utente crítico está sempre implícita e determina a atuação do enfermeiro que desempenha funções num SU. Os utentes críticos que dão entrada no SU deverão ter uma abordagem diferenciada e sistematizada de forma a identificar rápida e eficazmente as patologias subjacentes ao agravamento do estado clínico o que implica que o enfermeiro estabeleça um raciocínio rápido e atue assertivamente perante a equipa multidisciplinar. A prestação de cuidados sistematizada esteve sempre presente e foi evidenciada pelo conhecimento por parte da equipa de enfermagem de temas tão complexos e abrangentes como os edemas agudos do pulmão, as síndromes coronárias agudas ou acidentes vasculares cerebrais.

Desta forma, consegui desenvolver eficazmente a unidade de competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” desenvolvendo as capacidades de identificar focos de instabilidade, responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos.

Assim, nos primeiros dias de estágio, procurei ter a perceção do funcionamento das diversas áreas do SU. A atuação do enfermeiro no SU varia significativamente conforme o

posto de trabalho em que se encontra no exercício de funções. No posto de triagem este reconhece sinais de alerta decorrentes da patologia aguda ou agudização da patologia crónica, faz uma avaliação rápida ao indivíduo e identifica quais os problemas mais significativos existentes, atribuindo-lhe uma prioridade que determina a brevidade com que deve ser observado. Para SILVA (2009), fazer triagem é identificar critérios de gravidade de modo objetivo e estruturado, reconhecer uma prioridade clínica e estabelecer uma estimativa temporal que o doente poderá esperar por observação médica, tendo em conta os problemas identificados. A utilização deste sistema tem como objetivo distribuir os doentes conforme a gravidade dos seus sintomas e facilitar o direcionamento de recursos na prestação de cuidados (SOLER, et al. 2010). Deste modo, a atuação do enfermeiro especialista distingue-se, uma vez que este possui conhecimentos direcionados para o reconhecimento de sinais de alerta e para uma avaliação completa e estruturada do doente, numa visão reflexiva e crítica, identificando os principais problemas existentes. No Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, consta que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve ser capaz de reconhecer situações de especial complexidade e implementar intervenções especializadas decorrentes de patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. Neste posto, esse papel traduz-se pelo encaminhamento do doente para a respetiva área de observação, pela identificação do principal problema existente e pela ativação das Vias Verdes (AVC e coronária), assegurando um tratamento rápido e mais eficaz em situações complexas. Na sala de emergência prevê-se a abordagem a doentes com doença aguda ou crónica grave, em situação crítica ou risco de vida que necessitam de uma intervenção mais especializada. Neste local, o papel do enfermeiro passa pela identificação de sinais de gravidade e instabilidade, partindo de uma abordagem ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), a implementação de respostas adequadas aos problemas identificados e a monitorização da resposta a essas intervenções. Os conhecimentos e competências em suporte avançado de vida e trauma, a identificação de focos de instabilidade, a execução de cuidados técnicos complexos, a capacidade de comunicação com o doente e seus familiares/cuidadores, a resposta adequada em situações de catástrofe e crime e a intervenção salvaguardando o cumprimento de procedimentos para a prevenção e controlo de infeção são algumas das competências esperadas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica definidas pelo Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Assim, a atuação do enfermeiro especialista neste contexto parte de uma avaliação sistematizada, através da recolha de dados, identificação de focos e

diagnósticos de atenção e efetiva-se na intervenção conforme prioridades. Verificou-se que os cuidados ao doente crítico se baseiam numa observação global, avaliando sintomatologia, definindo intervenções adequadas às necessidades identificadas, refletindo sobre os cuidados prestados, procurando sempre estratégias de melhoria e, sempre que possível, envolvendo os seus familiares e/ou cuidadores. Deste modo, considera-se que a sua atuação vai ao encontro das competências esperadas no desempenho deste papel. Uma das principais dificuldades sentida pelos profissionais neste local prende-se com a necessidade de transporte dos doentes para outras unidades hospitalares para a realização de procedimentos como cateterismo cardíaco ou tromboectomia, o que implica a ausência de um elemento da equipa durante um longo período de tempo. Por outro lado, outra limitação existente deve-se à impossibilidade de avaliação de pressões invasivas pelos monitores/desfibriladores disponíveis e o módulo de capnografia presente em apenas um deles. Em caso de necessidade de transporte de um doente com monitorização contínua destes parâmetros é necessária a utilização de um monitor extra, dificultando a logística do transporte. Na minha perspetiva, deveria existir uma equipa externa de transportes devidamente munida de todo o material necessário para o mesmo, fazendo com que não ocorressem falhas no serviço, tanto a nível de recursos humanos como de material.

Nos postos da primeira sala de tratamentos e pequena cirurgia a atuação do enfermeiro é maioritariamente constituída por intervenções decorrentes de prescrição médica, sendo as mais comuns a colheita de produtos para análise, administração de fármacos e a realização de tratamentos de feridas. No entanto, o seu papel não se restringe à execução destes procedimentos. Nestes locais, o enfermeiro especialista define prioridades na prestação dos seus cuidados, dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas e monitoriza a eficácia das suas intervenções. Este trabalho é feito através de uma análise rápida do processo clínico, determinação das intervenções prioritárias, distribuição dos doentes conforme a sua necessidade de vigilância e avaliação dos resultados que advêm dos cuidados prestados. Segundo o mesmo Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, este profissional deve priorizar intervenções e definir planos de atuação com vista à promoção, prevenção e gestão da doença aguda ou crónica, procurando o controlo de sinais e sintomas, monitorizando a sua eficácia e envolvendo a pessoa e sua família/cuidadores nos cuidados, mantendo a segurança dos outros profissionais e do doente. Uma das principais dificuldades sentidas nesta abordagem prende-se sobretudo com a gestão do espaço na alocação dos doentes que necessitam de cuidados. A necessidade de colocação de camas no corredor funciona não só como um fator predisponente à maior dificuldade na

identificação e prestação de cuidados a estes, como resulta em menor sensação de conforto para o doente e seus familiares, dificultando a gestão do ambiente. Nos postos de trabalho como a segunda sala de tratamentos e OBS a intervenção do profissional de enfermagem é já algo diferente, pelo facto de estes serem locais em que se prevê uma permanência do doente de curta duração mas com uma necessidade de cuidados de forma contínua. Neste contexto considera-se que o enfermeiro especialista, comparativamente com o enfermeiro, avalia as necessidades existentes, intervém gerindo os cuidados conforme os recursos materiais e humanos disponíveis, reflete sobre resultados obtidos, envolve o doente e sua família/cuidadores, mantém a sua segurança e a dos profissionais e promove estratégias para a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Julga-se que esta atuação vai ao encontro do esperado uma vez que, enquanto enfermeiro especialista em EMC, o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho frisa que este deve ser capaz de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos e atuar rápida e eficazmente, adequando recursos à consecução de diferentes intervenções especializadas; intervir como gestor de risco na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem; e fomentar estratégias visando a prevenção e/ou controlo de infeção. Uma das principais dificuldades aqui encontradas relaciona-se com a gestão dos cuidados em conjunto com a equipa multidisciplinar. A exigência de garantir cuidados gerais em articulação com a necessidade de realização de exames complementares, cumprimento de protocolos e manutenção de vigilância, em complementaridade com a atividade dos assistentes operacionais e equipa médica, implica uma boa organização e definição de prioridades. Só assim os recursos podem ser rentabilizados e a permanência dos utentes no serviço restrita ao tempo necessário.

No desenvolvimento de competências na resposta em situações de emergência e exceção na doença crítica e/ou falência orgânica, tive o privilegio de ter como tutoria, um enfermeiro especialista na área com uma vasta experiência e conhecimento. Este, apesar de estar alocado a outras áreas do SU, o seu predomínio era a sala de emergência (SE) onde pude contactar com várias situações de doença crítica e falência orgânica e com ele refletir sobre o que era realizado em cada uma das situações.

Utilizando sempre a metodologia ABCDE, sobretudo na sala de emergência, considera-se, que esta facilita o processo de pensamento, a definição de prioridades e a estratificação de problemas que possam comprometer a vida.

A abordagem de utentes em choque séptico, choque cardiogénico ou que sofreram acidentes vasculares cerebrais foram exemplos de situações em que o reconhecimento dessa abordagem foi útil. A avaliação utilizando esta metodologia foi efetuada no momento da primeira observação do doente, serviu de guia para a resolução de problemas que iam sendo encontrados e foi aplicada para reavaliações da sua condição ao longo do tempo. Para além destas, foi possível a abordagem ao doente vítima de trauma também recebido em contexto de sala de emergência. Para o efeito, é essencial avaliar o doente em tempo útil e adequadamente, identificar e corrigir lesões graves em função de prioridades, definir um plano diagnóstico e de ação, bem como um plano de tratamento definitivo, procurando ir ao encontro do rápido restabelecimento da vítima. Ainda que o SU com o qual houve contacto esteja preparado para uma resposta médico-cirúrgica, tem algumas lacunas, nomeadamente na inexistência de possibilidade de avaliação de especialidades como neurocirurgia, gastroenterologia e hemodinâmica, o que dificulta a resposta em determinadas situações e implica muitas vezes a transferência do doente para outros hospitais com uma resposta polivalente, levando a gastos com recursos materiais e humanos.

Durante o período de estágio foi possível integrar a equipa no planeamento e execução de diversos transportes intra-hospitalares e um inter-hospitalar. Para o efeito, neste último, através do preenchimento do formulário definido pela Ordem dos Médicos (2008), selecionou-se a equipa de acompanhamento do doente, o tipo de monitorização necessária e material a transportar, tal como: ventilação, adjuvantes da via aérea e fármacos de emergência ou a manter em perfusão. Foi calculada a previsão de necessidades, verificada oxigenoterapia disponível e feita a antevisão de complicações que pudessem surgir e forma como poderiam ser resolvidas. Pela necessidade de cumprir percursos longos dentro da instituição julga-se este planeamento também essencial, sobretudo no caso de doentes críticos. Em contexto de sala de emergência esta avaliação é feita pelo enfermeiro de forma mais rápida e sistematizada, tendo por objetivo garantir a segurança e prever complicações. A avaliação caso a caso efetuada pelo enfermeiro deve ter em conta as suas necessidades particulares (Ordem dos Médicos, 2008). Tal como referido, o Regulamento nº429/2018 de 16 de julho afirma que a capacidade de resposta em situações adversas e com recursos limitados é um dos focos da ação do enfermeiro especialista. No transporte do doente crítico esta ação especializada é essencial, para garantir a sua própria segurança e a do indivíduo, prevendo e prevenindo complicações.

Pude ainda, e como qualquer outro enfermeiro alocado à sala de emergência, realizar diariamente uma checklist, verificando a operacionalidade dos diferentes aparelhos, nomeadamente, desfibrilhador, ventiladores, carros de emergência, malas de transporte, medicação, e todo o material existente na sala. Nos primeiros dias de cada mês é verificado também as validades da medicação.

A variabilidade de situações clínicas com as quais é possível contactar no ambiente extra-hospitalar traz consigo uma necessidade para o enfermeiro de ser capaz de abordar o doente crítico em qualquer que seja a sua situação clínica, contexto ou condições existentes. Ao longo do estágio, foi possível contactar com vários doentes em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), abordando o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV), com quadros de disritmias e dor torácica com e sem alterações no eletrocardiograma (ECG). A abordagem ao doente crítico, apesar de poder sofrer algumas alterações consoante a sua condição e contexto, tanto em meio extra-hospitalar como intra-hospitalar segue uma sequência denominada ABCDE. Esta, é aplicável em todas as emergências clínicas para uma abordagem e tratamento imediatos e está associada a maior sobrevivência por permitir aos profissionais que se foquem primeiro nos problemas que põem em risco a vida do doente. Tem a particularidade de poder ser utilizada em ambiente extra-hospitalar por não exigir qualquer tipo de material, numa primeira abordagem, e ser implementável tanto em adultos como em crianças. Os principais objetivos da sua aplicação são: providenciar um tratamento *life-saving*, subdividir situações clínicas complexas em porções mais fáceis de gerir, servir de algoritmo para avaliação e tratamento do doente crítico, desenvolver maior consciência a todos os profissionais de saúde e ganhar tempo para o estabelecimento de um diagnóstico e tratamento (THIM, KRAUP& GROVE, 2012). Em contexto de estágio, foi possível a abordagem ao doente crítico utilizando esta metodologia ABCDE, priorizando os aspetos que podem pôr em risco a sua vida e garantindo uma avaliação ao seu estado geral. Uma das mais valias adquiridas neste processo de aprendizagem foi a possibilidade de assistência a uma criança uma vez que, não sendo esta uma realidade presente no meu dia a dia profissional, permitiu compreender que esta metodologia estrutura igualmente o raciocínio clínico e as intervenções a realizar, definindo prioridades.

Especificamente no que toca aos cuidados em contexto extra-hospitalar existem algumas particularidades do meio que, inevitavelmente, definem os cuidados prestados. Das experiências com as quais foi possível o contacto, destaca-se o facto de ser efetuada uma primeira avaliação no local onde se encontra o doente e, assim que possível e se

necessário, este é transportado para a ambulância adequada, onde serão realizados os procedimentos para sua estabilização. Isto garante não só uma maior quantidade de material disponível de forma imediata mas também a integração do doente num ambiente mais controlado. Por outro lado, em meio extra-hospitalar os recursos humanos são limitados e nem sempre adequados às situações clínicas. Este aspeto implica, por vezes, o contacto com o CODU para pedido de meios diferenciados ou avaliação pelo médico regulador, procurando uma intervenção ao encontro das necessidades encontradas. Outro dos aspetos característicos do contexto extra-hospitalar prende-se com a necessidade de transporte do doente, após o seu encaminhamento para a instituição adequada. Este pode ser primário, quando o doente é recolhido do exterior e transportado até ao hospital ou secundário quando se estabelece entre duas instituições de saúde. Cabe aos profissionais de saúde responsáveis pelo transporte planeá-lo e executá-lo, prevenindo complicações. Neste sentido, devem ser alvo de especial atenção as situações de hipóxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intra-craniana e suspeita de lesão vértebro-medular, uma vez que a deslocação pode contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica. No planeamento desta ação é importante: o contacto com o serviço de destino, habitualmente efetuado pelo CODU; a escolha da equipa de transporte, habitualmente feita pelo médico da VMER ou pelo enfermeiro da SIV, selecionando o tipo de acompanhamento necessário conforme da condição da vítima; a seleção dos meios adequados de monitorização; a definição de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; a seleção adequada de equipamento e terapêutica a serem eventualmente necessários; e a previsão de possíveis complicações (Ordem dos Médicos, 2008). Foi possível a colaboração no planeamento e transporte primário de doentes, sendo, após avaliada a condição dos mesmos e definida a monitorização e vigilância necessárias, efetuado o acompanhamento com vista à sua estabilização e melhoria clínica. Em contexto SIV esta avaliação e decisão é, na maioria das vezes, efetuada pelo enfermeiro o que implica o reconhecimento aprofundado da condição clínica do doente, capacidade de vigilância e previsão e prevenção de complicações associadas a esta deslocação. Como forma de sistematização e reflexão sobre as vivências experienciadas, foi proposto pela instituição o registo das saídas nos diferentes meios com os quais houve contacto. No documento excel referido, pretendia-se que se apresentassem dados relativos aos casos clínicos vivenciados incluindo: o tipo de meio, a missão, a natureza da ocorrência, o tipo de emergência, a descrição das circunstâncias da situação, o sexo e idade da vítima, antecedentes pessoais, terapêutica habitual, dados relativos à avaliação inicial e

reavaliações e respetiva evolução clínica, podendo igualmente incluir observações ou uma análise crítica da situação particular. A realização desta tarefa permitiu reconhecer a metodologia de abordagem ao doente, apresentar dados recolhidos, sistematizar os cuidados prestados e refletir sobre o impacto que estes tiveram na evolução da condição do indivíduo. Deste modo, considera-se que foi possível desenvolver uma maior consciencialização para o processo de avaliação e intervenção do doente neste contexto, favorecendo a aquisição de conhecimentos e capacidades na abordagem específica em contexto extra-hospitalar.

Deste modo, ao longo do desempenho em estágio procurou-se refletir sobre a prática e utilizar fundamentação científica na definição do processo de prestação de cuidados, de forma a assegurar que estes são baseados na melhor e mais atual evidência. Considera-se assim que foi possível demonstrar conhecimentos e capacidade para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, bem como da sua família/ cuidadores, demonstrar capacidade de dinamização da resposta em situações de emergência e exceção na doença crítica e/ou falência orgânica, atuar utilizando intervenções adequadas à pessoa em situação crítica em diferentes contextos, respeitando as suas especificidades e visando otimizar o ambiente e processos terapêuticos, prevenindo complicações e eventos adversos, e prestar cuidados conforme a melhor e mais atual evidência para a prática clínica, cumprindo protocolos.

3. Compreender a metodologia e participar na organização e gestão de recursos e cuidados

No serviço de urgência a figura do enfermeiro especialista mescla-se com a figura do enfermeiro responsável de turno. Enquanto dinamizador e gestor da equipa, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da reposta, o enfermeiro responsável possui também outras tarefas:

- Ser o elo de ligação entre as equipas de prestação de cuidados diretos no serviço e a equipa de prestação de cuidados indiretos que faz a gestão do serviço e, zela pela provisão dos recursos adequados para o melhor funcionamento do serviço;
- Supervisionar o desempenho da equipa de enfermagem na prestação de cuidados;
- Orientar e supervisionar as atividades desempenhadas pelos assistentes operacionais;

- Zelar pelo cumprimento das normas do serviço;
- Identificar as anomalias e tentar supri-las mesmo que necessite recorrer a terceiros;
- Colaborar na integração de novos elementos da equipa no serviço;
- Manter a organização e o normal funcionamento do serviço;
- Fazer adequada gestão de conflitos;
- Comunicar à hierarquia as situações ocorridas que interfiram com o normal funcionamento do serviço.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de, com o tutor ou com a enfermeira responsável nos turnos da manhã, observar e integrar o seu papel na gestão de recursos humanos e materiais e refletir sobre a importância da sua atuação de forma a garantir indiretamente a qualidade dos cuidados. Durante o turno da manhã este profissional assume especificamente o papel de responsável de turno. A sua atuação visa garantir, em primeiro lugar, que todos os postos de trabalho estão assegurados, tarefas divididas e que são compensadas sobrecargas de trabalho de forma, a que este seja o mais uniforme possível. É feita também a gestão do plano de trabalho da equipa de assistentes operacionais. A chefia, em conjunto com o enfermeiro especialista destacado para o efeito, elabora horários de trabalho procurando distribuir os elementos da equipa pelos diversos postos a assegurar, e assim, manter todos estes capazes de intervir em qualquer contexto, evitando sobrecargas e mantendo a motivação. É também assumida pelo responsável de turno do SU a gestão de alguns dos recursos materiais que permitem a continuidade da prestação de cuidados. A solicitação de pedidos de manutenção e substituição de material, a identificação de falhas ou necessidades existentes e a análise e procura de estratégias para melhorar as condições da atuação dos profissionais são algumas das tarefas que fazem parte do seu papel. Como forma de sistematização, prevenção de falhas e controlo dos custos são definidos determinados dias da semana para a solicitação de material não clínico, inclusive material hoteleiro. O restante material clínico é repostado em toda a instituição pelo serviço de aprovisionamento, através do sistema kaizen e todos os fármacos pela farmácia. No entanto, cabe ainda ao enfermeiro responsável no turno da manhã verificar a farmácia, essencialmente na sala de tratamento 2, OBS e OBS Covid, repondo e contabilizando a medicação necessária, tal como solutos e outros materiais. Fica também ao encargo destes a contagem de estupefacientes, o envio dos pedidos à farmácia bem como o armazenamento dos mesmos.

De uma forma global, o enfermeiro responsável no início do turno passa pelas diferentes áreas ou entra em contacto com os elementos alocados a estas, para se inteirar do fluxo de doentes em determinada área, verificando se há algum sector em que se possa mobilizar recursos para outro que necessite.

Na elaboração do plano de trabalho, existem certos pormenores aos quais o enfermeiro responsável deve estar atento nomeadamente a carga de trabalho de determinado sector, o equilíbrio entre elementos mais novos e elementos mais velhos, a rotatividade dos elementos pelos diversos sectores e ainda algumas condicionantes do serviço, como seja a existência de elementos com horários especiais.

Atendendo à pandemia que atravessamos, uma das grandes preocupações do enfermeiro responsável após turno, é assegurar o material necessário e adequado a cada sector, nomeadamente, equipamento de proteção individual, para que nada falhe protegendo assim toda a equipa multidisciplinar.

À semelhança do que acontece no turno da manhã, em que há um enfermeiro destacado apenas para a coordenação de equipa, a meu ver, nos restantes turnos, a equipa deveria contemplar um responsável de turno que não estivesse aos cuidados do doente. A complexidade da gestão de problemas, com recursos humanos e materiais, exige ao responsável de turno uma responsabilidade acrescida e esta, a par da gestão dos cuidados ao doente, pode traduzir-se na ineficácia ou falhas em ambas as áreas.

No extra-hospitalar a gestão de recursos materiais nos diferentes meios conta com a participação do enfermeiro. Encontra-se definido um dia em que é realizada uma revisão às diferentes malas de material, através da validação da checklist, para que se confirme a presença de todo o equipamento previsto e respetivo prazo de validade e integridade. As malas mais utilizadas (a de primeira abordagem, que inclui os fármacos, e a mala de via aérea) são verificadas diariamente na VMER e semanalmente na SIV. Em ambos os meios, após cada saída é restituído o material utilizado para que não surjam falhas em situações seguintes. A reposição do material de aprovisionamento é garantida pelo hospital no caso da VMER e pela instituição na SIV, e a manutenção do mesmo e da viatura é também assegurado por este último em ambos os casos. Diariamente é efetuada uma verificação das condições dos veículos, bem como do bom funcionamento do equipamento que os constitui (LUCAS, frigorífico e estufa) e a limpeza da célula sanitária da ambulância SIV é assegurada pela equipa uma vez por semana.

A colaboração na gestão dos recursos materiais permitiu não só um melhor reconhecimento da localização dos mesmos, numa fase inicial, mas também a

compreensão de que uma reposição e adequação contínuas tornam possível assegurar a disponibilidade de todo o material eventualmente necessário, sobretudo num contexto em que estes recursos são limitados. O enfermeiro coordenador do meio é responsável, entre outros aspetos, pela execução do horário dos profissionais e pela participação na formação e investigação desenvolvidas pela equipa. Pelo curto período de tempo de contacto com os enfermeiros gestores dos meios, não foi possível o reconhecimento de metodologias de gestão de recursos humanos durante o período de estágio, pelo que a compreensão da forma como esta influencia os cuidados prestados não foi possível. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, espera-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica integre a equipa multidisciplinar na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos pelo que o seu papel na gestão de qualquer um destes assume uma grande importância no meio onde exerce, permitindo o planeamento de respostas e prestação de cuidados com qualidade. No que toca à gestão dos cuidados, em qualquer um dos meios esta é realizada em articulação com o enfermeiro. O Regulamento n.º 226/2018 de 16 de julho assume que o enfermeiro de emergência extra-hospitalar é todo o enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade (p. 10759). A mesma fonte (2018) define que as ações dos enfermeiros neste contexto estão organizadas em dois domínios de atuação: Prática profissional, ética e legal; e Prestação e gestão dos cuidados em emergência extra-hospitalar. Dentro destes domínios é definida como unidade de competência o respeito por valores, princípios éticos, deontológicos e normas legais da profissão, esperando-se que este seja capaz de concetualizar, desenvolver e operacionalizar o processo de cuidados de forma sistematizada, estruturando as práticas clínicas nas diferentes etapas do ciclo vital. Também segundo o Regulamento n.º 226/2018 de 16 de julho, este profissional deve: assumir responsabilidades ao assegurar a gestão de cuidados de enfermagem; basear-se no conhecimento, habilidades e atitudes que garantam a sua qualidade e segurança; e ser capaz de mobilizar, selecionar e coordenar recursos cognitivos, sociais, relacionais e tecnológicos, no âmbito da emergência extra-hospitalar. A gestão dos cuidados em

contexto de estágio, em articulação com o enfermeiro especialista, foi possível através uma avaliação completa do doente, definição de prioridades, identificação de necessidades e formulação do plano de cuidados, tendo em conta os recursos, a condição do doente crítico, da sua família e/ou cuidadores e ambiente envolvente. Tudo isto permitiu compreender que é necessária uma grande mobilização de competências, mantendo o cumprimento de princípios éticos e deontológicos, visando a segurança do doente e do profissional e coordenando os recursos disponíveis, sendo este papel, apesar de muito exigente para o enfermeiro, preditor de cuidados de qualidade. Deste modo, considera-se que foi possível reconhecer metodologias e áreas determinantes na gestão de recursos e cuidados bem como desenvolver capacidade de adequar métodos de gestão em saúde às especificidades do contexto.

4. Desenvolver competências na relação terapêutica e comunicação com o doente crítico e sua família/ cuidadores

A comunicação em saúde, sendo um processo complexo que envolve diferentes níveis, é um ponto central na prestação de cuidados que influencia a sua qualidade. Esta deve estabelecer-se na prevenção, deteção precoce, diagnóstico, tratamento, situações *life-saving* e cuidados em fim de vida e em cada uma destas circunstâncias são usadas estratégias chave que visam melhorar a sua condição e promover a saúde (KREPS, 2015). Um dos grandes desafios na intervenção ao doente crítico é a atuação com qualidade e segurança, prevenindo complicações, avaliando riscos e oferecendo cuidados humanizados. Neste contexto, existem necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais que implicam um processo de comunicação eficaz entre o enfermeiro e o doente e sua família. Para tal, e sendo esta uma área ainda pouco alvo da atenção dos profissionais de enfermagem, é necessário saber ouvir e transmitir de forma a garantir uma colheita de dados adequada e uma intervenção de acordo com as expectativas daquele que é alvo dos cuidados e seus familiares (SANTOS, et al. 2018). Também o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho refere que se espera que o enfermeiro especialista em EMC seja capaz de estabelecer uma relação terapêutica eficaz e adequada com a pessoa e família/cuidador e de demonstrar competências em técnicas de comunicação adaptadas ao contexto, envolvendo a pessoa e seus entes próximos em todo o processo de cuidar, apoiando-os no processo de transição e adaptação à sua condição saúde-doença, respeitando os seus valores e crenças.

Tendo em conta o ambiente do serviço (com os equipamentos que o compõem, ruído, superlotação e o estado dos doentes), o significado emocional de uma passagem pelo SU para a família, é outro dos meus focos de atenção.

Ao longo de todo o período de contacto com o contexto da prática clínica procurou-se o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz em momentos como a recolha de dados para a avaliação do doente ou na transmissão de informações acerca da sua condição clínica.

No que concerne o doente crítico e a sua família, e perante a pandemia que atravessamos, foi desenvolvida uma reflexão crítica sobre este tema tendo em conta a permanência do mesmo. A mesma, com o título, O papel da família na pessoa doente no Serviço de urgência, pode ser consultada em apêndice (apêndice II) a este relatório.

Para além de dar ênfase à importância do envolvimento familiar, esta reflexão foi ainda realizada com a vista ao desenvolvimento de competências de comunicação, de forma a garantir uma transmissão de informação clara e faseada, tendo como objetivo o envolvimento da pessoa e sua família/cuidadores no processo terapêutico, tanto em contexto de emergência como em situações menos críticas.

No SU o estabelecimento de uma relação terapêutica e comunicação eficazes é muitas vezes dificultado. A elevada afluência e do número de tarefas a desempenhar, a ausência de um local com privacidade, a frequente insatisfação pelo elevado tempo de espera e, por vezes, a dificuldade de contacto com cuidadores de doentes com alterações cognitivas, são características do contexto que dificultam claramente este processo. Como estratégia facilitadora, sugere-se a criação de um espaço para este tipo de interação com o doente e seus familiares, evitando interrupções ou solicitações simultâneas. Este poderia ser utilizado para a comunicação de notícias, recolha de dados para a identificação de problemas, avaliação inicial antes de um período de permanência mais prolongado ou para o treino de competências e habilidades de prestadores de cuidados ou dos próprios doentes, quando necessário.

No que concerne à permanência de acompanhantes/família no SU, de acordo com a Lei 33/2009 da Assembleia da República de 14 de Julho, o serviço de urgência permite a entrada de um acompanhante por utente, devendo estes requerer uma pulseira no serviço administrativo, no entanto com a pandemia que atravessamos a permanência pode acarretar riscos tanto para os acompanhantes como para os utentes pelo que a mesma, é ponderada caso a caso.

Constata-se que as principais necessidades da família são relativas à informação sobre estado clínico do seu familiar, procurando a equipa de enfermagem dar respostas perante estas situações. Porém, constata-se, por parte da equipa uma ambivalência de sentimentos perante a família. Se por um lado são incluídos como prestadores de cuidados, por outro lado e nos momentos de maior stress são ainda considerados um obstáculo à execução em tempo útil dos cuidados aos doentes. Uma sugestão que me parece favorável na tentativa de resolução deste problema, bem como fazer fase à questão que se levanta com a pandemia, é a criação de um serviço informativo com pessoal qualificado, que permita aos familiares ter uma noção sobre o estado clínico do seu familiar, assim como de possíveis tratamentos que ainda serão necessários realizar, dando-lhe também noção do tempo de permanência do seu familiar na urgência.

Especificamente na emergência extra-hospitalar, pela especificidade das situações vividas, o cuidado envolve necessidades bio-psico-sócio-espirituais que implicam um processo de comunicação eficaz entre o enfermeiro e o doente e sua família. Um dos grandes desafios no atendimento de emergência é a prestação de cuidados com qualidade e segurança, prevenindo complicações, avaliando riscos e oferecendo cuidados humanizados a partir da interação com o doente. Para tal, e sendo esta uma área ainda pouco alvo da atenção do enfermeiro, é necessário saber ouvir e transmitir de forma a garantir uma colheita de dados adequada e prestar cuidados de acordo com as suas expectativas (SANTOS, et al., 2018). Ao longo do ensino clínico foi possível a implementação de estratégias de comunicação tais como a adequação do discurso às características do recetor, a transmissão de informação de forma clara e faseada e a criação de momentos de silêncio que permitissem expressar. Deste modo, procurou-se recolher dados que favorecessem a avaliação do doente, bem como transmitir informações acerca da sua condição clínica, com vista a mantê-lo calmo e devidamente informado, melhorando a sua colaboração no processo terapêutico. Segundo as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, definidas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, espera-se que este seja capaz de estabelecer uma relação terapêutica eficaz e adequada com a pessoa e família/cuidador e que demonstre competências em técnicas de comunicação adaptadas ao contexto, envolvendo a pessoa e seus entes próximos em todo o processo de cuidar, apoiando-os no processo de transição e adaptação à sua condição saúde-doença, respeitando os seus valores e crenças. Foram vários os momentos em que foi possível implementar estas técnicas de comunicação, o envolvimento familiar se já é importante no meio hospitalar, no extra-hospitalar torna-se crucial para a tomada de decisão, atitudes

terapêuticas e ajuda nas tarefas mais simples, traduzindo-se em resultados positivos. Uma das abordagens mais importantes com que foi deparado o envolvimento familiar e uso da comunicação, foi nos casos de PCR (Paragem Cardiorrespiratória) em meio extra-hospitalar, em que a casuística envolvente exige mais da equipa de enfermagem. Devido ao elevado número deste tipo de casuística e o interesse pessoal pelo envolvimento da família na abordagem ao doente crítico, elaborou-se uma revisão integrativa com o tema *A presença da família em contexto da PCR no extra-hospitalar* (Apêndice III). Dado a pertinência do tema e a importância que o mesmo tem no quotidiano do profissional de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que se deparam com situações de difícil decisão e interpretação no âmbito desta temática. Assim, independentemente do local onde se encontra o doente em situação crítica, é dever dos profissionais de saúde, respeitar, proporcionando-lhe cuidados de qualidade.

Consciencializada desta realidade, onde a vida e a morte se cruzam, esta revisão integrativa teve como objetivo: Compreender a importância da presença da família perante uma situação de reanimação cardiorrespiratória no extra-hospitalar.

Deste modo, julga-se que o contexto de estágio permitiu desenvolver competências para estabelecer uma comunicação interpessoal adequada e gestão da relação terapêutica com o doente e seus familiares/cuidadores, identificando necessidades e assegurando uma deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação decorrentes do processo de doença.

5. Desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção no doente crítico em contexto de urgência e extra-hospitalar

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica são preconizadas pela OE (2011) e definem numa breve síntese, a relevância do risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos, pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas. Acrescenta ainda que a IACS (Infeção Associadas aos Cuidados de Saúde) é hoje vista como, um indicador de qualidade dos cuidados prestados, sendo preconizado o papel do especialista como agente de mudança e formador ativo, tendo sempre presente a relação custo/eficácia.

Durante o estágio e relativamente à temática prevenção/controlo de infeção esta revelou-se uma preocupação, pois existe um elevado risco de infeção associado e acrescido aos doentes com disfunção/falência orgânica. Relativamente a esta temática é notório a

preocupação e interesse de toda a equipa na implementação de estratégias dirigidas ao controlo IACS, no entanto a própria estrutura física do SU não permite que todas as ideias sejam concretizáveis.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa crítica, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017), o enfermeiro especialista deve procurar maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção, na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda ou crónica e processos complexos. À medida que surgem tecnologias mais avançadas e invasivas e com o aumento da esperança de vida e do número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antimicrobiana, aumenta também o risco de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Torna-se, assim, imperativo que sejam desenvolvidas estratégias para a sua prevenção e controlo, não só para a prestação de cuidados seguros ao doente mas também para a proteção dos profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Espera-se que o enfermeiro especialista participe na conceção de planos, defina estratégias, gere e lidere a sua implementação para a prevenção, intervenção e controlo da IACS, capacitando as equipas de profissionais que o rodeiam. Simultaneamente, este deve ser capaz de liderar o desenvolvimento de estratégias nesta vertente, reconhecendo planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção de âmbito local, regional e nacional; diagnosticar necessidades nas unidades/contexto de prestação de cuidados; e fomentar a implementação de estratégias pró-ativas baseadas na melhor evidência científica atual, divulgando os resultados obtidos aos membros da equipa de prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O equipamento de proteção individual está disponível e de fácil acesso em todos os postos de trabalho e é geralmente utilizado com frequência consoante o contacto que se espera existir na abordagem ao doente.

A utilização de EPI proporciona uma proteção adequada aos profissionais de saúde e deve ser implementada de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar. Este deve estar disponível junto ao local de utilização, acondicionado num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação e ser de uso único ou devidamente descontaminado quando reutilizável (Direção Geral de Saúde, 2012).

As decisões sobre o uso deste equipamento são também determinadas pelo raciocínio lógico em cada momento, reconhecendo a cadeia epidemiológica da infeção, tendo-se em conta o diagnóstico ou suspeita de diagnóstico infeccioso do doente, os seus sintomas e o

tipo de microrganismo e/ou patologia infecciosa em situações já identificadas. Assim, para esta determinação é importante conhecer o diagnóstico presumido ou confirmado do doente, se este constitui uma fonte ou reservatório de colonização ou infeção, quais os microrganismos ou patologia infecciosa possíveis de encontrar e qual a via de transmissão mais provável (Direção Geral de Saúde, 2015).

É deste modo, tomando as devidas precauções e utilizando o equipamento adequado, que o profissional deve atuar tendo em conta a sua proteção e segurança, considerando sempre que o doente e seu ambiente são possíveis fontes de microrganismos transmissíveis e passíveis de causar doença.

A higienização das mãos é facilitada pela existência de lavatórios e solução antisséptica de base alcoólica disponível, o que faz verificar uma adesão elevada ao cumprimento das normas recomendadas. Tanto nos balcões de enfermagem como nos carros de pensos ou colheitas de sangue estão disponíveis soluções de clorhexidina a 2% em solução alcoólica e álcool a 70%, o que facilita o acesso aos profissionais, sobretudo nos procedimentos em que é necessária a sua utilização.

Uma das principais dificuldades para os profissionais neste contexto prende-se com o vírus SARS-CoV2, que para receber doentes infetados, foi criada uma nova área, no entanto a mesma carece de algumas estruturas para evitar o contágio e a propagação da doença. Nesta área, existem duas salas fechadas onde são colocados os utentes já com diagnóstico SARS-CoV2 positivo e recorrem ao SU por agravamento sintomático e, todos os utentes sem diagnóstico mas com sintomatologia sugestiva da infeção, aguardam numa outra sala ampla, onde ficam deitados em macas e ou sentados em cadeiras. Todos os profissionais de saúde nesta área, andam devidamente equipados usando todo o equipamento de proteção individual recomendado pela DGS. No entanto, em nenhuma zona desta área, existe isolamento com pressão negativa, bem como, na zona comum onde aguardam os doentes ainda sem diagnóstico, não existe sequer separação física. Deparada com esta realidade, questioneei a possibilidade de existirem os tão conhecidos filtros de partículas nestas zonas e a existência de pelo menos uma separação física, como cortinas ou biombo entre os utentes a aguardar o resultado do teste, para assim evitar a propagação da doença entre utentes e ajudar na prevenção da infeção aos profissionais de saúde.

Face às circunstâncias de atuação em ambiente extra-hospitalar, com características desconhecidas e inesperadas, recursos de avaliação, diagnóstico e intervenção limitados, stress por necessidade de resposta rápida e eficaz, utilização de múltiplas medidas invasivas e a frequente ausência de reconhecimento do diagnóstico, história clínica e

características do ambiente, o risco de infeção associado à prestação de cuidados é maior neste do que em qualquer outro contexto. Torna-se, assim, imperativo que sejam desenvolvidas estratégias para a sua prevenção e controlo, não só para a prestação de cuidados seguros ao doente mas também para a proteção dos profissionais (SOERENSEN et al. (2009) cit por PAIVA, 2012). No decorrer da unidade curricular foi possível a verificação de que a maioria dos profissionais toma medidas que revelam atenção para esta temática. Como exemplos, observou-se a utilização de luvas em todo o contacto com o doente e sua colocação ainda antes da primeira abordagem, a higienização das mãos com solução antisséptica de base alcoólica e a desinfeção tanto do material reutilizável que esteve em contacto com este (cabos de monitorização, maca de transporte) bem como das restantes estruturas do meio, cumprindo a frequência recomendada e tal como definido nas indicações estipuladas pela instituição.

6. Promover o treino de competências técnicas e relacionais subjacentes aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem orientados para os seguintes enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados

Durante todo o tempo de estágio, foi promovido o treino de competências técnicas, comportamentais e reflexivas de forma a garantir a qualidade de cuidados. Para além dos já descritos neste relatório que vão de encontro à satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, espera-se ainda, que o enfermeiro colha dados de forma eficaz, formule diagnósticos e planeie intervenções com base nos problemas identificados, as implemente e avalie os resultados decorrentes. Na avaliação efetuada pelo enfermeiro, uma colheita de dados primária, utilizando a abordagem ABDCE, permite identificar focos, áreas sobre as quais o profissional vai incidir a sua atenção e diagnósticos, problemas já existentes que necessitam de resolução. São planeadas intervenções, sendo umas resultantes de prescrição médica e outras autónomas que, após a sua implementação permitem compreender se surgiu melhoria na condição clínica, avaliando-se os resultados. Deste modo, com vista a atingir ganhos em saúde, utiliza-se o processo de enfermagem na abordagem ao doente, devendo este envolvê-lo a ele e seus familiares ou cuidadores. O raciocínio em enfermagem define os passos para a prestação de cuidados ao indivíduo, independentemente da sua condição, estruturando a identificação

das necessidades e a implementação de ações para a sua resolução, devendo fazer parte da prática e pensamento do profissional. De um modo geral, verificou-se que no SU é utilizada esta metodologia de pensamento, tanto em contexto de sala de emergência como no planeamento de cuidados aos doentes que se encontram em observação em outras áreas. Ainda que a avaliação de necessidades e planeamento de intervenções varie conforme o posto em que o enfermeiro se encontra, ocorre desde o momento da triagem até à alta. Neste contexto, é utilizada uma plataforma de sistemas de informação e caracteriza-se por permitir uma visualização contínua e praticamente geral de toda a dinâmica do serviço. Este programa, apesar de permitir o registo de dispositivos médicos e intervenções associadas não contempla o processo de Enfermagem como orientador do pensamento. Neste sentido, nas situações em que há intervenções resultantes de prescrição, o único registo que daí resulta é a validação das mesmas, não ficando em processo eletrónico os focos de vigilância ou intervenções definidas pelo enfermeiro. Por outro lado, quando se trata de uma permanência com duração curta, com alocação nas salas de tratamentos ou OBS, os registos são efetuados todos os turnos, em texto corrido, em resposta às prescrições e vigilâncias identificadas pelo médico. Ora, neste caso, não só não são registados focos e diagnósticos de enfermagem como nem todas as intervenções realizadas lá ficam presentes. Os registos de enfermagem são um conjunto de informação escrita que permite a comunicação de dados relativos ao doente e sua evolução clínica. Estes devem ser elaborados de forma objetiva, sistemática e organizada, cumprindo uma ordem cronológica e são fundamentais para o trabalho em equipa multidisciplinar uma vez que permitem a comunicação entre os seus elementos. Tornam também possível a individualização dos cuidados, facilitam o planeamento e continuidade dos mesmos e identificam necessidades do doente.

É possível concluir, deste modo, que muito do trabalho do enfermeiro por não ser registado não é para todos os efeitos contabilizado, não tornando possível a identificação de ganhos em saúde decorrentes destes cuidados. Assim, e reconhecendo a importância do registo de atuação, sugere-se como proposta de melhoria a realização de registos, ainda que necessariamente em texto corrido, com integração do processo de enfermagem, incluindo focos, diagnósticos e intervenções planeadas e realizadas. Considera-se que esta mudança poderia trazer maior visibilidade ao papel do enfermeiro, facilitando o reconhecimento de indicadores de ganhos em saúde que daí advêm, promoção da saúde e organização de cuidados

Relativamente ao plano de catástrofe o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve “conhecer o plano e os princípios de atuação em situações de catástrofe” da mesma forma que “sistematiza as ações a desenvolver em situações de catástrofe ou de emergência, atribuindo os graus de urgência e decide sequência de atuação” (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2010). Para desenvolver as competências necessárias, procurou-se conhecer o plano de resposta multi-vítimas que o SU tem estruturado, através da sua análise e discussão com o enfermeiro tutor acerca da resposta que o SU tem perante um cenário de catástrofe. O termo catástrofe pode ser designado como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio económico em determinadas áreas ou na totalidade do território nacional.” (artigo 3.º, da Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho, Diário da República, 1ª série N. 126).

A ativação deste plano depende do alerta dado pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), descrevendo o evento e informando o que é pretendido do hospital. Quando o chefe de equipa do SU recebe as informações emanadas pelo CODU, deve ponderar a ativação do plano de emergência e comunicar o diretor Clínico, devendo igualmente inventariar de forma sumária, todos os recursos disponíveis.

Ao enfermeiro especialista cabe constituir equipas de tratamento iniciais a partir da equipa de urgência, em conjunto com os médicos responsáveis, trabalhar em estreita colaboração com o chefe de equipa do SU, providenciar para que o SU seja libertado para a receção de doentes, providenciar para que sejam cumpridas as alterações ao funcionamento do serviço de urgência, supervisionar o funcionamento dos enfermeiros das equipas de tratamento; definir e supervisionar as funções dos assistentes operacionais; estabelecer as necessidades para a manutenção do material, das instalações, equipamentos, alimentação e transportes dos doentes. Existe uma comissão de catástrofe na qual integram 2 enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica do SU. Um deles faz parte integrante da comissão permanente do plano de emergência e um outro é consultor desse mesmo plano. Anualmente, existe formação para todos os intervenientes da comissão de catástrofe. A devida atuação perante uma catástrofe é realizada com base no plano de trabalho instituído por esta comissão e que pode ser consultada em portal interno da instituição.

Há semelhança do que é feito no SU no extra-hospitalar a colheita de dados primária é realizada segundo a metodologia ABCDE, como já referido, que permite identificar focos, áreas sobre as quais o profissional deve incidir a sua atenção e diagnósticos, problemas já

existentes que necessitam de resolução. São planeadas intervenções, podendo estas ser orientadas por protocolos (no caso da ambulância SIV) ou prescritas pelo médico (presencialmente na VMER ou via telefone na SIV) e após a sua implementação é efetuada uma reavaliação que visa compreender se surgiu ou não melhoria da condição clínica, recolhendo-se resultados. Em contexto extra-hospitalar, a elaboração de registos de enfermagem varia consoante o meio existente. No que toca às ambulâncias SIV, os registos são habitualmente efetuados num sistema denominado “*iTEAMS*” que permite a identificação do doente, a introdução de dados de avaliação inicial, antecedentes pessoais, medicação habitual, alergias, resultados do exame físico, lesões decorrentes do episódio e suas características, intervenções terapêuticas e de enfermagem realizadas, focos de atenção e reavaliações. Sendo a sua utilização inovadora e relativamente recente, este tem a possibilidade de transmissão do eletrocardiograma e restantes dados clínicos para o CODU e de reencaminhamento de informação e alerta do hospital de referência em situações de Via Verde ou PCR. Este meio revelou ser uma mais valia pela rapidez e intuitividade de registo, e pela possibilidade de conexão e envio de dados, garantindo um cuidado mais eficaz e assistência mais rápida, evitando a perda de informação. Em contexto VMER foi possível detetar que não são realizados quaisquer tipo de registos de enfermagem, sendo que toda a informação é redigida pelo médico, tornando invisível o papel do enfermeiro nos cuidados que presta. A Ordem dos Enfermeiros (2017) considera que os profissionais que atuam no extra hospitalar devem ser capazes de assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência (p. 2). Neste sentido, e reconhecendo a importância do registo de atuação, sugere-se como proposta de melhoria a realização de registos de Enfermagem em meio VMER, intervenções, focos e diagnósticos de enfermagem identificados. Considera-se que esta mudança poderia trazer maior visibilidade ao papel do enfermeiro neste meio e complementar os registos médicos, melhorando os cuidados prestados.

7. Desenvolver capacidade de reflexão crítica durante a prática clínica

A reflexão é um diálogo entre o pensar e o agir e que envolve a reflexão na ação e a reflexão sobre a ação. Esta ocorre quando os profissionais questionam e problematizam as suas ações e adquirem novos conhecimentos, habilidades e atitudes, desenvolvendo

atividades intelectuais e afetivas que têm como objetivo concretizar uma nova compreensão (PEIXOTO e PEIXOTO, 2016). Especificamente na enfermagem, esta reflexão crítica funciona como uma ferramenta vital para a aprendizagem e permite ao profissional reconhecer as suas forças e fraquezas, diminuir a lacuna existente entre a teoria e a prática e expandir o corpo de conhecimentos da disciplina (JOHNS, 2002 cit in PEIXOTO e PEIXOTO, 2016). Neste sentido, reconhece-se a importância que esta postura crítica e reflexiva tem em relação a toda a ação do enfermeiro especialista, tanto para o seu desenvolvimento de competências enquanto profissional como para a qualidade dos cuidados prestados. Durante este estágio, objetivou-se que o enfermeiro especialista apresentava uma visão crítica dos cuidados e procurava uma reflexão contínua sobre o doente e sua condição de saúde e uma atuação fundamentada e adequada às necessidades identificadas. Notou-se também que esta de cuidados diretos, mas também na gestão da dinâmica do serviço, na articulação com a equipa multidisciplinar e no desenvolvimento de investigação pelos profissionais. Ao longo do contacto com os contextos da prática clínica, manteve-se uma análise crítica das ações, processo de tomada de decisão e resultados obtidos não só em relação às situações clínicas com as quais houve contacto, mas também perante a equipa, recursos e dinâmica funcional dos meios. Procurou-se também refletir sobre o que se observava, identificar necessidades, propor estratégias de melhoria e, partindo de fundamentação científica atualizada, responder a questões que foram surgindo em contexto prático. Foi possível, assim, atuar fundamentadamente, mantendo uma perspetiva crítica e reflexiva. Sendo este um objetivo fulcral em todo o estágio.

8. Desenvolver competências na colheita e análise de dados face a problemas identificados e participar na investigação e formação da equipa

A integração e colaboração em ações de formação e investigação desenvolvidas pelas instituições foram igualmente atividades desenvolvidas em contexto de estágio. Como forma de exposição dos resultados obtidos com a realização da reflexão crítica desenvolvida neste contexto, foi realizada uma sessão de apresentação (APÊNDICE IV) que se julga ter constituído um momento de aprendizagem, reflexão e discussão e uma mais valia para todos os intervenientes. Esta apresentação teve como objetivo, compreender a importância da presença da família perante uma situação de reanimação cardiorrespiratória no extra-hospitalar, tendo por base uma revisão integrativa sobre a temática e um pequeno inquérito para perceber as necessidades da equipa, contextualizar

com a realidade e saber a opinião relativamente a esta temática. Através desta, foi também possível compreender a importância da formação contínua em equipa, em específico na área da temática abordada, bem como de outras, como base indispensável para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Surgiu também a possibilidade de participação numa formação realizada por outros enfermeiros que permitiu a discussão de algumas questões técnicas, éticas e deontológicas. Esta vivência permitiu compreender de que forma o enfermeiro especialista deve ser responsável por identificar problemas, colocar questões, investigar e apresentar os resultados aos restantes elementos uma vez que o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho define que este deve fomentar medidas de correção, intervindo no planeamento e implementação de formação na equipa multidisciplinar.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista deve responsabilizar-se por ser um facilitador, dinamizador e gestor da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador, diagnosticando necessidades formativas, investigando, colaborando em estudos de investigação e gerindo programas que favoreçam a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades. Todos estes aspetos têm como objetivo contribuir continuamente para conhecimento novo e desenvolvimento de uma prática clínica especializada. Assim, foi possível integrar um projeto de formação bem como identificar necessidades e dinamizar formação em equipa, realizando trabalho científico, com vista à melhoria contínua dos cuidados.

2.4 COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O processo de desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista foi progressivo e resultado do contacto com as experiências vivenciadas. A possibilidade de integrar um serviço de cuidados intensivos, um SU e um meio extra-hospitalar trouxe consigo diversas oportunidades de aprendizagem, tanto pelas especificidades como pela abrangência da sua abordagem. A definição dos objetivos previamente definidos tendo em conta as competências esperadas do enfermeiro especialista definidas pelos Regulamentos nº140/2019 de 6 de fevereiro e nº 429/2018 de 16 de julho permitiu direcionar o processo de aprendizagem e fazer um percurso progressivo para o desempenho deste papel. Aqueles que foi possível atingir permitiram o crescimento profissional e pessoal, no entanto, trazem consigo o ponto de partida para uma prestação de cuidados diferenciada e especializada. A intervenção em diversos meios, com recursos disponíveis muitas vezes limitados e o contacto com novas metodologias de trabalho permitiram refletir e, fundamentadamente, trocar experiências entre os contextos da prática. Considera-se que a necessidade de intervenção num meio que não é o ambiente de conforto obriga a uma maior reflexão sobre os cuidados, facilita a discussão de questões e promove o desenvolvimento de novos conhecimentos e capacidades. Ao longo deste processo foi igualmente possível o desenvolvimento de saber na abordagem ao doente crítico pelo contacto com diferentes técnicas, materiais, protocolos e métodos de organização de cuidados, contribuindo para uma bagagem mais completa e abrangente. A principal implicação para a prática clínica e que se considera com maior impacto na prestação de cuidados é o desenvolvimento de uma visão crítico-reflexiva. A reflexão sobre os cuidados prestados, um olhar crítico sobre o doente e sua condição de saúde, a integração dos cuidados na equipa multidisciplinar e o envolvimento da família em todo o processo de cuidar traduzindo uma maior humanização e qualidade dos cuidados foram os principais contributos para o crescimento enquanto enfermeiro especialista.

3. CONCLUSÃO

Nesta etapa final do processo de aprendizagem julga-se essencial refletir sobre o percurso realizado, analisando as experiências vividas e realçando pontos fortes, limitações e dificuldades sentidas.

O estágio é um tempo de trabalho, de observação e de aprendizagem, e envolve não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência mas, assume-se também como um conjunto de transformações e mudanças pessoais. (ABREU, 2008). Permite abranger um vasto leque de situações que refletem a diversidade de respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, bem como as transições que os indivíduos e famílias estão sujeitas ao longo do seu ciclo de vida.

Tratou-se de uma experiência gratificante e enriquecedora, por permitir ter contato com outras realidades e situar o papel do Enfermeiro, nomeadamente com EEMC. A atuação do enfermeiro especialista deve reger-se por elevados padrões de qualidade e de responsabilidade ética e legal, de acordo com o código deontológico do enfermeiro, constante no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Deste modo a prática de enfermagem deverá reger-se pelos valores de igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional, com vista ao respeito pelos direitos e à excelência do exercício profissional.

A atuação face ao doente crítico passa por uma avaliação sistemática, em que se faz a avaliação ABCDE, usual nas situações de trauma, mas usada também na prática diária, procurando-se de forma rápida avaliar áreas problemáticas em que seja necessário atuar. Esta forma estruturada e organizada de atuar permite o planeamento das práticas de forma a obterem-se resultados eficazes e eficientes. É também necessário que o enfermeiro especialista seja dotado de competências técnicas uma vez que, a prestação de cuidados num SU e no extra-hospitalar, requer destreza física e mental para atuar em situações de emergência. Tendo consciência de que a abordagem do doente crítico requer um atendimento em equipa multidisciplinar, em que cada elemento deve saber o seu plano de

atuação, em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento correta para uma abordagem e reanimação da pessoa em situação crítica nos referidos contextos.

De uma forma geral o enfermeiro especialista deverá destacar-se na equipa pelo seu nível de conhecimentos, capacidade de gestão de cuidados, deteção de casos vulneráveis e coordenação de equipas, pautado por uma prática profissional, ética e legal de excelência que conduza à melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo para a satisfação do cliente.

O presente estágio constituiu uma base de formação imprescindível ao proporcionar um leque de oportunidades a desenvolver, a integrar e a aperfeiçoar conhecimentos e competências adquiridas ao longo da formação teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de intervenção especializada a doentes em estado crítico.

A elaboração deste relatório permitiu-me dar visibilidade ao desenvolvimento de competências na arte de cuidar em contexto de urgência e emergência extra-hospitalar, através do desenvolvimento de atividades relevantes para a concretização de objetivos previamente definidos.

Considera-se que, foi revelada uma postura profissional com conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, pensa-se terem sido atingidos os objetivos a que me propus, no entanto a vivência de experiências nestes contextos permitiram não só crescer enquanto profissional mas como pessoa, tendo sido constante o apoio de toda a equipa, com quem desenvolvi o meu juízo crítico bem como alguns pontos de vista, que visavam sobretudo enaltecer a figura e o papel do enfermeiro especialista.

A nível das dificuldades sentidas, parte delas tem a ver com necessidade de gestão do tempo pessoal no sentido de dar resposta a todas atividades necessárias e às quais me propus inicialmente.

O estágio, a que se reporta o presente documento, constituiu um momento de aprendizagem e reflexão que se considera fundamental na minha formação como futuro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e que foi rico em oportunidades.

Assim, a elaboração desta reflexão permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e especificamente na vertente de abordagem ao doente crítico, trazendo também consigo uma maior consciencialização, reflexão crítica e prática fundamentada, sendo estes elementos considerados essenciais para o desempenho da prática no dia-a-dia.

4. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. -*Supervisão Clínica*. (2008) [Consultado 15 dezembro 2020]. Disponível em: <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisaoclinica>.
- ADÃO, R.S.; SANTOS, M.R. *Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel*. Rev. Min. Enferm.;(2012). 16(4): 601-608, out./dez
- ALVES, M.; RAMOS, F.R.S.; PENNA, C.M.M.. *O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência*. Texto & Contexto.(2005) Vol.14. n.3. pp. 323-331. ISSN 0104-0707. [consultado em 4 janeiro 2021]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300002>;
- CORREIA, A.F.R. -*Enfermagem em Emergência Pré-Hospitalar: Existem ou Não Competências?*. Revista Sinais Vitais.(2010). Nº 105. 2012
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2015). *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Norma Nº 013/2014 atualizada em 2015. Departamento da Qualidade na Saúde;
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2010). *Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Circular Normativa. Nº: 13/DQS/DSD. Departamento da Qualidade na Saúde;
- GENTIL, R.C.; RAMOS, L.H.; WHITAKER, I.Y. *Capacitação de Enfermeiros em Atendimento Pré-Hospitalar*. RevLatino-am Enfermagem,(2008). março-abril; 16(2);
- INEM. (s.d.). *O Inem – Instituto Nacional de Emergência Médica*. [consultado em 20 janeiro 2021]. Disponível em <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>;
- INEM. *Técnicas de Extração e Imobilização de Vítimas de Trauma*. Versão 2.0, 2ª Edição,(2012). ISBN 978-989-8646-14-9;
- INEM. *Manual de Controlo de Infeção no INEM*. Comissão de Controlo de Infeção do INEM.(2015). Versão 2. Outubro;

- INEM. *Plano Estratégico 2017-2019*. Lisboa. [consultado em 29 abril 2019] Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/PlanoEstrat%C3%A9gico-2017-2019-INEM-.pdf> ;
- INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (julho 2020). *Guia Estágio- Estagio Final e Relatório*. Porto;
- KREPS, G.L. *Health communication inquiry and health promotion: A state of the art review*. *Journal of Nature and Science*, (2015). 1(2), e35, 1-12. [consultado em 15 dezembro 2020] Disponível em: <http://www.jnsoci.org/files/html/e35.htm>;
- LYNEHAM J. et al. “*Explicating Benner's Concept of Expert Practice: Intuition in Emergency Nursing*”, in *Journal of Advanced Nursing*, (2008). no 4, pp. 380-7. [consultado em 15 dezembro 2020] Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2008.04799.x>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção de Serviços de Planeamento - *Cuidados Intensivos: Recomendações gerais para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003.
- NUNES, Fernando – Sala de emergência e trabalho em equipa. In *Manual de Trauma: para Apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009, p.8-12.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (2002). [consultado a 01 setembro de 2020] Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem. (2015) Lisboa. [consultado em 11 fevereiro 2020]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/livro-de-bolso-novo-estatuto-e-repe-j%C3%A1-dispon%C3%ADvel-na-%C3%A1rea-das-publica%C3%A7%C3%B5es/>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Assembleia Extraordinária do Colégio

- da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Leiria. [consultado em 9 setembro 2020] Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar*. Enunciado de posição. Enfermagem no Pré-Hospitalar. (2017). EP01/07 [consultado em 10 janeiro 2021] Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>;
 - ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – *Transporte de doente crítico: Recomendações*. [S. l.]: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.
 - ORDEM DOS MÉDICOS. *Normas de boa prática em trauma*. Grupo de Trabalho de Trauma. Competência em Emergência Médica (2009). [consultado em 15 janeiro 2021]. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ctn-nbp-om-pdf.aspx>;
 - PAIVA, M.H.R.S. (2012). *Acidentes ocupacionais por exposição a materiais biológicos entre trabalhadores do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de Minas Gerais*. Tese de Doutoramento. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.(2012). Belo Horizonte – MG; [consultado em 3 de janeiro de 2021]. Disponível em <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/GCPA-95ZJRH>
 - PEIXOTO, N.M.S.M.; PEIXOTO, T.A.S.M. *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Artigo de Revisão. Revista de Enfermagem Referência.(2016). Série IV - n.º 11 - out./nov./dez. pp. 121-132 [consultado em 3 de janeiro de 2021]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>;
 - PEREIRA,W; LIMA M. *O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito*. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.2 São Paulo June 2009132 [consultado em 3 de janeiro de 2021]. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200010

- PONTES, B. et al. *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM*. (Tese de Mestrado). Universidade Atlântica.(2008). Funchal;
- REGULAMENTO N° 124/2011 *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Lisboa. pp. 8656 - 8657 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/3477013/details/maximized>
- REGULAMENTO N°226/2018 *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 74 — 16 de abril de 2018. Lisboa. pp. 10758 - 10764 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115116048/details/normal?l=1>
- REGULAMENTO N°429/2018 *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Lisboa. pp. 19359- 19370 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>;
- REGULAMENTO N°140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Lisboa. pp.4744-4750 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- SANDRI, Ana et al – *Reduction in incidence of nosocomial methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection in an intensive care unit: role of treatment with mupirocin ointment and chlorhexidine baths for nasal carriers of MRSA*. *InfectionControl&HospitalEpidemiology*. Vol. N° 27 (Fev. 2006), p. 185-187. [Consultado a 10 de Outubro de 2020]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16465636/>

- SANTOS, ET AL. *A importância da comunicação no atendimento pré-hospitalar: um olhar da enfermagem*. In Anais do II congresso de urgência e emergência de Sergipe: os desafios na assistência multiprofissional em emergências. Aracaju.(2018). 978-85-5722-060-7 [consultado em 5 de janeiro de 2021]. Disponível em <https://www.even3.com.br/anais/iicongressoue2017/68358-aimportancia-da-comunicacao-no-atendimento-pre-hospitalar--um-olhar-da-enfermagem/>;
- SILVA, A.M. *Triagem de prioridades - Triagem de Manchester* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto. (2009). Porto;
- SOLER, W., et al. - *El triaje: Herramienta fundamental en urgencias y emergencia*. An. Sist. Sanit. Navar. (2010). 33(1). 55-68 [consultado em 15 dezembro 2020]. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272010000200008;
- THIM T., KRAUP V.N.H., GROVE E.L.. *Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure - (ABCDE) approach*. International Journal of General Medicine 2012;5. [consultado em 3 de janeiro de 2021]. Disponível em pp.117–121. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>

Apêndice I - Prevenção e controlo de infeções associadas ao Cateter Venoso Central (CVC) - Check-list de segurança de inserção

Prevenção e controlo de infeções associadas ao Cateter Venoso Central (CVC)

Check-list de segurança de inserção

1. Finalidade/objetivo

A prevenção e controlo de infeção é parte integrante da segurança do doente, e exige o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas e implementação das normas de controlo de infeção. Este documento tem como finalidade fazer fase à prevenção e controlo das infeções associadas à inserção de cateteres centrais, bem como, fornecer indicadores para a estratégia de segurança e melhoria de assistência à saúde.

2. Abrangência

Todos os procedimentos com dispositivos intravasculares (cateter venoso central, linha arterial, PICCO)

3. Contextualização

O Cateter Venoso Centra (CVC) é um sistema intravascular indispensável na prática diária da medicina moderna, e tem sido cada vez mais utilizado no cuidar de pessoas que necessitam de intervenções terapêuticas complexas, nomeadamente no doente crítico para administração de fármacos, fluidoterapia, alimentação parentérica, monitorização hemodinâmica, técnicas de substituição renal, entre outros. O acesso venoso central pode ser obtido através de punção da veia jugular, subclávia ou ainda da veia femoral. Os locais anatómicos de inserção de cateter dependem das condições e necessidades clínicas do doente, bem como, da finalidade do mesmo. A escolha da veia femoral não deve ser realizada por rotina por estar associada a um maior risco de infeções.

Em muitas situações clínicas, os benefícios do uso de CVC são relevantes e trazem vantagens para o doente, no entanto, há riscos associados, dos quais, se destacam as infeções nosocomiais da corrente sanguínea que estão relacionadas com o uso do cateter em meio hospitalar. Este, é apontado como um fator importante de risco no contributo para a infeção da corrente sanguínea, aumentando o período de internamento, da morbimortalidade e dos custos de hospitalização.

O cateter venoso central permite o acesso direto do meio exterior com o intravascular e funciona como um corpo estranho, desencadeando muitas vezes um processo inflamatório no local de inserção. O seu contacto com a corrente sanguínea oferece um risco iminente de disseminação, principalmente bactérias podendo desencadear posteriormente bacteriémia. Deve-se suspeitar de infeção quando existir bacteriémia ou sinais inflamatórios do local de inserção.(Andrea Silva, et al, 2009)

Neste sentido, as boas práticas na inserção de dispositivos intravasculares torna-se fundamental para a prevenção destas infeções. Portugal, dispõe de uma Norma da direção geral de Saúde (DGS) nº 022/2015 de 16 de dezembro de 2015 – **“Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com Cateter Venoso Central** – onde descreve sucintamente as intervenções a serem implementadas no momento da colocação do CVC e que devem estar bem presentes em todos os momentos do procedimento.

Com base nesta norma, foi realizado uma check-list a ser implementada na inserção de dispositivos intravasculares centrais, para segurança do doente, prevenção e controlo de infeção associadas. (anexo I)

4. Fatores predisponentes à Infeção

- ✓ Deficiência de recursos humanos, de materiais e equipamento
- ✓ Equipa não qualificada
- ✓ Falta de planeamento
- ✓ Ausência de protocolos
- ✓ Local de punção (veia femoral)
- ✓ Uso de cateteres de múltiplas vias
- ✓ Quebra de barreiras de proteção
- ✓ Múltiplas tentativas de punção
- ✓ Curativo (frequência, técnica, produtos utilizados)
- ✓ Fatores intrínsecos do dente
- ✓ Contaminação dos sistemas de infusão e perfusão de soluções contaminadas

5. Manifestações clínicas

- ✓ **Infeção local**
 - Calor, rubor, dor e drenagem de secreção purulenta

✓ **Infeção sistémica**

- Febre, tremores, hipotensão e/ou oligúria (sem clínica prévia)

6. Bundle de Inserção

- ✓ Higienização das mãos com água e sabão e solução antisséptica ou solução alcoólica a 70% antes do manuseamento do material, antes e após manipulação do doente
- ✓ Separação do material necessário
- ✓ Realização de tricotomia no local de inserção, se necessário, imediatamente antes ao momento de inserção
- ✓ Otimizar posicionamento do utente
- ✓ Colocação de precauções barreira (touca, máscara, bata estéril, luvas estéreis)
- ✓ Cobrir a totalidade da superfície corporal do doente com campo cirúrgico
- ✓ Realização da assepsia da pele com clorhexidina a 2% (Fricção da pele 30 segundos e secar 30 segundos em locais secos ou 2 minutos em locais húmidos)
- ✓ Assegurar que a assepsia é mantida em todos os momentos do procedimento
- ✓ Preencher a check-list (anexo I) no decorrer do procedimento (deverá ser descrito qualquer não conformidade do bundle de inserção)
- ✓ Optimizar CVC (aspiração e preenchimento de todas as vias)
- ✓ Limpeza e desinfeção do local de inserção
- ✓ Confirmação de localização através de Raio-x

7. Bibliografia

- ANDREA JOANA RESENDE DA SILVA, et al, (2009) – *Infeção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão de Literatura* – artigo publicado em Revista Referencia II serie – n 11 – Dezembro 2009

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, (2015) - “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com Cateter Venoso Central – NORMA Nº 022/2015 de 16 de Dezembro de 2015 [consultado a 12 de Outubro de 2020].Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- SAINT, S. (2000) - *The clinical and economic consequences of nosocomial central venous catheterrelated infection: are antimicrobial catheters useful* *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol. 21, nº 6, p. 375-380

Anexo I

Check-list de inserção de Cateter Venoso Central

Identificação do doente - vinheta

Data	Hora	Cama	Dispositivos			CVC		LA	PICCO			
			Indicação	Terapêutica		Dialise		Acesso venoso				
				Monitorização		NPT		Outro				
Médico / supervisor			Profissional	Interno			Especialista					
			Supervisão	Interno			Especialista					
Enfermeiro			Experiência	<10	10-50		>50					
			Local de inserção	R	B	SC	Jl	F				
				D/E	D/E	D/E	D/E	D/E				
Pré- procedimento												
Consentimento				Sim	Não	N/A		Notas				
Procedimento emergente				Sim	Não	N/A						
Ecografia				Sim	Não	N/A						
Material disponível				Sim	Não	N/A						
Sedação				Sim	Não	N/A						
Anestesia local				Sim	Não	N/A						
Higiene das mãos de todos os intervenientes				Sim	Não	N/A						
Parar e confirmar em voz alta												
Posicionamento otimizado?				Sim	Não	Notas						
Intervenientes e seus papéis clarificados?				Sim	Não							
Acordo em chamar o sénior após 3 tentativas sem sucesso?				Sim	Não							
Cateter adequado disponível?				Sim	Não							
Assegurar visualização do fio guia em todos os momentos?				Sim	Não							
Preocupações?				Sim	Não							
Após												
Fio(s) guia(s) removido(s)				Sim	Não	Notas						
Aspiração de sangue de todas as vias				Sim	Não						N/A	
Sutura com fio não seda				Sim	Não							
Rx Tórax				Sim	Não						N/A	
Remoção de cortoperfurantes				Sim	Não							
Complicações				Sim	Não							
Se sim, quais?	Pneumotórax		Hemorragia		Punção arterial		Mau posicionamento					
	Ajuda de sénior		Não conseguida		Outra:							

Bundle de Inserção de CVC

- 2- Avaliar necessidade e indicação a usar menor número de vias possível
- 3- Preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções barreira
- ✓ Preparação pré-cirúrgica das mãos dos operadores
 - ✓ Uso de touca, máscara, bata estéril e luvas estéreis nos operadores
 - ✓ Uso de touca, máscara e luvas nos circundantes
- 4- Antissepsia da pele com clorhexidina 2%
- ✓ Fricção da pele 30''e secar 30''em locais secos ou 2' em locais húmidos
- 5- Usar campo cirúrgico que cubra todo o doente
- 6- Não usar acesso femoral
- ✓ Se sim, registar o motivo do uso desta via _____
- 7- Técnica asséptica na colocação do penso
- Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para material
 - Local de introdução limpo e sem sangue
 - Usar Clorhexidina 2%
 - Usar kit de pensos
 - Data no penso

Notas:

Apêndice II - O papel da família na pessoa doente no Serviço de Urgência



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
(área de Enfermagem á Pessoa em Situação Crítica)

O papel da família na pessoa doente no Serviço de Urgência

Estudante: Diana Marisa Andrade do Couto
Sob orientação da Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, Dezembro de 2020

Índice

1.INTRODUÇÃO.....	74
2. A Pessoa Doente e a sua Família no Contexto De Serviço De Urgência.....	75
2.1 A Família e as suas necessidades.....	77
3.Acolhimento no Serviço de Urgência.....	79
4.O impacto da pandemia SARS-CoV-2.....	80
5.CONCLUSÃO.....	81
6.BIBLIOGRAFIA.....	83

1. INTRODUÇÃO

Do enfermeiro especialista espera-se que este possua e demonstre conhecimentos científicos, técnicos e relacionais baseados na experiência e no olhar crítico e reflexivo sobre as situações que se lhe deparam. É baseado nestes pressupostos que se insere a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, competências estas que me irão permitir exercer de forma mais autónoma, aperfeiçoar a prática diária e adaptar-me a um ambiente em constante transformação e evolução quer a nível científico como técnico.

Os estágios constituem momentos privilegiados de aprendizagem que nos permitem a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos, com o objetivo de desenvolver competências que possibilitem a prestação de cuidados de qualidade, constituindo-se como um momento pautado pela procura constante de conhecimento baseado na evidência científica mais atual que permita ao aluno justificar as suas intervenções e caminhar rumo à excelência dos cuidados.

Com base nisto, o documento que se apresenta foi elaborado no âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no ano letivo de 2020/2021, na unidade curricular Estágio final e relatório a decorrer no serviço de urgência.

O enfermeiro, com maior ênfase no especialista em Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica é responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente e, também, à sua família, uma vez que “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento nº 124/11 de 18 de fevereiro, p.8656). Assim sendo, “a enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias, nos cuidados de saúde” (Wright e Leahey, 2012, p.13).

Dado a pertinência do tema e a importância que o mesmo tem no quotidiano do profissional de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que se deparam com situações de difícil decisão e interpretação no âmbito desta temática. Assim, independentemente do local onde se encontra o doente em situação crítica, é dever dos profissionais de saúde, respeitar, proporcionando-lhe cuidados de qualidade.

Consciencializados desta realidade, onde a vida e a morte se cruzam, o tema tem como objetivo: Compreender a importância do papel da família na pessoa doente no serviço de urgência.

2. A Pessoa Doente e a sua Família no Contexto De Serviço De Urgência

Segundo Deodato (2014), “o cuidado consiste numa intervenção do enfermeiro, enquanto ação humana capaz de alterar o meio externo” (p. 20); enquanto que a intervenção de enfermagem “(...) corresponde à prática de um cuidado, que é concretizado numa pessoa e com uma pessoa, na dupla perspetiva de que se materializa no ser humano verificando-se nele a produção de resultados, e que se desenvolve numa relação pessoa-enfermeiro” (Ibidem). Desta forma, o cuidado de enfermagem consiste numa ação voluntária, realizada de acordo com uma decisão prévia, “pela decisão e pela ação o enfermeiro responde, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem” (Ibidem).

De acordo com Renaud (2010), os cuidados de enfermagem não se dedicam exclusivamente ao cuidado ao corpo, mas ao cuidado da pessoa no seu todo, ou seja, sendo uma resposta à complexidade da individualidade de cada ser. Por outras palavras, (...) o que se deve tratar e cuidar, não é apenas um corpo que tem uma avaria no seu funcionamento objetivo, mas um corpo que reage interiormente e pessoalmente à sua avaria. No fim de contas, é o que o conceito de cuidado «holístico» significa: tratando uma parte objetiva do corpo, trata-se da totalidade da pessoa. (Renaud, 2010, p. 3). Assim sendo, o cuidado holístico à pessoa doente assenta num compromisso de cuidado às pessoas, no domínio do agir profissional, da fundamentação ética e na deontologia profissional em enfermagem (Nunes, 2017)

No Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade da OE (2001), é enaltecida a importância do envolvimento das “(...) pessoas significativas para o cliente individual (...)” (p. 10), ou seja, o envolvimento dos familiares no processo do cuidar. Deste modo, os familiares encontram-se incluídos nos cuidados de enfermagem, sendo chamados a participar nas decisões para a procura do melhor cuidado. A pessoa pode considerar como seu suporte social não só os familiares, mas também amigos, nomeando-os como pessoas significativas para si, independentemente da sua relação sanguínea (Deodato, 2014).

Segundo Vieira (2007), “os outros, nos quais a pessoa se revê e com os quais se relaciona, são também objeto de cuidado, solicitude, pelo zelo, pela dedicação, pelo interesse, pela preocupação sentida e, por vezes, demonstrada” (p. 82). No entanto, este envolvimento da família deverá ter em conta o respeito pela autonomia da pessoa doente, na medida em que deverá ser respeitada a sua vontade acima da inclusão de um terceiro elemento - a família - e manter o exercício do dever de sigilo em enfermagem. O envolvimento da família e, sobretudo, da própria pessoa doente, apresenta como finalidade major a promoção da

defesa da vida e da dignidade da pessoa, assim como a promoção do cumprimento do princípio da autonomia (Deodato, 2014, p. 64).

De acordo com a legislação em vigor, nomeadamente na Lei nº15/14 de 21 de março, o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada ou no caso em que a pessoa doente não consiga escolher o seu acompanhante devido à sua situação clínica, pode acompanhá-lo uma pessoa que proceda à demonstração do seu parentesco ou da relação com a pessoa doente.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2015, p. 143) considera-se a família como um grupo com as seguintes características específicas: “(...) é uma unidade social ou todo coletivo, composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior que a soma das partes”.

Através da bibliografia podemos constatar a imensa variedade de realidades quanto ao conceito de família, contudo devemos salvaguardar o aumento das famílias unipessoais nos tempos atuais, indo de encontro ao conceito proposto por Wright e Leahey (2012, p. 55), aludindo que a “família é quem os seus membros dizem que são”.

O serviço de urgência funciona, normalmente como uma porta de entrada, aberta 24 horas que permite o acesso da população aos cuidados de saúde. Sendo muitas vezes o primeiro contacto de doentes e famílias com o hospital. Este por sua vez, possui um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas. Assim, a presença de um acompanhante pode ter uma importância significativa não só para a segurança, mas também para o bem-estar do doente e família (Galinha, Ribeiro e Pinto, 2014).

Nos serviços de saúde onde se prestam cuidados à pessoa em situação crítica a presença do limiar entre a vida e a morte é constante, ou seja, há a consciencialização e/ou confronto com a finitude da vida o que, habitualmente, gera ansiedade nas pessoas doentes, nos seus familiares e também nos próprios enfermeiros (Galinha de Sá, Botelho e Henriques, 2015, p. 32).

Nestes serviços, a experiência é vivenciada de diferentes formas entre os intervenientes. Enquanto, por vezes, a pessoa doente se encontra inconsciente e, pensa-se, que só compreende a gravidade quando recupera o estado de consciência; a família encontra-se a vivenciar a experiência de forma intensa, manifestando frequentemente ansiedade, incertezas e instabilidade emocional. Também Batista, et al. (2017), referem que “a prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência deve ser centrada no utente e família” (p. 84). Desta forma, a envolvência da família em contexto de urgência e

emergência, é um desafio para os enfermeiros na satisfação das suas necessidades perante o contexto em que se encontra, sendo estas necessidades “(...) muitas vezes colocadas em segundo plano já que num contexto de urgência e emergência, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam” (Ibidem).

Segundo Galinha de Sá, et al. (2015), “a comunicação eficaz é a base da relação entre a família e os enfermeiros, devendo ser honesta, mas também portadora de esperança” (p. 42). Assim sendo, torna-se importante, que o acolhimento inclua a família, de forma a englobá-la no plano de cuidados de enfermagem, com o objetivo de também satisfazer as suas necessidades, requerendo do enfermeiro uma “(...) conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Galinha de Sá, et al., 2015, p. 33).

O contexto do doente em estado crítico na iminência de morrer, constitui uma fonte de stress provocada por problemas particulares pois derivam de situações não normativas e, por isso, inesperadas.

A enfermagem é a profissão do cuidar e que valoriza as relações estabelecidas entre os enfermeiros e as pessoas doentes. A relação terapêutica estabelecida no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem “(...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valoração do seu papel” (Nunes, 2017, p.12).

2.1 A Família e as suas necessidades

Segundo Almeida, Colaço e Sanchas (1997), quando um elemento da família é hospitalizado, as reações de cada familiar são diferentes e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel social do indivíduo que adocece, com a idade, com o sexo e com a própria estrutura familiar. Liberado (2004) afirma ainda que a doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar, e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor. É essencial que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para este aspeto, pois é tão importante cuidar do doente crítico como da família. De forma a poderem ajudar os familiares, é indispensável que os enfermeiros tenham conhecimento das verdadeiras necessidades sentidas pela família. Encontram-se numa posição privilegiada para conhecer profundamente os familiares e para identificar as suas necessidades. É da sua competência minimizar o impacto da rutura desencadeada pela doença e pelo internamento, quer no doente quer na família. Como

referem Sorensen e Luckmann (1998) as intervenções relacionadas com a família abrangem mais do que as práticas clínicas ao doente devendo também atender às necessidades dos familiares. Só assim é possível o cuidar segundo uma perspectiva holística.

As necessidades da família durante um período de doença aguda são, independentemente da sua idade, género, relação com o doente e do seu diagnóstico, informativas, emocionais, pessoais, físicas e ambientais, sendo que os enfermeiros têm um papel importante na satisfação dessas necessidades.

3. Acolhimento no Serviço de Urgência

O objetivo do acolhimento passa por ajudar a pessoa doente a ultrapassar sentimentos de ansiedade e angústia e envolver a família nos cuidados. Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS 2018) “o acolhimento é uma estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentadas na ética e na cidadania”.

No mesmo sentido, RENAUD (2010) evidencia a possibilidade dos enfermeiros ficarem na memória das pessoas, não pelo tempo em que estão em contacto mas com a união da duração quantitativa e a sua intensidade qualitativa, sendo um incentivo à ética no cuidado de enfermagem uma vez que vai além da dimensão profissional para a visualização de uma presença autêntica. A mesma autora reitera que “(...) no meio da sua vulnerabilidade e na percepção aguda da sua fragilidade, os doentes estão mais recetivos aos sinais de atenção, são carentes de um cuidado técnico através do qual se manifesta uma presença autêntica” (p. 6-7). Os enfermeiros quando estão presentes de forma autêntica permanecem na memória das pessoas doentes, o que contribui para a satisfação em relação aos cuidados de enfermagem. O enfermeiro ao prestar cuidados de qualidade, iniciado pela realização de um acolhimento adequado, pratica uma enfermagem holística.

4. O impacto da pandemia SARS-CoV-2

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto da doença COVID-19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional. No dia 2 de março, Portugal registava o primeiro caso de doença e, a 11 de março, a OMS qualificou-a como uma pandemia internacional, dado o número de países em que a mesma já havia sido registada e atenta a sua rápida propagação mundial

Diante do quadro caótico de disseminação da doença, da resistência de sobrevivência do vírus, da ausência de vacina ou medicamento específico tratamento para cura, agravado pela sobrecarga nos hospitais para o atendimento dos doentes, foram adotadas diversas estratégias para o combate e prevenção à doença, em especial, o isolamento social.

Nos hospitais, as visitas foram canceladas, o acompanhamento dos doentes em situação crítica foram afastados e a importância do envolvimento da família neste contexto foi colocado em causa.

A situação de doença provoca sentimentos de desagrado e angústia nos doentes, em parte pelo desconhecimento da realidade da situação bem e o impacto que isso poderá ter na sua vida e família. Durante um período de observação, tanto num serviço de urgência como num internamento, os doentes enfrentam um ambiente novo, muitas vezes de sofrimento, rodeado de pessoas desconhecidas, numa situação de crise, e por isso, mais vulneráveis e com maior dificuldade de adaptação.

Para minimizar estes sentimentos, deve existir em meio hospitalar, a presença de pessoas significativas para contribuir para a existência de sentimentos de tranquilidade e segurança. Quando este aporte não existem, o doente vivencia sentimentos de solidão, tristeza, revolta, apatia e abandono. Neste sentido, a família ajudam a ultrapassar mais facilmente o processo de hospitalização, incluindo o sofrimento causado pela doença.

Os doentes vêem-se a si próprios como membros de uma família, em que a sua doença afeta todo o agregado, estes ultrapassam melhor os momentos críticos da sua doença com a sua família, por esta, partilhar vivências comuns e compreende a sua experiência mesmo que nada seja dito.

No sentido de minimizar o impacto do stress na família, no serviço de urgência, foi implementado um serviço de SMS informativo em tempo real dos procedimentos durante o atendimento neste serviço. É também, sempre que necessário, o envolvimento da família na recolha de informação clínica e transmissão do estado clínico do familiar internado.

5. CONCLUSÃO

No desenvolvimento deste trabalho deparou-se com uma temática complexa e controversa, tendo sido necessária uma pesquisa bibliográfica diversificada permitindo o enriquecimento teórico de forma a sustentar temática em discussão. Tendo em consideração as experiências vivenciadas tanto em contexto laboral como em estágio, a elaboração deste trabalho permitiu um desenvolvimento de competências e conhecimentos científicos.

Neste contexto, levantam-se questões pertinentes, nomeadamente:

Até que ponto o acolhimento que prestamos aos doentes e familiares no serviço de urgência vão de encontro ao descrito na literatura?

No serviço de urgência é fundamental que o acolhimento à pessoa doente e à sua família seja realizado de forma fundamentada e oportuna, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica desde o primeiro encontro. Desta forma, o acolhimento é fundamental para todos os intervenientes e torna-se extremamente importante durante a prestação de cuidados e, também, quando se torna necessário transmitir uma má notícia, podendo “facilitar” este processo na medida em que já existe uma relação terapêutica estabelecida. Assim, é importante que o enfermeiro esteja disponível para escutar e esclarecer as dúvidas das pessoas intervenientes, evitando níveis de ansiedade elevados e permitir que estas informações sejam dadas em momentos e espaços que propiciem a confidencialidade e segurança para as mesmas.

Até que ponto os serviços de urgência estão preparados para ter pessoas em fim de vida?

Temos perfeita consciência que o doente em fim de vida tem que “ter condições para morrer”, nomeadamente privacidade, intimidade, dignidade e o facto de a família poder chorar. O serviço de urgência não é o local por natureza, como já referido anteriormente, digno para se morrer, não que os enfermeiros não estejam preparados, pois no nosso ponto de vista estão preparados e cuidam de uma forma muito humana, contudo as condições onde estão inseridos, fazem com que muitas da vezes o foco seja o doente agudo e o crítico e não tanto o doente em fim de vida.

Até que ponto os serviços de urgência estão preparados para envolver a família na prática diária de abordagem ao doente agudo-crítico?

Durante a construção deste trabalho, confrontou-se com algumas dificuldades, nomeadamente na sistematização, estruturação e no estabelecimento de prioridades na escolha dos conceitos e sua pertinência. No entanto é notória a importância do envolvimento da família em todos os ciclos e fases do doente crítico.

Em suma, o espírito crítico-reflexivo deve imperar e posicionar-se nas questões éticas com pertinência para a prática clínica, com mais investigação e discussão do tema com o intuito de aperfeiçoar a melhor forma possível de abordar a vida e concretizar mudança.

6. BIBLIOGRAFIA

- BATISTA, M.J., VASCONCELOS, P., MIRANDA, R., AMARAL, T., GERALDES, J., & FERNANDES, A.P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 13, 83-92. [consultado a 20 de dezembro de 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16085>
- CERQUEIRA, A. (2017). O acolhimento dos enfermeiros aos familiares da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: estudo das perspetivas dos enfermeiros e dos familiares. (Relatório de Estágio), Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga. [consultado a 20 de dezembro de 2020] Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/49371>
- DEODATO, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: dos problemas aos fundamentos para o agir*. Almedina: Coimbra.
- DESCRITORES EM CIENCIAS DA SAUDE: DeCS (2018) São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017. [consultado a 20 de dezembro de 2020] Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
- EMANUEL, L., (2008) – *The last hours of living: practical advice for clinicians*. Medscap. Disponível em: <https://ipalapp.com/wp-content/uploads/2013/08/The-Last-Hours-ofLiving.pdf>
- FORTIN, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185.
- GALINHA de Sá, F., BOTELHO, M.A., & HENRIQUES, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 1(19), 31- 46. . [consultado a 13 de dezembro de 2020] Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- GALINHA, F., RIBEIRO, T., & PINTO, J. (2014) – Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In Ribeiro, M. T., Matos, P., Pinto, H., – *Mediação familiar: contributos de investigações realizadas em Portugal*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0417-1. p. 160-177. . [consultado a 13 de dezembro de 2020] Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20863>
- NUNES, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [consultado a 01 setembro de 2020] Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Final de Vida. VI Seminário do Conselho Jurisdicional. N.º20. ISSN: 1646-2629. Lisboa. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12495842/final-de-vida-ordem-dosenfermeiros>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem 18 médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- REGULAMENTO N.º429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*. Lisboa. pp. 19359- 19370 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>;
- REGULAMENTO N.º140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. Lisboa. pp.4744-4750 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- RENAUD, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 1(14), 2-8. [consultado a 01 de janeiro de 2021] Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8(2).pdf)
- VIEIRA, Margarida (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. ISBN 972-54-0146-8

- WRIGHT, I., & LEAHEY, M. (2012). Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca. Disponível em : <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3271>

Apêndice III - A presença da família em contexto da PCR no extra-hospitalar - **Revisão integrativa**



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A presença da família em contexto da PCR no
extra-hospitalar**
Revisão integrativa

Estudante: Diana Marisa Andrade do Couto
Sob orientação da Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, Fevereiro de 2021

ÍNDICE

ÍNDICE.....	88
1.INTRODUÇÃO	91
2.METODOLOGIA.....	93
3.RESULTADOS	96
4.CONCLUSÃO.....	98
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
6.ANEXOS	102
a. Anexo I.....	102

Índice de tabelas

TABELA 1-DESCRIÇÃO DE ESTRATÉGIA PICO	93
TABELA 2 - DIAGRAMA PRISMA	94

Índice de Siglas:

CPR – Conselho Português de ressuscitação

PCR – paragem cardiorrespiratória

RCR – Reanimação cardiorrespiratória

1. INTRODUÇÃO

No quadro das equipas de emergência, a presença da família durante a reanimação cardiorrespiratória (RCR) do doente em situação crítica constitui ainda um tema controverso. Este artigo de revisão integrativa trata do importante desafio da tomada de decisão, no que se refere aos resultados em saúde associados aos cuidados com a família. O enfermeiro, com maior ênfase no especialista em Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, é responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente e, também, à sua família, uma vez que “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento nº 124/11 de 18 de fevereiro, p.8656). No Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade da OE (2001), é enaltecida a importância do envolvimento das “(...) pessoas significativas para o cliente individual (...)” (p. 10), ou seja, o envolvimento dos familiares no processo do cuidar. Deste modo, os familiares encontram-se incluídos nos cuidados de enfermagem, sendo chamados a participar nas decisões para a procura do melhor cuidado. Assim sendo, “a enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias, nos cuidados de saúde” (Wright e Leahey, 2012, p.13).

Estar presente durante a reanimação cardiorrespiratória (RCR) pode ajudar o familiar a entender que foram realizados todos os procedimentos necessários para manter a vida do seu familiar, oferecer a oportunidade para um último adeus e ajudar essa pessoa a compreender a realidade da morte, ser uma fonte de informação clínica pertinente durante toda abordagem ao paciente. Embora sejam vários os aspetos positivos, a presença dos familiares na RCR, pode trazer algumas desvantagens como, stress nos profissionais de saúde, aumento da carga emocional dos familiares com consequência de atrasos na prestação de cuidados e situações traumatizantes para os familiares.

A família é entendida como um grupo com características específicas, consistindo num ‘grupo de seres vivos vistos como uma unidade social, ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes’. Por sua vez, a pessoa em situação crítica é definida no Regulamento n.º 124/11 (2011, p.8656) como ‘aquela cuja vida está ameaçada, por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica’. Além disso, o conselho

português de reanimação (CPR 2010) apresenta o conceito de reanimação como um conjunto de técnicas e procedimentos de carácter urgente que visa o diagnóstico e o tratamento de situações agudas, com o objetivo de restabelecer as funções vitais, na peri-paragem e na Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Os profissionais de saúde, no âmbito do extra hospitalar, são frequentemente confrontados com o desafio de prestar cuidados a pessoas no seu próprio domicílio e na presença dos familiares. Neste contexto, pela experiência profissional, a equipa tende a pedir o afastamento dos familiares, justificando empiricamente a opção como sendo a menos traumatizante para os familiares e a mais facilitadora da tomada de decisão dos profissionais, durante a reanimação (nomeadamente no que respeita à cessação dos procedimentos). Esta tendência faz com que, durante o tempo de reanimação, as famílias deixem de ser cuidadas pela equipa, com o imperativo de recuperar as funções vitais do doente. Nesta matéria, a tomada de decisão deverá ser consensual na equipa. Várias questões éticas têm sido levantadas relativamente à presença de familiares durante a reanimação levando a diversos estudos de investigação.

Dado a pertinência do tema e a importância que o mesmo tem no quotidiano do profissional de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que se deparam com situações de difícil decisão e interpretação no âmbito desta temática. Assim, independentemente do local onde se encontra o doente em situação crítica, é dever dos profissionais de saúde, respeitar, proporcionando-lhe cuidados de qualidade.

Consciencializados desta realidade, onde a vida e a morte se cruzam, o tema tem como objetivo: Compreender a importância da presença da família perante uma situação de reanimação cardiorrespiratória no extra hospitalar.

Desta forma, esta revisão integrativa da literatura reúne os estudos de investigação publicados acerca da presença da família da pessoa em situação crítica durante a reanimação, no extra hospitalar, estabelecendo a seguinte questão:

Quais os efeitos da presença dos familiares da pessoa em situação crítica, durante a reanimação, em contexto extra hospitalar?

Partindo desta questão, foram constituídos os conceitos centrais que organizam o estudo.

Assim, este artigo incluiu estudos publicados sobre a temática e analisados de forma integrativa, em relação aos seus objetivos, materiais, métodos e resultados.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de revisão integrativa, com o objetivo de investigar criteriosamente os artigos científicos disponíveis sobre a temática. Esta revisão permite a construção de uma análise ampla de artigos, contribuindo assim para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa. Para a elaboração da presente revisão foram seguidas as etapas formalmente definidas nesta metodologia: escolha do tema; seleção da questão orientadora; estabelecimento dos objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos descritores; representação da pesquisa original; análise dos artigos selecionados; apresentação, análise e discussão dos resultados (Spanaet al, 2009; Santos, Pimenta, & Nobre, 2007).

Recorreu-se à base de dado *B-ON*, com publicações desde 2013, definindo a seguinte pergunta de partida através da estratégia PICO (Tabela 1)

Acrónimo	Descrição
P (população)	Os familiares da pessoa presentes durante os procedimentos de reanimação e a equipa de emergência.
I (Intervenção)	O impacto da presença dos familiares durante os procedimentos de reanimação nos próprios e nos elementos da equipa de emergência
C (Controlo)	A intervenção padrão é o afastamento dos familiares pela equipa durante os procedimentos de reanimação.

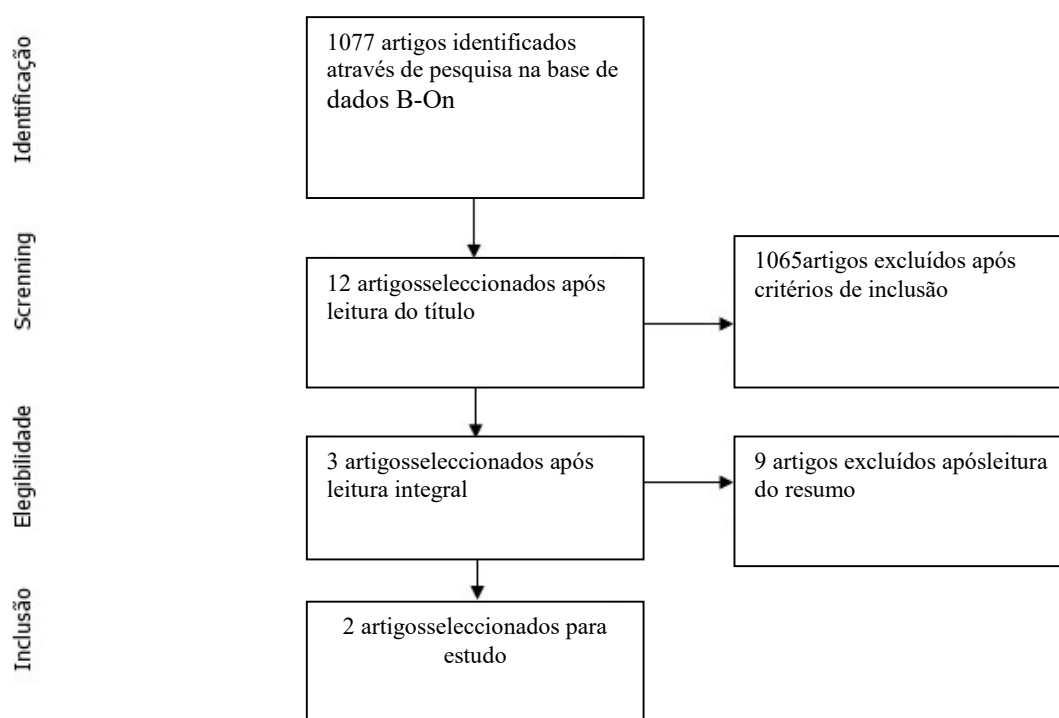
Tabela 1 Descrição de estratégia PICO

O (Outcomes) A facilitação da presença dos familiares durante os procedimentos de reanimação.

A pesquisa foi realizada com recurso às seguintes palavras-chave: **familypresenceduringressuscitation, pré-hospitalemergency**, selecionadas de acordo com a pergunta de partida e com os descritores MESH. Estas palavras foram utilizadas na língua inglesa com o operador “AND”. Selecionou-se para inclusão os artigos disponíveis em texto completo nos últimos 8 anos, escritos em Português e Inglês. A pesquisa foi efetuada durante o período compreendido entre Janeiro e Fevereiro de 2021.

O processo de identificação dos artigos sobre a temática decorreu em 3 etapas: a 1ª etapa consistiu na leitura dos títulos dos estudos identificados na pesquisa, de forma a excluir aqueles que não iam de encontro aos critérios de inclusão previamente

Tabela 2 - Diagrama prisma



estabelecidos. Numa 2ª etapa a seleção/exclusão dos estudos com base na leitura do resumo. Na 3ª etapa foram analisados na íntegra os artigos seleccionados anteriormente (tabela 2).

Para realização desta revisão, foram seguidas as próximas etapas: definição da pergunta de partida, identificação das bases de dados, estabelecer critérios para a seleção dos

artigos, reunir artigos, comparar e definir a seleção inicial de artigos, aplicar os critérios de inclusão e justificar as exclusões, analisar criticamente e avaliar todos os estudos incluídos, preparar um resumo crítico e apresentar uma conclusão.

Na análise da qualidade dos estudos selecionados foi tida em consideração a coerência e congruência metodológica do estudo (na descrição do objetivo, participantes e método de colheita e análise de dados), a credibilidade (profundidade da análise) e confiabilidade dos resultados (clareza das evidências).

A extração e síntese de dados foi efetuada e esquematizada em tabela de evidências e inclui detalhes sobre: objetivos, tipo de estudo, sujeitos, instrumento de colheita de dados utilizado e resultados/conclusões (ver anexo I). Excluíram-se os estudos que não permitiram a leitura integral mesmo após recurso a outros meios, e que não referenciavam no contexto do extra-hospitalar.

3. RESULTADOS

De forma a analisar o rigor metodológico envolvido nos artigos selecionados, cada um dos artigos foi avaliado tendo por base instrumentos que orientam a sua elaboração e facilitam uma análise crítica. Foi realizada uma análise reflexiva e crítica dos artigos na tentativa de atingir o objetivo proposto nesta revisão integrativa da literatura, obtendo assim, conhecimento da realidade desta temática e dos resultados para a questão de partida.

Num primeiro momento foi realizada a análise do artigo “Familypresenceduringcardiopulmonaryresuscitation” que identificamos como artigo 1, tem como objetivo primordial, perceber de que forma é que a possibilidade da família presenciar a reanimação diminui a probabilidade de stress pós-traumático nos mesmos e o stress nos elementos da equipa. Verificamos que se tratava de um estudo prospetivo randomizado que consistiu em oferecer a escolha a um familiar de observar a RCR e determinar se esta, reduz a probabilidade de desenvolver sintomas relacionados com o stress pós-traumático, e ainda, em avaliar o efeito que a presença da família provoca na equipa de reanimação, nomeadamente no bem-estar da equipa, nos esforços da reanimação e na ocorrência de reclamações médico-legais. Um total de 475 membros da família foram incluídos no estudo em que 342 familiares testemunharam a reanimação cardiorrespiratória e 228 não presenciaram. Dessa amostra puderam verificar que os familiares que presenciaram a RCR apresentaram significativamente menores sintomas relacionados com sintomas pós traumático, sendo os resultados dos testes psicológicos mais favoráveis nos familiares que estiveram presentes. Descobriu-se ainda, que a eficácia e tempo da reanimação não foi afetada pela presença dos familiares e os níveis de stress na equipa também não foram afetados, em que apenas 30% da equipa relataram ter sido prejudicados pela ansiedade ou comportamento emocional ou perturbados por parte da família. Dos 592 profissionais em estudo, 432 desaprovaram a presença dos familiares tendo como explicação preocupações médico-legais.

Em conclusão, os resultados do presente estudo, mostraram que a presença de um familiar durante a RCR de um paciente adulto, no extra-hospitalar, reflete-se em avaliações psicológicas positivas e não interferiu nos esforços da equipa, não aumentou o stress da equipa ou resultou em conflitos médico-legais.

Num segundo momento, foi analisado o artigo “Familypresenceduringcardiopulmonaryresuscitattionandinvasiveprocedures: a meta-

synthesis” que identificamos como artigo 2. Trata-se de uma análise secundária de estudos de abordagem qualitativa, uma revisão sistemática que tem como objetivo primordial, sintetizar as melhores evidências qualitativas relativamente à perceção de familiares, pacientes e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a reanimação cardiorrespiratória e procedimentos invasivos. Desta revisão, pode-se averiguar que chegaram à conclusão de diversos benefícios decorrentes da presença familiar durante a RCR bem como, de desvantagens e limitadores dessa mesma presença. Os benefícios consistem em: promover contacto físico e emocional entre família e paciente e desencadear maior conforto a ambos; permitir a participação familiar no processo assistencial, sendo uma mais-valia para obter informações úteis, ajudar nas tarefas menos complexas como indicar onde o paciente se encontra, indicar o melhor local para efetivar a assistência e até mesmo auxiliar nas manobras de reanimação, e ainda exercer um poder decisório em conjunto com a equipa de reanimação para a suspensão de manobras; promover o apoio à família e paciente; permitir à família compreender de maneira mais adequada a gravidade do quadro clínico e a sua evolução bem como, a assistência prestada; facilitar na elaboração do processo de luto uma vez que defendem que o luto já se inicia à medida que o caso evolui e os resultados esperados não estão a ser alcançados; permitir o atendimento das necessidades culturais e religiosas da família e do paciente; e promover maior satisfação da família com a assistência. Como desvantagens e limitadores descrevem a proteção do paciente por comportamentos inadequados da família; a proteção da família por traduzirem momentos traumatizantes com os procedimentos invasivos; e a proteção dos profissionais por comportamentos inadequados dos familiares que podem interferir na prestação de cuidados. Neste estudo, os profissionais de saúde referem que presença dos familiares pode distrair a equipa pela atenção estar em vários focos, promove desconforto e stress na equipa, aumenta a carga de trabalho uma vez que se mantém as manobras de reanimação por mais tempo, inibe a comunicação entre os elementos da equipa e desencadeia medos de cometer erros perante a supervisão da família e relatam medo de agressões.

4. CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa é limitada pelo pequeno número de estudos incluídos e percebe-se a necessidade de atualizar e expandir conhecimentos por meio de estudos que contemplem a temática no extra-hospitalar.

Os estudos analisados permitem concluir que a presença da família durante a reanimação é benéfica. Ainda assim, recomenda-se uma avaliação caso a caso, visto coexistirem também desvantagens e limitadores, como refere o estudo de BARRETO et al (2018). Não existindo um protocolo que permita à equipa a gestão desta tomada de decisão o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) assegura que ‘desde que expresso o desejo de estar presente, e sempre que as condições de trabalho o permitam, os profissionais de saúde devem consentir a presença de um familiar ou amigo próximo’ (INEM, 2012). Para isso, recomenda-se que um elemento da equipa deva permanecer junto do familiar, explicando os procedimentos efetuados e garantindo a segurança durante a reanimação, sempre que seja possível. Os autores referem ainda, como vantagens da presença dos familiares durante a reanimação, facilitar, em caso de morte, o processo de luto; ajudar a enfrentar a realidade, evitando a tendência para a negação; evitar a sensação de abandono; permitir constatar os esforços de reanimação, superando a dúvida se terá sido feito tudo o que era possível.

O enfermeiro, como membro da equipa, assume um papel crucial na sensibilização dos restantes profissionais, bem como no acompanhamento e apoio emocional da família durante a reanimação. Neste contexto, cabe à equipa de emergência posicionar-se como defensora dos direitos da pessoa em reanimação e da sua família, efetuando esforços no intuito de minimizar, ou evitar atitudes que possam provocar dano na família, mas compreendendo também, por outro lado, se é vontade do doente que a família esteja presente naquele momento. É importante também mencionar que os estudos analisados têm por base culturas diferentes, de modo que não se poderá generalizar, em todos os contextos, os resultados desta revisão integrativa da literatura. A maior parte dos estudos considera que a presença da família durante a reanimação permite confortar os próprios membros da família, ao verem os esforços desenvolvidos e facilitando o processo de luto, caso a situação culmine em morte. Por outro lado, os profissionais têm a possibilidade de, a todo o momento, interrogarem os familiares acerca da história

prévia ou antecedentes de doença, permitindo uma correta recolha de informação junto da família, ou mesmo saber se existe alguma declaração antecipada de vontade, por parte da pessoa em questão, no sentido de não quer ser reanimado. Simultaneamente, os profissionais poderão sentir-se realizados, por corresponderem aos desígnios éticos e deontológicos da profissão. Em qualquer caso, alterações no processo de reanimação podem ser introduzidas e avaliadas, porque o trabalho dos profissionais com as famílias inclui, inerentemente, a visão sistémica da família como parte integrante e constitutiva dos cuidados.

Recomenda-se a necessidade de garantir a atuação de um facilitador da presença da família, para o acompanhamento integral do familiar e a preparação dos profissionais de saúde, tanto no decurso da formação académica como na formação continuada. Acredita-se que esta recomendação pode favorecer a criação de uma visão de aceitabilidade em que a perceção de benefícios e as experiências positivas se sobrepõem às perceções de desvantagens e limitadoras.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto e tal (2018). *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis*. Rev. esc. enferm. USP vol.53 São Paulo 2019 Epub Feb 25, 2019 [consultado a 29 Janeiro de 2021] Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100800&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Conselho Português de Ressuscitação (2010). Suporte avançado de vida: Recomendações ERC 2010. Ed 1.1. Porto, Portugal: EuropeanResuscitationCouncil.
- Fortin, M.F. (2003) – *O Processo de Investigação*. 3ªed. Lisboa: Lusociência
- Jabre et al (2013). *Family presence during cardiopulmonary resuscitation*. The New England Journal of Medicine, 368, 1008-1018. doi:10.1056/NEJMoa1203366 [consultado a 29 Janeiro de 2021] Disponível em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1203366>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [consultado a 01 setembro de 2020] Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Final de Vida. VI Seminário do Conselho Jurisdicional. N°20. ISSN: 1646-2629. Lisboa. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12495842/final-de-vida-ordem-dosenfermeiros>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem 18 médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- REGULAMENTO N°429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação

perioperatóriae na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*. Lisboa. pp. 19359- 19370 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>;

- REGULAMENTO N.º140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. Lisboa. pp.4744-4750 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Santos, C., Pimenta, C.& Nobre, M. (2007). A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15 (3), 508-511. doi:10.1590/S0104-11692007000300023. [consultado a 2 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300023&script=sci_arttext&tlng=pt
- Spanaet al (2009). Revisão integrativa: intervenções comportamentais para realização de atividade física. *Latino Am. Enfermagem*, 17(6), 1057-1064. doi:10.1590/S0104- 11692009000600020 [consultado a 2 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600020&script=sci_arttext&tlng=pt
- WRIGHT, I., & LEAHEY, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca. [consultado a 2 de fevereiro de 2021] Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3271>

6. ANEXOS

a. Anexo I

Informação Bibliográfica	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos	Resultados/Conclusões
<p>Artigo 1 - “Family presence during cardiopulmonary resuscitation” Jabreet al. 2013</p> <p>N Engl J Med 2013;368; 1006-16. DOI 10.1056</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber de que forma é que a possibilidade da família presenciar a reanimação diminui a probabilidade de stresse pós-traumático nos mesmos e o stresse nos elementos da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo prospectivo 	<ul style="list-style-type: none"> • 475 familiares de adultos, vítimas de paragem cardíaca, no domicílio, divididos em dois grupos controlo (em que foi ou não proposto por parte da equipa de emergência pré-hospitalar o presenciar a reanimação) • 570 elementos da equipa de reanimação divididos em dois grupos controlo (com e sem a presença de familiares) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe diferença significativa entre a presença e não presença da família durante a reanimação relativamente aos procedimentos realizados e a duração da reanimação não se relacionam com a presença ou não da família; os níveis de stresse pós-traumático e de ansiedade são maiores no grupo de controlo e muito maior nos membros da família que não presenciaram a reanimação; a percentagem de familiares agressivos ou conflituosos durante a reanimação é inferior a 1%; 12% dos familiares arrependem-se de não terem estado presentes durante a reanimação ao contrário de 3% que lamentam ter estado; os níveis de stresse apresentados pelos elementos da equipa de reanimação não sofreram alterações pela presença dos familiares.

<p><i>Artigo 2. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis</i></p> <p>Barreto et al. 2018</p> <p>Revista Esc Enfermagem USP 2019;53:e03435</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar as melhores evidências qualitativas atinentes à percepção de familiares, pacientes e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise secundária de estudos qualitativos – revisão sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> • 83 pacientes adultos, 128 familiares e 1192 profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontraram benefícios, desvantagens e limitações decorrentes da presença de familiares durante a reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos • Benefícios: promover o contacto físico e emocional entre paciente e família; permitir a participação familiar no processo assistencial ; promover o apoio ao paciente e à família; permitir à família perceber melhor o caso e a assistência prestada; facilitar a elaboração do processo de luto pela família; permitir o atendimento das necessidades culturais e religiosas da família e do paciente; e promover maior satisfação na família. • Desvantagens e limitações: proteção do paciente; proteção às famílias; e proteção aos profissionais
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Apêndice IV - A presença da família em contexto da PCR no
extra- hospitalar - Apresentação da revisão integrativa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

A presença da família em contexto da PCR no extra-hospitalar

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por: Diana Couto

Porto, fevereiro de 2021

Índice

- Objetivos
- Enquadramentoteórico
- Metodologia
- DiagramaPRISMA
- Discussão dosresultados
- Conclusão



Objetivos

- ❑ Constituir um método complementar da avaliação da U.C.
- ❑ Compreender a importância da presença da família perante uma situação de reanimação cardiopulmonar no extra-hospitalar

Enquadramento teórico

- 👤 A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar (RCR) do doente em situação crítica constitui um tema controverso.
- 👤 A revisão integrativa trata do desafio da tomada de decisão, nos resultados em saúde associados aos cuidados com a família.
- 👤 O enfermeiro, é responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente e família

Pertinência do tema

- Os profissionais de saúde, no âmbito do extra-hospitalar, prestam cuidados a pessoas no seu domicílio e na presença dos familiares.
- A equipa tende a pedir o afastamento dos familiares,
- Durante o tempo de reanimação, as famílias deixam de ser cuidadas pela equipa,
- Várias questões éticas têm sido levantadas relativamente à presença de familiares durante a reanimação.

- O tema é a importante para os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que se deparam com situações de difícil decisão e interpretação no âmbito de estatística.
- É dever dos profissionais de saúde, respeitar o doente em situação crítica, proporcionando-lhe cuidados de qualidade.

“Quais os efeitos da presença dos familiares da pessoa em situação crítica, durante a reanimação, em contexto extra-hospitalar?”

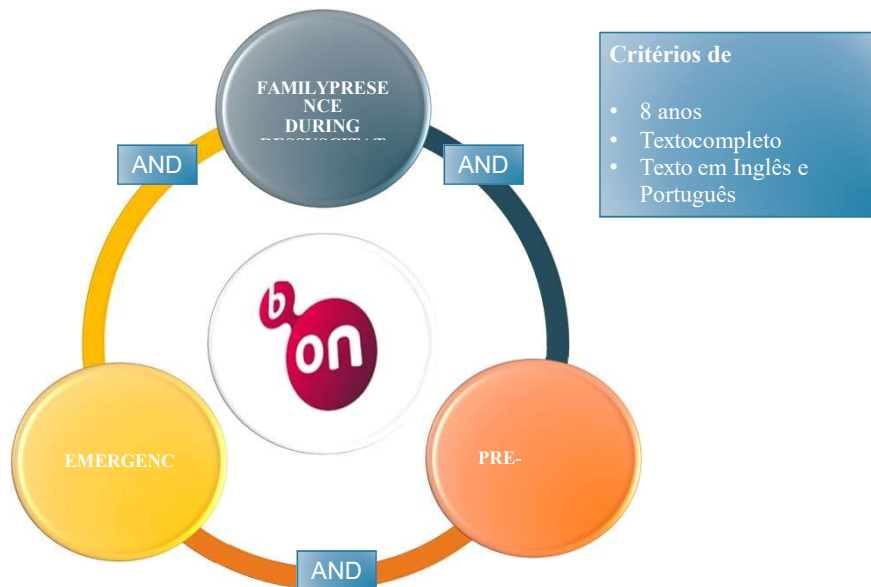
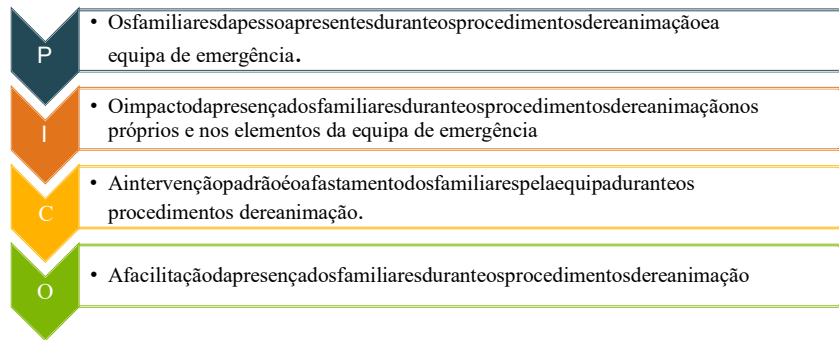
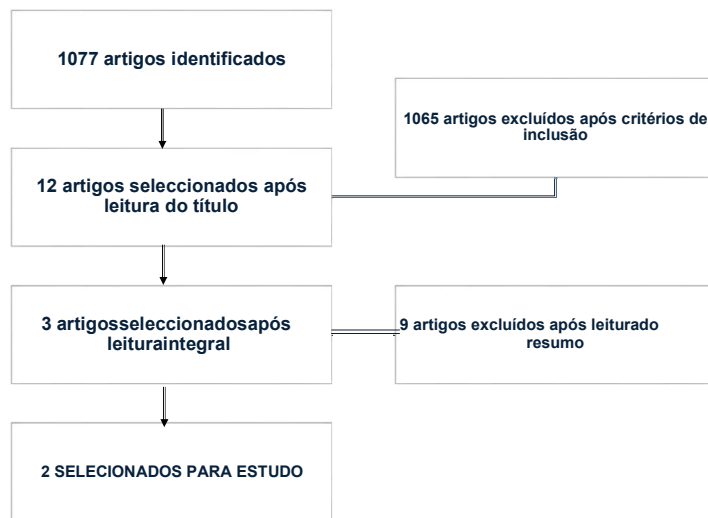


Diagrama PRISMA



Artigo 1 “Family presence during cardiopulmonary

Informação	Objetivos/Tipo de estudo	Sujeitos	
Jabre et al. 2013 N Engl J Med 2013;368; 1006-16. DOI 10.1056	<ul style="list-style-type: none"> Perceber de que forma é que a possibilidade da família presenciar a reanimação diminui a probabilidade de stress pós-traumático nos mesmos e o stress nos elementos da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudo prospetivo 475 familiares de adultos, vítimas de 	<ul style="list-style-type: none"> paragem cardíaca, no domicílio, divididos em dois grupos de controlo (em que foi ou não proposto por parte da equipa de emergência pré-hospitalar presenciar a reanimação) 570 elementos da equipa de reanimação divididos em dois grupos de controlo (com e sem a presença de familiares)
Resultados / Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> Não existe diferença significativa entre a presença e não presença da família durante a reanimação relativamente aos procedimentos realizados e a duração da reanimação não se relacionam com a presença ou não da família; os níveis de stress pós-traumático e de ansiedade são maiores no grupo de controlo e muito maior nos membros da família que não presenciaram a reanimação; a percentagem de familiares agressivos ou conflituosos durante a reanimação é inferior a 1%; 12% dos familiares arrependem-se de não terem estado presentes durante a reanimação ao contrário de 3% que lamentam ter estado; os níveis de stress apresentados pelos elementos da equipa de reanimação não sofreram alterações pela presença dos familiares. 		

Artigo 2. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis

Informação	Objetivos	Tipo de estudo	Sujeitos
Barreto et al. 2018 Revista Esc Enfermagem USP	<ul style="list-style-type: none"> Sintetizar as melhores evidências qualitativas atinentes à percepção de familiares, pacientes e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos 	<ul style="list-style-type: none"> Análise secundária de estudos qualitativos 	<ul style="list-style-type: none"> 83 pacientes adultos, 128 familiares 1192 profissionais de saúde
Resultados / Conclusões	<p>Encontraram benefícios, desvantagens e limitações decorrentes da presença de familiares durante a reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos</p> <p>Benefícios: promover o contacto físico e emocional entre paciente e família; permitir a participação familiar no processo assistencial; promover o apoio ao paciente e à família; permitir à família perceber melhor o caso e a assistência prestada; facilitar a elaboração do processo de luto pela família; permitir o atendimento das necessidades culturais e religiosas da família e do paciente; e promover maior satisfação na família.</p> <p>Desvantagens e limitações: proteção do paciente; proteção às famílias; e proteção aos profissionais</p>		

Resultados

- Os resultados do artigo 1 mostraram que a presença de um familiar durante a RCR de um paciente adulto, no extra-hospitalar, reflete-se em avaliações psicológicas positivas e não interferiu nos esforços da equipa, não aumentou o stress da equipa ou resultou em conflitos médico-legais.

Resultados

Artigo 2 concluiu-se que existem diversos benefícios mas também, desvantagens e limitadores na presença dos familiares

Benefícios:

- promover o contacto físico e emocional entre paciente e família;
- permitir a participação familiar no processo assistencial;
- promover o apoio ao paciente e à família;
- permitir à família perceber melhor o caso e a assistência prestada;
- facilitar a elaboração do processo de luto pela família;
- permitir o atendimento das necessidades culturais e religiosas da família e do paciente;
- promover maior satisfação na família.



Resultados

Desvantagens e limitações:





- proteção do paciente;
- proteção às famílias;
- proteção aos profissionais

Conclusão

Limitações

-  Pequeno número de estudos incluídos;
-  Factores sócio-demográficos e culturais diferentes do nosso

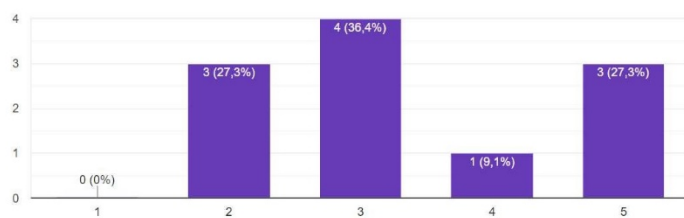
Conclusão

-  A presença da família durante a reanimação é benéfica, no entanto também tem desvantagens e limitadores
-  Pode ser um facilitador no processo de luto
-  Meio de recolha de dados
-  O enfermeiro, como membro da equipa, assume um papel crucial na sensibilização dos restantes profissionais, bem como no acompanhamento e apoio emocional da família durante a reanimação.

Resultados questionário EnfermeirosSIV

Considera que os membros da família devem estar presentes durante os procedimentos realizados em contexto de PCR?

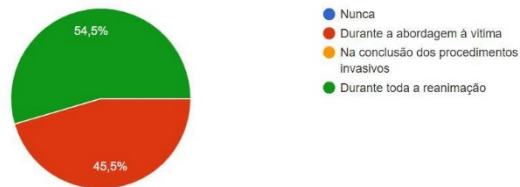
11 respostas



Resultados questionário EnfermeirosSIV

Em que momento da reanimação cardiopulmonar sente que a família deve estar presente?

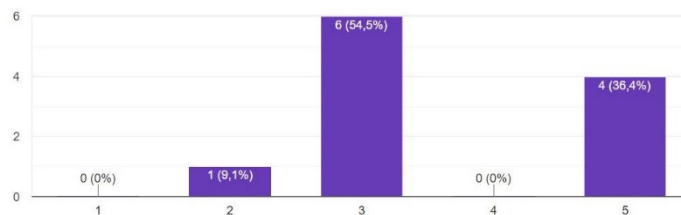
11 respostas



Resultados questionário EnfermeirosSIV

No caso de ter tido experiência com a presença da família, como considera a experiência?

11 respostas

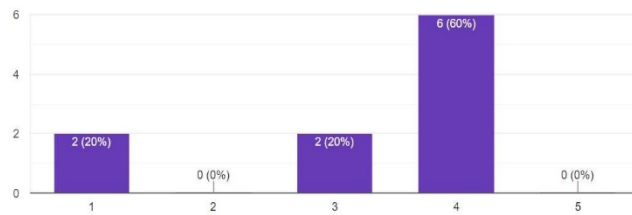


Resultados questionário EnfermeirosSIV

Desvantagens:

Sente que a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar pode gerar pressão à equipa, influenciando a prestação de cuidados?

10 respostas

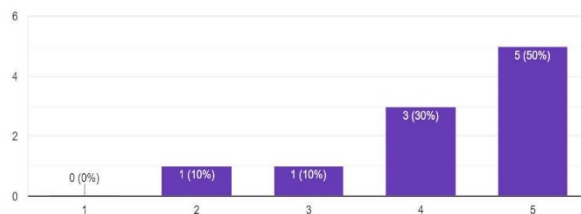


Resultados questionário EnfermeirosSIV

Vantagens:

Considera que a presença da família pode ser um facilitador no processo do luto?

10 respostas



Conclusão:

Vantagens edesvantagens;

Limitaaequipaemestardeacordocompresençadafamília.

‘desde que expresso o desejo de estar presente, e sempre que as condições de trabalho o permitam, os profissionais de saúde devem consentir a presença de um familiar ou amigo próximo’ (INEM, 2011, p.386).



Referências bibliográficas

- Barreto e tal (2018). *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis*. Rev. esc. enferm. USP vol.53 São Paulo 2019 Epub Feb 25, 2019 [consultado a 29 Janeiro de 2021] Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-63342019000100800&lng=en&nr=iso&fneq=pt
- Conselho Português de Ressuscitação (2010). Suporte avançado de vida: Recomendações ERC 2010. Ed 1.1. Porto, Portugal;
- Fortin, M.F. (2003) – *O Processo de Investigação*. 3ªed. Lisboa;
- Jabre et al (2013). *Family presence during cardiopulmonary resuscitation*. The New England Journal of Medicine, 368, 1008-1018. doi:10.1056/NEJMoa1203366 [consultado a 29 Janeiro de 2021] Disponível em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1203366>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [consultado a 01 setembro de 2020] Disponível em: <https://www.odem.pt/pt/qualidade/padroes-de-qualidade>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Final de Vida. VI Seminário do Conselho Jurisdicional. N.º20. ISSN: 1646-2629. Lisboa. Disponível em: https://www.odem.pt/pt/qualidade/padroes-de-qualidade-eme_rev.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem 18 médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.odem.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-eme_rev.pdf
- REGULAMENTO N.º429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018. Lisboa, pp. 19359-19370 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.odem.pt/media/8732/m%3%A9dico-cirurgica.pdf>
- REGULAMENTO N.º140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019. Lisboa, pp.4744-4750 [consultado a 01 de setembro de 2020]. Disponível em <https://www.odem.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- WRIGHT, I., & LEAHEY, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca. Disponível em: <https://www.routledge.com/9780765794440/9780765794440>



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

A presença da família em contexto da PCR no extra-hospitalar

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por: Diana Couto

Porto, fevereiro de 2021