



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

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
Mafalda Sofia Tavares Silva

Porto – Maio, 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

The importance of the Specialist Nurse in the care of critically ill patient in major events.

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
Mafalda Sofia Tavares Silva

Sob a orientação de Prof.^ª Doutora Ana Sabrina Silva e Sousa

Porto – Maio, 2020

RESUMO

Este relatório de estágio surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e evidencia o trabalho realizado no decorrer dos dois módulos de estágio inseridos na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, realizados num Serviço de Urgência e em Emergência Extra-hospitalar, bem como os principais contributos para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica constitui o foco do cuidar do enfermeiro especialista. Pretende-se com este documento descrever as experiências e aprendizagens efetuadas, as atividades desenvolvidas durante os diferentes estágios, demonstrar as competências adquiridas, documentar a aprendizagem adquirida e servir como instrumento de avaliação. Para tal baseei-me na minha prestação e de experiências vivenciadas, analisando-as tendo por base as competências inerentes ao enfermeiro especialista e promovendo uma pesquisa bibliográfica que sustentasse a minha prática. A estrutura do relatório teve como linha orientadora os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, onde foram traçados objetivos específicos e consideradas atividades para a sua concretização. As atividades desenvolvidas em estágio foram de encontro com as oportunidades encontradas e consideradas como pertinentes, possibilitando o desenvolvimento individual e o contributo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autónoma alicerçada sobre a prática baseada no conhecimento científico.

A metodologia utilizada foi a descritiva, analítica e crítico-reflexiva, e estruturalmente encontra-se dividido em quatro capítulos principais. Na introdução, faz-se um enquadramento do relatório, do estágio e dos objetivos; no segundo capítulo, descrevem-se as características dos diferentes locais de estágio e procede-se à exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados e a adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros. Por fim, na conclusão procura-se evidenciar o desenvolvimento profissional com base nas competências adquiridas. O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, a dinamização de respostas a situações de exceção e catástrofe, a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, bem como na segurança do doente foram competências que demonstrei ao longo deste estágio e aqui se refletem.

Ao longo do estágio foram implementadas estratégias de atuação que promovessem a aquisição de competências específicas e aperfeiçoamento das competências individuais, que permitissem a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e humanizados, visando o pensamento crítico, de forma a desenvolver uma prática de cuidados mais especializada e baseada na mais recente evidência científica, e do aumento da segurança e da eficácia da tomada de decisão nos cuidados prestados. Para tal elaborei revisões da literatura: uma sobre as IACS e outra sobre o papel do enfermeiro em situações de exceção.

A aprendizagem não é estanque, pelo que procuro, enquanto Enfermeira Especialista, a melhoria contínua cuidados prestados com qualidade, eficácia e humanização dos mesmos.

Palavras-chave: Competências; Cuidados de Enfermagem; Doente crítico Enfermeiro Especialista; Situações de Exceção.

ABSTRACT

This report is about a Master's degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing and highlights the work developed during the clinical practice modules included in the curriculum and the main contributions to the development of specialized skills in medical-surgical nursing. During this report I address these two clinical practice modules developed in an emergency department, intensive care unit and pre-hospital care.

The critical patient is the main focus of care for a specialist nurse. The aim of this report is to describe the experiences, skills and learning that I acquired, the activities developed during the different clinical practice document the learning I acquired and to serve as an assessment tool. For this, I was based on my performance and my own experience, analysing them on the skills inherent to a specialist nurse and researching for more scientific articles that would support my practice. The structure of this report took into account the common competencies for a Specialist Nurse, where specific aims were outlined and activities were considered for their implementation. The activities developed during the clinical practice occurred according to the opportunities obtained and considered to be relevant, enabling individual development and the contribution to the development of nursing as an autonomous profession based on evidence-base practice.

The methodology used is the descriptive, analytical and critical reflexive and structurally is divided in four chapters. The introduction part is a scratch of the report, the clinical practice and its goals; the second chapter, is a brief description of the outline of the different places of the clinical practice and a description and a reflexive analysis of the activities I took to achieve the outlined goals and common competences of specialized nurse established by «Ordem dos Enfermeiros». Finally, the conclusion seeks to highlight professional development based on the skills acquired. Caring for a person experiencing critical illness, responding to mass causality incidents and disaster, participating and implementing protocols for prevention and infection control as well as patient safety, are skills that I demonstrated throughout this period and they are reflected in this document.

During the clinical practice, strategies were implemented to promote the acquisition of specific skills and improvement of individual skills, which allowed me to provide differentiated and humanized care, aiming for a critical thinking in order to develop specialized practice based on recent scientific evidence, and also to increase a safe and effective decision-making in the care provided. For that, I have done extensive literature reviews, which include Healthcare Associated Infections and the nursing role in mass causality incidents.

As a Specialist Nurse, I seek to continuously improve the care provide with more quality, effectiveness and humanization.

Keywords: Skills; Nursing Care; Critical patient; Specialist Nurse; Major Events.

“O que motiva o profissional é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas, o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato.”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Aos professores, em especial à Professora Doutora Sabrina Sousa, pela disponibilidade, empenho, orientação cuidada e dedicação dispensada à realização deste relatório e ao longo deste percurso,

Ao Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, pelas oportunidades de desenvolvimento formativo,

Aos Enfermeiros Tutores, pela disponibilidade, dedicação, empenho e momentos de reflexão partilhados,

A cada uma das equipas multidisciplinares dos diferentes campos de estágios, pelo acolhimento, oportunidades de aprendizagem proporcionadas e saberes transmitidos,

A todos os que me são mais queridos e que me acompanharam durante esta fase, pela amizade, força, motivação e disponibilidade para me auxiliar e apoiar, ao longo deste percurso, tornando-o mais suave e motivador.

À minha família, sobretudo aos meus pais e irmã, pela compreensão, ajuda e palavras de incentivo constantes nesta etapa da minha vida,

Um Abraço e um Muito Obrigado.

ÍNDICE

RESUMO.....	3
ABSTRACT	5
ÍNDICE	11
SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	13
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NUM SERVIÇO DE URGENCIA	21
3. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	27
4. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	37
4.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	38
4.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados.....	47
4.3. Domínio da Gestão de Cuidados	56
4.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	61
5. CONCLUSÃO	71
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	75
APÊNDICES.....	81
APÊNDICE I – A importância dos cuidados de enfermagem na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação mecânica.....	83
APÊNDICE II – O papel do enfermeiro e as implicações socio-psico-físicas em situação de exceção.....	113

APÊNDICE III – Situação de Exceção: apresentação	153
APENDICE IV - Caso Clínico: Suspeita de Intoxicação.....	183
APÊNDICE V- Reflexão Crítica: Prevenção de Quedas.....	187
APENDICE VI – Plano da Sessão Sobre como Prevenir as Quedas	195
APENDICE VII – Questionário de satisfação.....	197
APENDICE VIII – Resumo de Poster	199

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AO – Assistente Operacional

BIS – Bispectral

CI – Cuidados Intensivos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

SA – Sala Amarela

SE – Serviço de Emergência

SIEM – Sistema Integrado Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SAV – Suporte Avançado de Vida

SL – Sala Laranja

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

1. INTRODUÇÃO

Desde 2010 que, como enfermeira, tenho procurado aprender, desenvolver e melhorar a qualidade dos cuidados que presto. Este percurso levou-me a percorrer dois países diferentes antes de regressar a Portugal. Iniciei a minha prática profissional numa instituição especializada em cuidados do foro psiquiátrico e geriátrico. Durante mais de quatro anos desenvolvi capacidades técnicas e científicas tanto na área de Saúde Mental, como de Cuidados Paliativos e na área de gestão, dado o conceito da instituição e dos serviços de saúde daquele país.

Ao longo desses anos, sentia que precisava de melhorar e aprofundar tanto os meus conhecimentos, como os cuidados prestados, mas tanto a complexidade do sistema de educação na área de enfermagem como o momento pelo qual a instituição passava não o permitiram. A procura e o fascínio pela área de urgência e doente crítico continuavam presentes. Assim, após vários anos de insistência, arrisquei e iniciei uma nova etapa no meu percurso profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente na área de Trauma, num dos maiores centros de trauma da cidade de Londres. Nesta unidade tive a oportunidade de aprender, crescer e desenvolver as minhas capacidades e conhecimentos. Ingressei num curso de enfermagem na área dos cuidados intensivos, o que permitiu aprofundar e procurar maior qualidade nos cuidados prestados. No final do curso, decidi que esta seria a área na qual gostaria de especializar-me. Ao longo dos anos que estive fora do país, as pessoas, as instituições e as experiências vivenciadas foram muitas e proporcionaram-me crescimento pessoal e profissional. O tipo de trabalho que desenvolvi foi diferenciado e considero-me uma afortunada pelas oportunidades de aprendizagem que me foram disponibilizadas. O desejo de regressar ao país de nascença foi estando sempre presente. Este desejo e a vontade de exercer enfermagem na área do cuidado ao doente crítico permitiram-

me iniciar funções numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Médico-Cirúrgica da cidade do Porto. A minha curta experiência e as formações que realizei ao longo destes anos permitiram-me melhorar os meus cuidados, mas o sentimento de procura por mais informação, a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos e adquirir novas competências para cuidar levaram-me a entrar no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

O presente documento enquadra-se na unidade curricular: “Estágio Final e Relatório”, no âmbito do XII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (EEICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este curso possui uma componente teórico-prática que providencia uma preparação para a componente prática do Estágio. O plano de estudos objetiva que o aluno procure demonstrar a capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais, comunicando adequadamente as conclusões e assegurando que os discentes adquiram competências científicas, técnicas, humanas e culturais no âmbito da área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica. A efetivação da prática clínica supra enunciada propõe o desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição de competências imprescindíveis à prestação de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica, fundamentando-se no quadro legal do exercício profissional (Regulamento n.º 140/2019) e no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento nº 429/2018).

A Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” engloba dois Módulos, com uma carga horária de 750 horas, das quais 360 horas de contacto:

- O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), entre os dias 9 de setembro e 2 de novembro de 2019. O local de estágio foi selecionado pelo trabalho que aqui desenvolvem diariamente e pela sua localização. O serviço foi escolhido pelo meu grande interesse em doentes de trauma e emergências, baseado na minha experiência profissional;

- O estágio opcional decorreu entre os dias 4 de novembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020, numa Instituição Nacional de Emergência Médica (INEM), uma entidade pública responsável pelos cuidados extra-hospitalares. Este contexto possibilitou um conhecimento transversal do percurso do doente crítico com necessidades de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), desde os cuidados extra-hospitalares, passando pelo SU e posteriormente o internamento numa UCI.

A linha orientadora utilizada para desenvolvimento do estágio foi a realização de um projeto. Um projeto tem como objetivo resolver problemas e através dessa resolução a aquisição de conhecimentos e competências. Pode afirmar-se que esta metodologia é uma ponte entre a teoria e a prática. Assim, o projeto é um plano que pretende, de forma organizada, resolver/estudar um problema identificado pelos intervenientes (Nunes, Ferrito, & Ruivo, 2010)

Na Enfermagem baseada em evidência, a tomada de decisão dos enfermeiros assenta nas melhores evidências disponíveis, na experiência e na preferência dos doentes. Esta metodologia pretende a procura de pesquisa científica, orientando os profissionais para a procura de mais recente evidência, dado o nível de incerteza clínica que possam enfrentar (Thompson, 2003).

Para a realização deste relatório, a metodologia utilizada é descritiva, reflexiva, expositiva e baseada em revisão de literatura. Pretendo com a realização deste, expor o meu percurso ao longo dos estágios e descrever as experiências vividas e competências adquiridas, tendo por base as competências do enfermeiro especialista, os objectivos gerais do curso, bem como os objetivos propostos no projeto para esta unidade curricular. Os objetivos delineados no projecto são os seguintes:

- *Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família/cuidadores como sobre situações clínicas, técnicas e intervenções específicas dos locais de estágio;*
- *Contribuir para o conhecimento e desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo da intervenção da EMC;*

- *Identificar prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com a segurança dos doentes e controlo da infeção, no cuidado ao doente crítico;*
- *Identificar diagnósticos de áreas/situações potencialmente problemáticas nos locais de estágio e analisar criticamente os resultados encontrados;*
- *Compreender o papel do EEMC na organização e gestão dos serviços ao nível de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, reconhecendo a importância do trabalho em equipa;*
- *Integrar a dinâmica funcional do local de estágio;*
- *Cuidar da pessoa e família/cuidadores em situação crítica e estabelecer relação terapêutica com estes.*

Assim, o presente relatório será elaborado de forma a dar resposta à concretização dos seguintes objetivos específicos:

- Descrever os objetivos e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios efetuados, de forma a obter as competências requeridas ao enfermeiro especialista;
- Demonstrar, através de uma análise crítica, competências desenvolvidas em estágio, nomeadamente no que concerne ao pensamento crítico, qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional;
- Refletir criticamente sobre as competências específicas do enfermeiro especialista, e do enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação crítica.

Como suporte na elaboração deste documento, recorri a autores de referência que fundamentam as atitudes, comportamentos, cuidados prestados e desenvolvimento de competências durante o estágio.

O relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro refere-se a uma breve introdução do relatório e sobre a estrutura do mesmo. O segundo capítulo comporta a descrição e desenvolvimento de competências no serviço de urgência. O terceiro capítulo refere-se a descrição e caracterização dos locais de estágio. O quarto capítulo refere-se ao desenvolvimento de competências desenvolvidas e encontra-se dividido em quatro subcapítulos referentes aos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, desta forma

pretendo descrever e analisar as atividades e competências desenvolvidas e as reflexões realizadas de forma crítica dentro de cada um dos respectivos domínios, tendo em conta os objetivos específicos traçados previamente. O quinto capítulo refere-se à conclusão, onde será apresentada uma análise transversal do relatório. O sexto capítulo corresponde às referências bibliográficas utilizadas na fundamentação do relatório e elaboradas segundo a Norma APA 6ª Edição. Por último, são apresentados os Apêndices, que correspondem a trabalhos elaborados durante os campos de estágio e que complementam a descrição das atividades desenvolvidas na prática.

Sumariamente, o presente trabalho resulta de uma reflexão sobre as principais áreas de atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos mais variados contextos da prática, bem como sobre as competências inerentes ao mesmo e dispõe-se a promover o desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeiro especialista nesse âmbito.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NUM SERVIÇO DE URGENCIA

A escolha deste local para a realização do estágio prendeu-se pelo facto de pretender aprofundar os conhecimentos e melhorar a minha prática clínica no acompanhamento e prestação de cuidados à pessoa em situação urgente/emergente. Para tal, o conhecimento sobre as diferentes fases pela qual um doente em situação crítica passa até chegar a uma Unidade de Intensivos (UCI) são importantes para conseguir uma visão global dos cuidados já prestados e o que será ainda preciso, para uma melhor adequação dos cuidados tanto à pessoa como aos seus familiares/pessoa significativa.

O contexto clínico decorreu ao longo de oito semanas, entre três de maio a vinte e seis de junho do ano anterior, num Serviço de Urgência (SU) de um grande centro hospitalar da região Norte.

Segundo o Despacho Normativo n.º 11/2002, os serviços de urgência são “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”. A urgência e emergência médica são definidas como “situação clínica de instalação súbita, na qual, respetivamente se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Ministério da Saúde, 2002).

No Despacho n.º 10319/2014, os SU são caracterizando-os em três níveis distintos de resposta às necessidades: urgência básica, urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente. O SU onde realizei o contexto clínico é considerado como serviço de urgência polivalente (SUP) “o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência”, descrito no ponto 1, do artigo 5.º. Além de todas as valências descritas no ponto 4, do artigo 5.º, este SU possui uma base

da VMER. No ponto 5, do artigo referido anteriormente, a VMER tem “gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde, podendo colaborar no seu transporte” (Ministerio da Saúde, 2014). Este serviço localiza-se no piso 1 do edifício central do hospital e encontra-se dividido em áreas distintas: admissão, sala de triagem (ST), área médica, área cirúrgica, sala de emergência (SE), sala laranja (SL) e sala amarela (SA) e três salas de observação clínica (OBS).

Desde 2004, este SU foi dos primeiros de um hospital central, polivalente e universitário a utilizar um programa informático de forma a acabar com os registos em papel (GTP, 2015). O acesso ao processo é permitido unicamente aos profissionais de saúde, garantindo, assim, a confidencialidade dos registos, como descrito na alínea a), do ponto 1, da Base II, da Lei de Bases da Saúde “todas as pessoas têm direito [...] à proteção da saúde com respeito pelos princípios [...] confidencialidade e privacidade” (Assembleia da Republica, 2019). Com este tipo de acesso, o profissional de saúde tem acesso ao historial do utente, episódios de urgências anteriores, resultados laboratoriais e imagiológicos realizados anteriormente como a prescrições médicas e os respetivos efeitos terapêuticos que foram observados.

A ST é constituída por dois postos de atendimento, estando normalmente apenas um em funcionamento. Aqui o enfermeiro atende, avalia e encaminha o utente, em articulação com o assistente operacional após a admissão efetuada pela equipa de administrativos. O momento de triagem é definido como “pré-triagem e a primeira observação médica como “triagem”. Após a atribuição do nível de prioridade clínica, o tempo de atendimento e o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, devem ser respeitados. Como monitorização para a qualidade, a DGS elaborou um conjunto de indicadores de qualidade - Norma n.º 002/2018: demora média para triagem; demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade; ponderação do número óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade; e a demora média entre a triagem e saída da pessoa do serviço de urgência por nível de prioridade. Esta área de triagem é propensa a conflitos por parte dos utentes, acompanhantes, dadas as necessidades e expectativas e pelo tempo de espera.

Um jovem adulto deu entrada após queda e aparente fratura do um dedo, do membro superior. Este é chamado para a triagem. Após a recolha de informação e atribuição de categoria (neste caso Laranja) e área médica de atendimento, este contestou a categoria atribuída e exigindo nova triagem. O enfermeiro tentou explicar o procedimento e a atribuição seria a adequada dada a sua situação clínica, por diversas vezes mas com pouca eficácia. A comunicação com sentido ético e de responsabilidade são fundamentais no relacionamento interpessoal, nas quais se destaca a assertividade e escuta empática, de forma a garantir que as necessidades de cada utente individualmente sejam satisfeitas, tendo em conta a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Após o atendimento, este utente reconhece que esteve errado e desculpa-se pela sua atitude. Mas nem sempre acontece. Constatei algumas atitudes agressivas por parte de utentes e familiares com os profissionais de saúde.

O enfermeiro procura satisfazer as necessidades do utente e a família de forma profissional, respeitando o valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana, com competência, eficiência, equidade, acessibilidade, integridade, qualidade e responsabilidade. Por vezes, devido ao contexto em que se desenrolam os cuidados, isto não é percebido pela família/pessoa significativa que acompanha o utente, levando a conflito entre o profissional e a família. Situação que se verificou em diversas ocasiões.

Ao longo da prática clínica foi possível observar que as condições físicas e estruturais das diversas áreas do SU não são as ideais em matéria de respeito pela privacidade e presença de acompanhantes dos utentes. No que diz ao controlo de infeção, as áreas de SL e SA como as salas de OBS revelam-se ser uma área mais rica pela própria disposição física, com a divisão dos doentes nas várias salas. Com o tipo de serviço e o número de utentes que por aqui passam, esta temática é de extrema importância. No SU existem zonas onde é possível isolar pacientes mas não apresentam, estruturalmente, condições ideais para isolar pacientes com suspeita ou com diagnóstico já confirmado. A implementação de medidas de isolamento de contato e de isolamentos de coorte, isto é, colocação na mesma área doentes colonizados ou infetados por microrganismos da mesma espécie (DGS, 2017). As medidas são aplicadas e é exigido a todos os profissionais de saúde como familiares que as cumpram. Por vezes, os

isolamentos não eram cumpridos pelo próprio paciente, exigindo uma supervisão e esforço acrescido por parte da equipa de enfermagem (DGS, 2017). No que respeita ao uso de equipamento de proteção individual, senti por vezes dificuldade em aplicar estas medidas corretamente devido à necessidade de dar resposta ao número de pedidos de observação como de execução de cuidados, em consequência do número elevado de afluência de utentes.

Durante a prática clínica foi possível desenvolver e melhorar conhecimentos existentes na área do doente crítico: abordagem a pacientes com síndrome coronária aguda, monitorização cardíaca e reconhecimento de ritmos, algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV), abordagem neurológica, conhecimento, observação da ativação e concretização das orientações das vias verdes, comunicação e gestão de conflitos, compreender de que forma as áreas de suporte à gestão contribuem para o funcionamento de um serviço com as dimensões do SU daquele hospital e compreender o papel do EEEMC na satisfação das necessidades impostas em cada turno pelos utentes, equipa multidisciplinar e pelo serviço em si, refletindo continuamente e criticamente de forma a desenvolver pensamento crítico, fundamentado e de suporte à tomada de decisão na prática profissional diária.

Ao longo da prática clínica procurei exercer de forma segura, profissional e ética, baseando-me nas normas legais e na deontologia profissional, prestando os cuidados que respeitem os direitos humanos, analisando e interpretando as situações específicas de cuidados especializados e considero que a prática foi desenvolvida no sentido de adquirir competências de forma a garantir uma mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a responder em tempo útil e de forma holística, o utente a vivenciar processos complexos de doença crítica e às necessidades que estes apresentem, na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção; como na aplicação de planos e procedimentos de prevenção e controlo de infeção.

Foi superando algumas das dificuldades sentidas nesta área, nomeadamente na execução de cuidados técnicos de alta complexidade, sobretudo na SE e a gestão de protocolos terapêuticos complexos assim como habilidades em SAV, através da observação direta das situações em particular, procura de conhecimento

científico e facilitação do mesmo por parte do tutor. Também procurei garantir o conforto e satisfação das necessidades biológicas, psicossociais e espirituais dos utentes e famílias, dando especial atenção na gestão da dor e do sofrimento. Por vezes foi difícil a satisfação das necessidades pelas características do SU, como falta de privacidade e a escassez de recursos humanos para as necessidades do serviço.

Enquanto futura enfermeira especialista procurei mobilizar conhecimentos e habilidades, para a melhoria contínua da qualidade. Desde a elaboração de uma formação sobre Prevenção de Quedas no SU (Apêndice V). Em discussão com o enfermeiro chefe do SU, este constatou que a taxa de quedas seria elevada e, como tal, decidi abordar e aprofundar os conhecimentos nesta temática e para posterior apresentação aos colegas do SU, tendo como principal objetivo a promoção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados de qualidade, minimizando os incidentes e riscos para o doente. Esta formação foi planeada e agendada, junto de uma das responsáveis a pedido do enfermeiro chefe, mas houve um erro na comunicação da formação a toda a equipa do SU, e como tal esta formação não foi apresentada. No entanto a informação foi fornecida para posterior utilização por parte da equipa. De forma a consolidar conhecimentos na abordagem ao doente crítico por intoxicação por opióides, elaborei uma tabela com as intervenções executadas que se encontra no Apêndice IV, assim como documentos consultados que serviram de apoio à aprendizagem durante as horas de contato.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O conhecimento em Enfermagem sofreu uma grande evolução ao longo dos tempos, afirmando-se como uma ciência. As escolas de enfermagem também sofreram uma evolução para serem capazes de preparar os estudantes, de forma a darem resposta fundamentada nos diversos contextos clínicos. Como forma de transmitir conhecimento, estas adaptaram-se e o ensino clínico passou a ser integrado no plano de estudos (Martins, et al., 2012) . Sabe-se que a formação teórica e prática permite aos enfermeiros uma prestação adequada de cuidados centrados nos doentes e baseadas nas mais recentes evidências científicas (Martins, et al., 2012).

Assim, e segundo Macedo (2004), o ensino clínico é considerado um “campo de experiências” no qual as crenças e os valores da disciplina, os conhecimentos aplicados e o exercício de um juízo clínico conduzem a uma intervenção refletida. Estas componentes permitem que os estudantes sejam capazes de dar sentido às intervenções e aprendam com a experiência dos cuidados.

Nos últimos anos, a minha experiência profissional tem passado pela prestação de cuidados a doentes em estado crítico. As unidades de cuidados intensivos onde exerci e exerço atualmente a minha atividade são ambas unidades polivalentes, classificadas de nível III, o que corresponde a serviços de medicina intensiva/unidades de cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2003). A Medicina Intensiva “aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s)” (Paiva, et al., 2017, p. 6).

A área da urgência e emergência e do doente crítico sempre me despertaram interesse. É uma área complexa, que implica exigência de conhecimentos

técnicos, científicos e cuidados de enfermagem especializados, habilidade necessária na identificação precoce, responsabilidade da tomada de decisão na resolução de problemas e execução de cuidados de forma rápida e eficaz ao doente e família.

Ao longo destes anos, sentia que precisava de melhorar e aprofundar tanto os meus conhecimentos, como melhorar a qualidade nos cuidados prestados. Este sentimento e a crescente complexidade dos cuidados, bem como a procura da excelência dos cuidados na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, levaram-me a procurar formação mais especializada e focalizada nesta área. A especialização pressupõe mais conhecimentos e habilidades num contexto particular da Enfermagem, superior do que a adquirida num curso base da Licenciatura em Enfermagem (ICN, 2009). Assim, pretendo adquirir competências específicas neste campo e para tal, os locais de estágio proporcionaram diversidade de experiências vivenciadas e conhecimentos enriquecedores essenciais neste processo formativo.

Os contextos de estágio têm uma forte influência no processo de aprendizagem. E segundo Silva & Silva (2004) “o potencial de desenvolvimento é tanto maior quanto mais rica for a natureza e o número de vivências em contextos diversificados”. Para contextualizar o trabalho desenvolvido nos locais onde decorreu a minha formação, tendo por base a aquisição dos objetivos específicos traçados, descrevo sucintamente as características dos dois ambientes de prática clínica.

3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O primeiro contexto clínico decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), num hospital central da região Norte. A escolha deveu-se à especificidade que esta unidade comporta, prevendo o desenvolvimento de competências úteis ao contexto de trabalho. A minha experiência profissional atual remete-se a uma Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica e considerarei que a realização do meu estágio neste local seria enriquecedora para o desenvolvimento das minhas capacidades técnicas, bem como para o meu

desempenho profissional, permitindo contactar com diferentes técnicas de diagnóstico e tratamento centradas em pessoas que atravessam situações de trauma.

As funções de uma UCI abrangem um conjunto de ações e procedimentos contínuos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento assegurados por médicos e enfermeiros, com recurso a meios tecnológicos, durante 24 horas. Também lhe é atribuído a função de avaliar os doentes admitidos, disponibilidade e avaliar a capacidade e necessidades da própria unidade de forma a definir os recursos necessários e a avaliação do desempenho. O contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados obtidos após a monitorização contínua de cada doente e no seu conjunto permite aprender e acumular experiência para promover mais conhecimento (Ministério da Saúde, 2003).

A UCIP atende, na sua maioria, utentes provenientes das freguesias ocidentais da cidade, como residentes a sul do Douro até Aveiro e do eixo nordeste de Portugal quando os serviços da área não conseguem responder de forma adequada e mais especializada à doença (SNS, 2017).

Esta unidade localiza-se no piso 2 do edifício central do hospital, e está estruturado da seguinte forma: quatro quartos de isolamento preparados para tratamento dialítico e dois destes quartos estão preparados para isolamentos respiratórios (com sistema de pressão negativa), mais seis unidades, num total de dez camas, para doentes em estado crítico, podendo aumentar para uma capacidade máxima de doze camas, se houver necessidade. Esta funciona durante 24 horas por dia, de segunda a domingo, assegurado por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais em carácter permanente, assim como uma secretária da unidade. Este serviço é apoiado por técnicos de eletrocardiografia e imagiologia, técnicos de patologia clínica e hemoterapia 24 horas para a unidade hospitalar.

O funcionamento do serviço é assegurado pela equipa de enfermagem por turnos rotativos, segundo o horário elaborado pelo Enfermeiro Chefe e elaborado diariamente pelo responsável de turno, normalmente enfermeiro especialista.

A equipa da UCIP tem a responsabilidade pela Sala de Emergência (SE). Por turno, uma equipa é composta por um médico, enfermeiro (a quem não é

atribuído doentes) e assistente operacional. Esta equipa é ativada pelo enfermeiro responsável pela triagem através de um sinal sonoro. A esta junta-se um elemento de enfermagem do serviço de urgência (SU) destacado para tal.

Também é da responsabilidade da equipa da UCIP as emergências médicas internas (EMI). Esta equipa é composta por um médico e um enfermeiro (com doentes atribuídos), ativados através do número interno de emergência e deslocam-se ao serviço onde se encontra o doente com alterações.

Para assegurar os cuidados necessários ao doente em situação crítica, a UCIP dispõe de equipamento de monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva e capnografia e de meios de suporte ventilatório, bombas de controlo de administração de fluídos e equipamento para execução de técnicas de substituição renal.

Tem acesso fácil a outros especialistas em chamada, nomeadamente: neurocirurgião, cirurgião vascular, pneumologista e técnico de broncofibroscopia, cirurgião geral, microbiologista, internista, cardiologista, gastroenterologista (endoscopias de urgência), nefrologista, radiologista/neurorradiologista, neurologista e ortopedista. Também dispõe de um conjunto de técnicos, como: fisioterapeutas, dietista/nutricionista e técnico de radiologia (disponível 24 horas).

Cada unidade do doente é composta por: uma cama eléctrica, um carro de apoio com material para a higiene do doente e material de proteção individual para profissionais, o material tecnológico é suportado por dois braços articulados com várias tomadas. No braço esquerdo encontram-se três máquinas perfusoras e três seringas perfusoras, suporte para medicação, material para higiene oral e hidratação do doente, material para controlo de glicemia, algum material para otimização de cateteres periféricos e sonda de alimentação, saída de oxigénio e duas bacias para cuidados de higiene. No braço direito encontra-se o monitor onde é possível visualizar os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, ventilador, aspirador de secreções e reservatório de água, sondas de aspiração flexíveis e cânula rígida, saída de ar comprimido, foco de iluminação e tomada de controlo da iluminação da unidade. Existe um suporte móvel para colocação dos transdutores e uma mesa móvel onde se encontram as folhas de registo diárias e processo individual do doente. Cada unidade encontra-se delimitada por barreiras

de suporte, onde se situa o gel de higienização das mãos e cortinas para manter a privacidade do doente.

A área de enfermagem e vigilância dos doentes situa-se no centro da unidade. Aqui estão os monitores centrais, telefone da EMI, telefone com ligação ao CODU e telefones externos, computadores para registo diários e consulta do processo eletrónico individual. Este local está preparado para a preparação da medicação de cada doente. A medicação encontra-se identificada e diverso material necessário à preparação e administração da medicação, material para colheita de sangue como material de tratamento de ferida encontram-se identificados no exterior através de imagens. Existe uma máquina para a realização de exames de gasometria (utilizada por profissionais do bloco operatório). Nesta mesma sala encontram-se o carro de emergência e desfibrilhador, ecógrafo, como outros materiais necessários para a prestação de cuidados a estes doentes e auxílio dos profissionais de saúde.

Com ligação a esta zona, encontra-se a sala dos médicos. Para apoio à zona de trabalho existem diversas salas com material disposto de forma ordenada e identificado em armários, equipamento para o transporte do doente, frigorífico, soroterapia e vários produtos para nutrição do doente. Anexadas à zona principal de trabalho existem: copa, vestiários, gabinetes médicos, biblioteca, sala da administrativa e zona de sujos.

A SE tem capacidade funcional para dois utentes em simultâneo, podendo ser alargado a mais dois utentes, em situações excecionais. Esta sala destina-se ao atendimento da pessoa em situação emergente e estabilização da mesma. A equipa é composta por um enfermeiro do SU, um médico anestesista ou intensivista, um enfermeiro e um assistente operacional da UCIP, destacados para tal. A equipa de enfermagem destacada para a sala de emergência trabalha em conjunto e é responsável por assegurar o atendimento à pessoa em situação emergente. O enfermeiro da UCIP é responsável por verificar o funcionamento de todo o equipamento (monitor desfibrilhador, monitor de parede, ventilador já montados, pela equipa de técnicos do hospital, com traqueia, filtro bacteriológico/humidificador, máquinas e seringas perfusoras, redutor de ar, redutor de oxigénio, aspirador de parede), material à disposição em cada uma das unidades (tabuleiro preparado para entubação endotraqueal, insuflador completo

ligado a fonte de oxigénio, estetoscópio, manga de pressão, máscara de oxigénio com doseador a 60%, sondas de aspiração, cânulas rígidas já conectadas ao sistema de aspiração, copo humidificador de oxigénio), assegurar que o stock de medicação e material é suficiente e proceder à reposição se necessário. O stock de material clínico encontra-se disposto em quatro armários, com o material identificado bem como o stock de medicação. Existe ainda disponível material para transporte, como monitores e ventiladores de transporte em caso de necessidade de transporte de doentes ventilados. Ainda na SE existe material de trauma: diversos colares cervicais de vários tamanhos, plano duro com imobilizadores laterais, cabrestos e cintos aranha e maca pluma. Nesta sala também encontrar-se um cofre de armazenamento de medicação estupefaciente e a medicação armazenada com temperatura controlada encontra-se na Sala Laranja (SL), que se localiza em frente a SE.

A admissão destes doentes em estado crítico na SE exige a mobilização de uma série de meios humanos, técnicos e materiais para dar resposta adequada às necessidades que a situação exige. Para tal, é necessária a identificação e reconhecimento precoce na avaliação do doente crítico e dos algoritmos existentes, de acordo com os problemas.

Os diferentes elementos destacados têm de trabalhar em equipa, em prol do doente crítico. A estes profissionais é exigido o conhecimento científico e técnico na abordagem do doente crítico.

3.2. Instituto Nacional de Emergência Médica

Para o Módulo opcional considerei como escolha o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) - Delegação do Norte. Este contexto possibilitou um conhecimento transversal do percurso do doente crítico com necessidades de cuidados de enfermagem especializados em EMC, desde os cuidados pré-hospitalares, passando pelo SU e posteriormente o internamento numa UCI.

Em 1981, surge o Instituto Nacional de Emergência Médica. No decreto-lei n. 234/81, o INEM faz parte de um sistema integrado de emergência médica (SIEM),

que deve garantir às vítimas de doença súbita a prestação de cuidados de saúde eficaz e em tempo oportuno (Ministérios da Defesa Nacional, 1981).

O INEM tem como objetivo a prestação de cuidados de urgência/emergência, nomeadamente no extra-hospitalar, como o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente. Este organismo tem jurisdição em território continental, sendo uma entidade do Ministério da Saúde (INEM, 2013).

O INEM tem sede em Lisboa e dispõe de três “serviços territorialmente desconcentrados, designados por delegações regionais”: delegação regional do norte, a delegação regional do centro e a delegação regional do sul (Ministério da Saúde, 2012).

A emergência extra-hospitalar sofreu avanços significativos, desde a origem em 1965, revelando uma elevada qualidade. O atendimento de chamadas de emergência (número europeu “112”) atualmente é realizado a nível nacional. Estas são atendidas nas centrais da Polícia de Segurança Pública (PSP) e as situações de saúde encaminhadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Com o aumento do número de chamadas, aumentou o número de acionamentos de meios. Assim, houve necessidade de investir tanto no número de meios de emergência como em recursos humanos (Batista, 2014/2015) .

O SIEM tem como intervenientes: público, operadores das Centrais de Emergência 112, técnicos dos CODU, agentes da autoridade (Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana), bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, tripulantes de ambulância, técnicos de ambulância de emergência, médicos e enfermeiros, pessoal técnico hospitalar, as Unidades de Saúde, pessoal técnico de telecomunicações e de informática (INEM, 2013).

De forma a abranger todo o território português, existem quatro CODU localizados em Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. O funcionamento do CODU é assegurado por médicos e técnicos qualificados. A estes compete receber as chamadas emergentes e triagem rápida destas, através de um sistema de algoritmos, aconselhamento, seleção e acionamento dos meios de socorro, acompanhamento das equipas no terreno, validando protocolos de atuação a não-médicos e

contacto com as unidades de saúde, de forma a preparar a receção dos doentes referenciados, ativando as vias verdes se necessário (INEM, 2013) . Existem outros subsistemas integrados no CODU: CODU Mar, CIAV e a UMIPE. O Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar (CODU-MAR) presta aconselhamento médico a situações que se verifiquem a bordo de embarcações. E se necessário, este pode acionar a evacuação de pessoas e organizar o seu acolhimento em terra, com posterior encaminhamento para uma Unidade de Saúde. O Centro de Informação Antivenenos (CIAV) é um centro médico de informação toxicológica único e trabalha a nível nacional, que fornece informação sobre diagnósticos, quadro clínico, toxicidade, tratamento e prognóstico da exposição a tóxicos. As chamadas recebidas provêm de médicos, outros profissionais de saúde e do público em geral. A Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) é composta por psicólogo e um técnico de ambulância de emergência. Esta unidade foi concebida para dar apoio psicológico a sobreviventes de acidentes graves, a menores não acompanhados ou a familiares de vítimas de acidentes ou doença súbita fatal. Cada delegação regional tem uma unidade desta (INEM, 2013).

De forma a responder rápida e eficazmente a situações de emergência médica extra-hospitalar, o INEM tem ao seu dispor variados tipos de meios para a assistência com diferentes características atendendo às necessidades. Dos diversos meios de socorro disponíveis, destaco as ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) e as viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER), dado que o estágio desenrolou-se entre estes dois meios. As 180 horas de estágio foram distribuídas da seguinte forma: 90 foram realizadas no meio SIV, sendo realizadas numa base da região do Porto por ser uma das que apresenta maior número de ativações; na VMER, foram efetuadas em dois locais: uma localiza-se no hospital onde exerço funções e por dificuldade de marcações de estágios noutra VMER da região do grande Porto. Particpei numa sessão de formação sobre Trauma, investigação sobre as intervenções dos enfermeiros do pré-hospitalar na pessoa vítima de trauma, cujo objetivo é avaliar a eficácia das intervenções dos Enfermeiros no pré-hospitalar no estado hemodinâmico das vítimas de trauma à chegada ao Serviço de Urgência, uma investigação de doutoramento (Mota, 2019). Também tive a oportunidade de participar numa

formação *Mass Training SBV* - Protocolo de Colaboração entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para ministrar Suporte Básico de Vida a alunos do 6º ano de Escolaridade e um turno de 3 horas na central do CODU Porto para compreender o seu funcionamento.

As ambulâncias do INEM encontram-se localizadas em diversos pontos do país, associadas às delegações do INEM, sediadas em corporações de bombeiros ou em delegações da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), sendo coordenadas pelo CODU (INEM, 2013). Dentro das ambulâncias do INEM, as ambulâncias SIV são ambulâncias de socorro, tendo como principal objetivo a estabilização da vítima de acidente ou doença súbita em situações de emergência e o acompanhamento desta e do transporte inter-hospitalar de doentes críticos. Estas são tripuladas por um técnico de ambulância de emergência (TAE) e um enfermeiro do INEM, devidamente habilitados. Relativamente aos meios técnicos, estas ambulâncias possuem o mesmo equipamento que ambulâncias de SBV, no entanto possuem, também, um monitor-desfibrilhador que permite a leitura e transmissão de electrocardiograma e sinais vitais ao CODU para poderem serem analisados pelo médico e, posteriormente, este prescrever as indicações ao enfermeiro que se encontra no local. Estas estão equipadas para a possibilidade de administração de fármacos e realização de tratamentos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica, via CODU. A atuação desta equipa está diretamente interligada com o CODU e encontra-se alocada (INEM, 2013) ^[6].

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) são veículos de intervenção extra-hospitalar e a equipa é constituída por um médico e enfermeiro, dispondo de equipamento para Suporte Avançado de Vida (SAV) para as mais diversas situações, mas principalmente para situações do foro médico ou traumatológico. Estas podem ser ativadas para efetuar *rendez-vous* com outros meios, quando o meio ativado inicialmente não possui todas as valências necessárias. Tal como a SIV, estes também atuam em dependência direta com o CODU. No entanto, tem a sua base em centros hospitalares. O principal objetivo constitui a estabilização e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (INEM, 2013).

Na ambulância SIV tive a oportunidade realizar os turnos, na sua maioria, com uma enfermeira tutora nomeada pelos responsáveis do INEM. Esta procurou

proporcionar-me diversas oportunidades de aprendizagem e permitiu-me atuar também. O facto de ter um enfermeiro de referência transmite mais segurança e abertura para partilha de experiências como para discutir as situações vivenciadas e dúvidas que foram surgindo.

Os turnos na VMER foram realizados entre dois centros hospitalares (áreas urbanas) dada a afluência de estagiários, médicos e enfermeiros. A escolha destes dois locais permitiu experienciar ativações de meio urbano, sendo que um dos centros hospitalares abrange, também, áreas suburbanas, o que me permitiu obter diferentes experiências nas várias VMER.

4. DOMINIOS DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Face ao aumento do aparecimento de doenças com início súbito e de crônicas agudizadas, bem como o aumento do número e da gravidade dos acidentes, da violência e das situações de catástrofe, estas conduzem a uma deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, levando a uma necessidade de cuidados especializados e de qualidade. Face a esta situação, o Colégio da EEMC emanou padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Segundo esta entidade, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” (OE, 2018, p. 19362), sendo que estes cuidados “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistematizada de dados” (OE, 2018, p.19363).

O cuidar da PSC é uma realidade diferente na esfera do cuidar em enfermagem e exige por parte dos profissionais conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas, que a partir da sua intervenção, podem decidir ou conduzir o desfecho da vida humana.

Um enfermeiro especialista é aquele que busca o seu desenvolvimento de forma constante, sustentada pela atualização dos seus conhecimentos e competências. Segundo o Art.º 8, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015), o título de enfermeiro especialista reconhece competências técnicas e humanas que possibilitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem, para além da prestação de cuidados gerais. Todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a sua área de especialização, possuem competências comuns que se aplicam em todos os contextos independentemente do nível de cuidados de saúde (primário, secundário ou terciário).

A complexidade dos conhecimentos, práticas e contextos, levou a uma diferenciação das áreas de conhecimento em enfermagem, sendo o desenvolvimento e certificação de competências de extrema importância para corresponder adequadamente às necessidades e expectativas de cuidados de saúde da população.

Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados no cuidado à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), consta que o enfermeiro especialista deve procurar a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, e a readaptação funcional, pelo que as intervenções e reflexões realizadas no decorrer do processo formativo são realizadas tendo em conta os aspetos acima enunciados. A abordagem ao doente crítico inclui o cuidar da sua família/pessoa significativa, sendo que o acompanhamento destes é da responsabilidade do enfermeiro especialista e devem ser parte integrante dos cuidados, reconhecido como um foco dos cuidados de enfermagem.

Baseando-me no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descrevo os contributos que o estágio na UCIP e no INEM tiveram para o meu desenvolvimento enquanto futura Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de enfermagem à PSC. Para tal, debruçar-me-ei nos quatro domínios de competências: prática profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A escolha deste modo de divisão permite apresentar e refletir sobre as pesquisas realizadas e as experiências vividas que contribuíram para a aquisição de competências especializadas e para o meu crescimento profissional e pessoal, tendo por base os objetivos específicos traçados no projeto de estágio elaborado.

4.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo o número 1, do Artigo 99.º, do Código Deontológico “ as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” e na relação profissional, elevando

os valores universais que devem ser respeitados: igualdade, sem discriminação por ninguém; liberdade responsável, respeitando as vontades e valores de todos; verdade, realidade transmitida, assimilada e interpretada; justiça, “dando a cada um o que lhe é devido”; altruísmo, agir beneficiando os outros, em detrimento das suas necessidades; e solidariedade, respeitando o outro (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 42).

No âmbito deste domínio, propus a concretização dos seguintes objetivos específicos: *Contribuir para o conhecimento e desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo da intervenção da EMC; Cuidar da pessoa e família/cuidadores em situação crítica e estabelecer relação terapêutica com estes; Integrar a dinâmica funcional do local de estágio.*

A pessoa é um ser social, único e indivisível, com valores, crenças e desejos individuais, e com dignidade própria. O ambiente onde vive e se desenvolve influencia o seu estado e a procura do equilíbrio. As funções fisiológicas são fatores importantes no processo de procura de equilíbrio e estas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, bem-estar e conforto físico (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Sendo assim, os cuidados de enfermagem meramente científicos “podem ser reducionistas e não contemplarem o cuidado holístico, no qual o homem é considerado como um todo dinâmico” (Peres, Barbosa, & Silva, 2011, p. 335).

O princípio base da intervenção do enfermeiro é o direito do doente em ser tratado no respeito pela dignidade humana, um dos direitos mais importantes dos doentes internados, enunciado na Carta dos Direitos dos Doentes (Direção Geral de Saúde, 2005).

Na prestação de cuidados a PSC existem dilemas éticos no quotidiano da prática. A tomada de decisão tem de ser rápida, o que por vezes impede os profissionais de tomarem consciência dos desejos, valores e sentimentos dos doentes, optando por um conjunto de normas e valores que vão de encontro com a deontologia, a ética e a moral, respeitando os direitos humanos e garantindo a segurança, privacidade e dignidade dos doentes.

Segundo Nunes (2006, p. 6), “Tomar decisões faz parte do dia-a-dia. Muitas vezes, decide-se sem grande análise e, também, sem uma avaliação acurada do

que se está a fazer. Situações simples, habituais, não levantam dúvidas. Mas quanto menos familiares forem os problemas, mais morosa e analítica tende a ser a estratégia da decisão”. Pode-se afirmar que a tomada de decisão encontra-se interligada à prática dos cuidados de enfermagem.

No cuidar da PSC, a dignidade humana e humanização dos cuidados está envolta em situações de grande *stress* geradas por fatores intrínsecos aos cuidados necessários na estabilização destes doentes. O enfermeiro é confrontado com situações que requerem recolha de informação, análise e ponderação das opções, interpretação das alternativas e avaliação das mesmas para que a escolha seja a mais correta e adequada à situação, com base nas evidências mais recentes (Nunes, 2006).

Inerentes aos cuidados de enfermagem, são os princípios éticos como o respeito pela dignidade da pessoa, da sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspetivas de saúde. A ética em enfermagem expressa-se na qualidade dos cuidados individualizados prestados diariamente, numa visão holística de cada pessoa (Pires, 2008). A ideia de provocar dano num doente leva o enfermeiro a atuar de forma mais atenta, daí que a experiência e competência com o sentido crítico, produzem cuidados de enfermagem com qualidade, seguros e responsáveis. Durante a minha prática, enquanto profissional e aluna de mestrado, pautei sempre por uma conduta baseada no respeito pela pessoa, pelas suas vontades, crenças e individualidade. No entanto, sempre que me deparei com doentes inconscientes e impossibilitados de comunicar (em situações de emergência ou falência orgânica), procurei agir de igual forma tendo sempre em conta o bem-estar da pessoa, estabilidade, conforto, dignidade, privacidade e intimidade.

O doente é um ser individual e único dotado de um conjunto próprio de valores, crenças que devem ser respeitados e valorizados. Este tem direito a essa individualidade. Por vezes, os profissionais de saúde descuraram a opinião e vontade do doente e por vezes, também da vontade da família. A família revela ser uma constante, com um papel ativo e importante no cuidar ao doente, fazendo parte dos focos de enfermagem e foco no desenvolvimento das competências pretendidas.

Segundo o Art.º 1º: da Declaração Universal Dos Direitos Do Homem (UN, 1948) “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. Assim, o profissional da saúde tem um papel importante no respeito pelos doentes e respetivas famílias na sua liberdade de escolha.,

Ao longo do estágio procurei prestar cuidados a Pessoa respeitando a sua liberdade e dignidade, sem discriminar a sua situação económica, social, política, étnica, ideológica e religiosa e no respeito pela sua integridade bio-psico-social, cultural e espiritual, procurando tratar a Pessoa como gostaria de ser tratada (artigo 99º, 102º e 103º da Deontologia Profissional); antes qualquer intervenção necessária, procurei explicar a necessidade do procedimento, como diz o artigo 105º da Deontologia Profissional e Base II da Lei de Bases da Saúde; quando necessário e após informado, pedi o consentimento esclarecido para a realização de procedimentos, como diz o artigo 105º da Deontologia Profissional e a Base II da Lei de Bases da Saúde; no respeito pela privacidade individual, sempre promovi o sigilo de informação e a intimidade, como dizem os artigos 106º e 107º da Deontologia Profissional; na humanização dos cuidados, procurei incluir os seus familiares/pessoa significativa como participantes ativos nos cuidados e mesmo como foco de enfermagem, como diz o artigo 110º da Deontologia Profissional. Assim, procurei prestar os melhores cuidados individualizados de forma a transição do doente fosse o mais confortável (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Assembleia da Republica, 2019)

A equipa multidisciplinar da UCIP sempre demonstrou preocupação com a presença, esclarecimento de dúvidas e acompanhamento da família, integrando-a sempre que possível nos cuidados. Como profissional de saúde proporcionei sempre o espaço aos familiares para esclarecimentos, permitindo este espaço de abertura, tendo em mente que esta postura implica diminuição do sentimento de ansiedade e dúvida, aumentando o grau de confiança nos profissionais. A relação com a família/doente sempre foi uma constante na tentativa de aprimorar as minhas competências enquanto profissional e futura EEMC.

Conhecendo a dinâmica das UCI, os horários destas unidades são bastante rígidos e limitados e esta gestão do tempo para as visitas torna-se difícil. Contudo, sempre foi possibilitado aos familiares o máximo contacto com o doente,

conseguindo uma alteração esporádica do horário de visita para familiares, que não poderiam deslocar-se ao hospital por motivos profissionais ou de mobilidade, sendo que os profissionais sempre demonstraram flexibilidade.

No contexto extra-hospitalar, em meio SIV, uma das saídas foi referente a um adulto do sexo masculino com mais de 90 anos, com alterações do estado da consciência e com desvio da comissura labial. Chegados ao local, a vítima foi examinada: exame físico, avaliação neurológica, avaliação dos sinais vitais com envio do ECG diretamente para a central CODU. Durante a avaliação inicial, a vítima apresentava um discurso lentificado mas obedecia a ordens simples. O filho esclareceu que o pai seria uma pessoa ativa e independente nas suas AVD's e que controlava a sua medicação habitual. Nesse dia, horas antes, a vítima teria apresentado algumas queixas mas não as valorizou e a mesma recusou ser vista por um médico. Apesar da alteração do estado de saúde, procurei explicar a situação à vítima e a necessidade de ser visto por um médico; este pareceu perceber a informação e consentiu o transporte para o hospital. As informações foram transmitidas ao médico da central CODU. Cabe-nos a nós, profissionais de saúde, informar os doentes sobre o seu estado de saúde e orientá-los para que estes obtenham os melhores cuidados - no respeito pelo direito ao cuidado de saúde ou doença (artigo 104º da Deontologia Profissional), respeitando sempre a sua liberdade de escolha - respeito pelo direito de autodeterminação (artigo 105º da Deontologia Profissional) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No decorrer dos estágios, a obtenção de informações por parte dos doentes foi difícil dado que na maior parte das vezes, por alterações fisiopatológicas, agudas ou crónicas, apresentaram alterações do estado de consciência, sendo difícil obter consentimento, no caso de agravamento da sua situação de saúde.

Na prestação de cuidados, muitos dos doentes nos CI não conseguem comunicar a sua dor. A monitorização deste parâmetro é vital e fundamental na prestação de cuidados mais humanizados ao doente e leva a uma intervenção mais rápida no controlo da dor. A comunicação, nestes doentes é difícil, e por vezes, leva a sentimentos de frustração que dificultam a prestação de cuidados e a recuperação do doente. Como referido anteriormente, a escala utilizada é a *Behavioral Pain Scale* (BPS) ou escala qualitativa quando o doente consegue exprimir a sua dor. A gestão da analgesia prescrita foi efetuada, potenciando

bem-estar ao doente. Na UCIP, os doentes estão maioritariamente com analgesia contínua, o que facilita o controlo da dor, no entanto aprimorei e fiquei mais atenta a sinais e sintomas que alertem para o fato de o doente apresentar dor ou não.

Em cuidados intensivos, alguns procedimentos podem pôr em causa o princípio da não maleficência. A ponderação entre o benefício, o risco e o estado do doente é a chave para a resolução desta questão. Quando se fala do princípio da não maleficência, o profissional de saúde procura não provocar danos previsíveis ou colocar o doente em risco. Este deve evitar situações de risco e métodos de atuação que acarretem risco, tanto individual como coletivamente (Koerich, Machado, & Costa, 2005). Esta ponderação risco/benefício é difícil, na medida em que se encontra dependente das pessoas implicadas e das suas características individuais (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ao longo dos estágios, constatei que as equipas, tanto de enfermagem como médica, seguiam estes princípios e procuraram em conjunto as melhores respostas e formas de atuação para aquele doente e para aquela situação, envolvendo sempre que possível a família/pessoa significativa.

No sentido de manter o respeito pela dignidade e privacidade do doente, procurei manter as cortinas corridas, para que os doentes estivessem menos expostos, mesmo quando estes apresentaram hipertermia, sobretudo durante a hora das visitas (artigo 107º da Deontologia Profissional e a Base II da Lei de Bases da Saúde). Estar desperta para estes aspetos contribuiu para o aprimorar de competências a nível do respeito, da responsabilidade e legalidade das minhas ações.

Relativamente à Assistência Extra Hospitalar, um direito dos utentes, consagrado na Lei de Bases da Saúde – Lei nº 95/2019 de 4 de Setembro, na Base II relativa ao denominado estatuto dos utentes que engloba os direitos e deveres das pessoas que utilizam as unidades de saúde de todo o sistema, surge-me a necessidade de fazer uma observação relativa à privacidade dos utentes aquando do atendimento extra-hospitalar. Numa das ativações, referente a uma queda em altura num local de trabalho, e após a extração da vítima do local para um sítio mais seguro, seguindo-se a abordagem inicial e iniciando as manobras SAV, pude constatar que havia vários civis a observar e a fotografar. Foi pedido aos elementos da GNR, presentes no local, para protegerem e controlarem a

situação. Ao focarmos-nos em estabilizar a vítima, que é prioritário, por vezes, descuidamos pequenos grandes pormenores. O principal intuito desta abordagem foi o de manter a privacidade da vítima. Esta situação alertou-me para a necessidade de atuarmos, em contexto extra-hospitalar, cumprindo todos os princípios éticos e legais nomeadamente no que concerne aos direitos dos utentes.

Ao longo do estágio no INEM, algumas das situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) foram ativadas para adultos com mais de 70 anos e que, no local, se verificou que estes se encontrariam em rigidez cadavérica. Nestas situações, surgiu o dilema sobre a decisão de não reanimar, levando-me a refletir sobre a autonomia do enfermeiro na tomada de decisão e no papel do EEEMC para a diminuição deste problema. A tomada de decisão dos enfermeiros deve basear-se na dimensão ética, agindo de forma responsável isentos de juízos possíveis de prejudicar o outro, e nos deveres da deontologia como o expresso no artigo 103.º, alínea d) do Código Deontológico do Enfermeiro (2015), que nos diz que o enfermeiro tem o dever de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”, presumindo a recusa de participação em medidas reanimação nos casos de morte evidente (p. 8079).

Uma PCR que ocorra em contexto extra-hospitalar é geralmente imprevista. A equipa no local é responsável por decidir se inicia, continua ou suspende manobras de SAV. Neste contexto extra-hospitalar, o acesso à informação clínica da vítima é escassa, e por vezes, difícil de obter, pelo que, a reanimação é iniciada logo que possível, mesmo existindo dúvidas sobre o tempo da paragem e sobre a existência de doenças graves. Após discussões com os vários elementos da equipa da SIV como da VMER, estes explicaram que esta recente indicação por parte do INEM deve-se à possibilidade de confundir a rigidez cadavérica com a rigidez associada a patologia osteoarticular; portanto, as manobras de SBV e de SAV (no caso de intervenção da ambulância de SIV) devem ser mantidas até à chegada da VMER ou quando esta não se encontrar disponível, a vítima deverá ser transportada para o hospital, onde um médico do SU pode legalmente atestar o óbito. Em reflexão com a equipa multidisciplinar, constatei o descontentamento dos enfermeiros face a este tipo de intervenção e em muitos dos casos, estes afirmaram desmotivação e sobrevalorização quando são “obrigados” a investir os

seus esforços em atitudes fúteis, dada a reduzida probabilidade de valor terapêutico. Este sentimento também foi partilhado pelos médicos quando são ativados para uma PCR e no local já se encontra uma equipa SIV, com profissionais que possuem conhecimento e competência para intervir de forma adequada nas situações de PCR, incluindo a identificação do diagnóstico de morte. Estes profissionais salientam os gastos gerados e o tempo de inatividade dos meios de socorro aquando a saída para estas situações.

Nas situações cuja reanimação não foi bem-sucedida e a morte foi declarada, sempre pautei por manter a dignidade da pessoa através da prestação dos cuidados pós-morte, como posicionar o corpo da forma o mais natural possível, preservando sempre a intimidade da vítima cobrindo-a, retirando todo o material e dispositivos, otimizando o ambiente circundante retirando todo o material clínico e limpeza de fluídos. Pretendi minimizar o impacto da família perante o corpo e facilitar o processo de luto, dignificando o corpo da pessoa. Na comunicação de más notícias, acompanhei o médico no sentido de ajudar a família a expressar a sua dor em relação à morte do seu ente querido.

No contexto extra-hospitalar, o acesso ao processo do doente para obtenção de informação é extremamente difícil. Quando se fala de ativação no INEM, falamos de doentes urgentes e um tempo de resposta rápido. A obtenção de informação correta, por vezes, é difícil. A vítima não se encontra em condições de a fornecer e a ausência de familiares ou a informação que estes possam fornecer não está completa. Podemos dizer que a procura dessa informação pode comprometer a vida do doente. O sistema de informação em uso pelo INEM é insuficiente, pois apresenta grandes lacunas de informação. Isto influencia os cuidados a serem prestados pelos profissionais. Assim, estes instrumentos de suporte às práticas devem possuir tecnologia que permita aceder aos dados dos doentes já existentes para que os cuidados sejam prestados com melhor qualidade e continuidade. Na UCI, a obtenção de informação dos doentes encontra-se disponível no sistema informático. Os registos da equipa de enfermagem e médica são realizados diretamente no sistema, o que facilita a obtenção de informação atempada e correta para uma melhor prestação de cuidados e continuidade dos mesmos.

O aperfeiçoamento de competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade advém da experiência, da relação quotidiana com a pessoa alvo dos cuidados. Isto resulta da capacidade de racionalizar, interpretar e decidir o melhor, tendo em consideração as suas vontades, crenças e valores. A ética e a responsabilidade são a base do cuidar humanizado em enfermagem, pilares da prática da profissão.

A pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e a sua família/pessoa significativa, exige por parte do enfermeiro especialista uma mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a responder em tempo útil e de forma holística, a vivenciar processos complexos de doença crítica e às necessidades que estes apresentem, na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção. Desde antecipar os riscos de instabilidade, identificar focos de instabilidade e responder de forma rápida, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa, demonstrar conhecimentos e habilidades para prestar os melhores cuidados a pessoa, família/cuidador em situação crítica, baseando-se na mais recente evidencia científica, possuir técnicas e estratégias facilitadoras de comunicação adaptadas a cada doente, estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e respetiva família/cuidador, bem como ajudar estes a superar perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do meu percurso, enquanto enfermeira pautei por prestar cuidados segundo os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, procurando sempre que os meus cuidados respeitassem os princípios básicos, como os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo o respeito pela dignidade da vida humana. Também durante os diferentes estágios procurei manter a postura e para tal tracei objetivos neste domínio, que foram desenvolvidos ao longo deste relatório.

4.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados

Segundo o Regulamento nº. 140/2019, cabe ao EEMC garantir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, bem como participar no desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantir “um ambiente terapêutico e seguro” na sua prestação de cuidados.

Para este domínio, defini como objetivos específicos: Identificar prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com a segurança dos doentes e controlo da infeção, no cuidado ao doente crítico.

Citado no PNS (2015), Saturno diz que a Qualidade em Saúde define-se como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo”, tendo em conta os recursos disponíveis (p. 16). Implícito está a adequação dos cuidados de saúde às necessidades individuais e expectativas, tendo por base o melhor desempenho possível.

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades assumida no Plano Nacional de Saúde (2015). Esta requer que os cuidados prestados sejam eficazes e seguros; com utilização eficiente dos recursos e de forma equitativa; no momento adequado; de forma a satisfazer os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas.

A qualidade nos cuidados de saúde, e de enfermagem, é importante a nível: social - maior exigência por parte dos utentes; ético - maior o nível de formação e conhecimentos, profissional - evolução de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados; económico – melhor racionalização dos recursos e desenvolvimento de Culturas da Qualidade na Saúde (Ribeiro, Carvalho, Ferreira, & Ferreira, 2008).

A definição de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem leva a uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e a uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Martins, Gonçalves, Ribeiro, & Trochin, 2016).

Cabe às associações profissionais da área da saúde a definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico de cada uma das profissões envolvidas. A qualidade em saúde não é obtida unicamente através do exercício profissional, nem este pode ser negligenciado na obtenção da qualidade em saúde por parte dos enfermeiros. De acordo com a alínea f) do art.º 37º, compete ao Conselho de Enfermagem “definir os padrões de qualidade de cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O profissional de enfermagem tem um papel fulcral na promoção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Estes têm por base os padrões de qualidade de enfermagem, que permitem estruturar e orientar o exercício dos enfermeiros. No que diz respeito aos cuidados especializados em enfermagem na PSC, estes devem ter como objetivo a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Assembleia da OMS, juntamente com outras entidades a nível internacional, debruçou-se sobre a incidência de eventos adversos e o desafio que estes acarretam na qualidade da prestação de cuidados, sobre o facto de este ser um fator modificável e significativo na saúde dos indivíduos e sobre os elevados custos associados e peso financeiro nos serviços de saúde. A Assembleia *Fifty-fifth World Health* constatou que a melhoria significativa no desempenho dos sistemas de saúde dos Estados Membros é alcançável, bem como a prevenção de eventos adversos, em particular na melhoria da segurança do doente e na qualidade dos cuidados de saúde em geral (World Health Assembly, 2002)

Segundo a OMS (2011), citada por Abreu (2015), torna-se necessário

“compreender o que é a segurança do doente, perceber a importância da aplicação de fatores humanos para a segurança do doente, compreender os sistemas e os efeitos da complexidade nos cuidados ao doente, saber trabalhar em equipa de forma eficaz, aprender com os erros para prevenir o dano, compreender e gerir o risco clínico, utilizar métodos de melhoria da qualidade, reconhecer a importância do envolvimento dos doentes e dos cuidadores, sensibilizar para a prevenção e controlo da infeção,

compreender a segurança do doente e os procedimentos invasivos e melhorar a segurança do medicamento” (p. 223).

A ocorrência de erros na prática de enfermagem leva a uma “ameaça à qualidade dos cuidados e à segurança do doente, sendo esta considerada uma das preocupações a nível global” (Abreu, 2015, p. 1). Assim, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 pretende a implementação de medidas, bem como “a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos”, de forma a uma melhor prestação de cuidados de saúde, de forma integrada e numa constante melhoria contínua da qualidade dos mesmos (Ministerio da Saúde, 2015).

Na assistência extra-hospitalar, a informação sobre as vítimas é escassa e o acesso a essa informação, por vezes, torna-se difícil de obter. Em discussão com os vários elementos do INEM, esta dificuldade foi várias vezes salientada. Estes referem que a falta de informação limita a prestação de cuidados e mesmo a continuidade dos mesmos. Como referido no subcapítulo anterior, na maioria das ativações a informação é limitada sobre se os sinais/sintomas são agudos ou uma agudização de uma situação já crónica por parte das vítimas, quando estas não estão em condições de as fornecer, por falta de acompanhantes informados ou mesmo quando estes não estão presentes. Este facto torna difícil a decisão do tipo de tratamento e prestação de cuidados, tendo em conta o maior interesse do mesmo, o que pode induzir a erros.

Na falta de um cuidador, de algum familiar que conheça o histórico do doente ou mesmo por depressão do estado de consciência do doente que nos possa facultar determinados dados, torna-se difícil a interpretação dos sinais e sintomas e a decisão final.

O erro pode ser uma lacuna na execução de uma ação planeada. Este pode ocorrer na execução da ação ou quando não é possível a execução dessa mesma ação, ou seja, pode ocorrer tanto na fase de planeamento como na fase de execução. Este erro pode ser uma consequência de um desvio intencional de um procedimento, norma ou regra e consequentemente aumenta o risco de induzir dano considerável na saúde dos doentes (Direção-Geral da Saúde, 2011).

As normas e protocolos permitem uma qualidade nos cuidados e devem estar incluídas no trabalho de todos os profissionais de saúde. A qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar, por isso “nem a qualidade em saúde se obtém apenas através do exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pág.4).

Na UCIP existem protocolos e normas para uniformizar a prestação dos cuidados, a distribuição de papéis, a verificação de todo o material que é necessário ao doente, promovendo assim uma maior organização do serviço, dos cuidados, minimizando o erro, e contribuindo assim para a qualidade. Na UCIP tudo é antecipado e preparado para a receção do doente. Desde o contacto prévio para receção de um doente, à preparação da unidade, com a realização do teste do ventilador, dos monitores, máquinas perfusoras, suporte farmacológico e não farmacológico necessário, bem como a consciencialização das normas de controlo e prevenção da infeção necessárias, tudo isto favorece a qualidade. O enfermeiro especialista é parte integrante na realização destes procedimentos e da sua aplicação. A gestão da qualidade engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, ao doente, e aos profissionais.

A promoção da segurança do doente através da colaboração interdisciplinar da equipa dos CI requer conhecimento dos membros constituintes da equipa, dos diferentes papéis, das barreiras a essa colaboração e comportamentos e intervenções para facilitar a colaboração. As causas possíveis para o erro são a sobrecarga de trabalho, cansaço, alteração do ritmo circadiano, excesso de confiança e falhas na colaboração entre os elementos da equipa. Uma equipa de CI é uma equipa complexa, dependente de conhecimento especializado, técnicas específicas, equipamento diferenciado e unidades especializadas. Uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é fundamental para o bom funcionamento da equipa, daí a necessidade de implementação de uma passagem de turno segura. Esta necessidade verifica-se sobretudo na transmissão de informação entre enfermeiros. A colaboração em equipa é um processo interdisciplinar na comunicação e decisões a tomar. A partilha de conhecimento e experiência entre os profissionais influencia os cuidados a prestar e contribui para uma gestão integrada do plano de cuidados (Despins, 2009).

No Plano Nacional para a Segurança do doente, a Comunicação surge como um dos indicadores de qualidade enumerados. Neste mesmo plano, a Comunicação é considerada um dos pilares fundamentais de segurança para os doentes. A transmissão de informação e fulcral na prestação de cuidados, assumido que “as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes” requerem procedimentos normalizados para “assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde”, evitando lacunas na comunicação e, conseqüentemente, levar a uma quebra na continuidade de cuidados e mesmo no tratamento adequado (Ministerio da Saude, 2015).

A globalização dos mercados, o aumento das exigências dos consumidores e o crescimento da concorrência entre empresas, tornam a informação como um recurso fulcral na minimização do erro na tomada de decisão (Fonseca, 2013). Segundo Lapão, citado em Fonseca (2013), na área da saúde, a gestão desta informação é uma atividade crítica do seu desempenho.

A informação apresenta-se como um conjunto de dados, que organizados num contexto útil e facultados atempadamente de forma adequada, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, permitindo uma maior habilidade para desenvolver determinada atividade ou decidir perante determinada situação (Sousa, 2006).

Segundo Silva et al. (2016), os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos que integram a recolha, processamento, armazenamento, transmissão e utilização de informação essencial para aprimorar a eficácia e a eficiência dos serviços através de uma melhor gestão, segundo a OMS.

Segundo Vieira (2018), citando Pereira, 2009, os registos de enfermagem permitem que os seus dados sejam interpretados, organizados e estruturados, tornando essa informação sintetizada, interrelacionada e concretizada em conhecimento. Esta afirma ainda que a qualidade da informação e do conhecimento em enfermagem estão interrelacionados com a qualidade dos dados obtidos através dos registos de enfermagem.

Cabe aos profissionais de enfermagem garantir que estes registos sejam atuais, realistas, rigorosos, completos e reflexo do trabalho realizado. Em Vieira (2018), citando Jesus e Sousa (2011), os registos de enfermagem devem transparecer a

tomada de decisão do enfermeiro, suportado através de uma reflexão crítica sobre a situação de saúde ou doença atual do doente, as intervenções de enfermagem realizadas como os resultados pretendidos e alcançados. Nestes mesmos registos, deve ser visível a continuidade dos cuidados, como a reavaliação da situação clínica do doente e a obtenção do resultado desejado. Com a evolução dos Sistemas de informação em Enfermagem, o suporte eletrónico facilitou o acesso e processamento desta informação, levando a uma melhoria da qualidade da segurança dos cuidados prestados e melhoria do desempenho dos profissionais (Vieira, 2018).

Os governos de vários países concluíram que os sistemas de informação são fundamentais na prestação de cuidados. Em Portugal, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde surgiram Cartão de utente do SNS e um reforço dos serviços eletrónicos já disponíveis SAM (Sistema de Apoio Medico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Surge então, o S-Clínico® - versão hospitalar, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), unificando os vários sistemas existentes, com o intuito de um só sistema comum a todos os prestadores de cuidados de saúde (Tareco, 2015). Os Sistemas de informação de enfermagem em suporte eletrónico facilitam o registo da documentação, reduz o tempo do trabalho burocrático, melhora a clareza da informação, diminui a duplicação de dados, permitindo uma acessibilidade à informação registada, em tempo útil, suportando a tomada decisão dos enfermeiros (Tareco, 2015).

Os cuidados ao doente em estado crítico exigem recursos humanos, recursos materiais e procedimentos complexos e específicos. O profissional de enfermagem assume um papel importante, pois é o grupo mais numeroso de profissionais, em contato direto na prestação dos cuidados, sendo responsável pela segurança destes doentes. A qualidade da prestação de cuidados de saúde está relacionada com a segurança do doente. As competências do profissional, o estado crítico do doente e a carga de trabalho de enfermagem são relevantes para uma eficiência e eficaz prestação de cuidados (Serafim, Dell'Acqua, Novelli e Castro, Spiri, & Nunes, 2017)

A avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros relaciona o tempo necessário na prestação de cuidados com o tempo direto ou indireto no atendimento do

doente. A prestação de cuidados está sujeita ao grau de dependência do doente, da complexidade do estado de saúde do mesmo, das características físicas da unidade e do perfil do profissional. A esta carga de trabalho acrescem as atividades não relacionadas diretamente com o doente e o seu familiar, necessárias no decorrer do turno, como por exemplo o acompanhamento de alunos e colegas em integração, e registo de cuidados. Assim, a carga de trabalho de enfermagem engloba todas as ações necessárias, diretas ou indiretas, na prestação de cuidados (Altafin & al., 2014).

As dotações seguras relacionam o número e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados de saúde. Estas relacionam-se com a responsabilidade, segurança dos profissionais e segurança dos próprios doentes. Ao longo dos anos, os estados aperceberam-se que existem mais variáveis para obter dotações seguras, como: carga laboral, ambiente de trabalho, eficiência e efetividade em termos de custos, a complexidade dos doentes, o nível de aptidão dos enfermeiros. Ainda que haja reconhecimento desta necessidade, os serviços de saúde constataam que os recursos financeiros continuam a não ser suficientes para as suportar (ICN, 2007). Segundo o estudo efetuado por Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski e Silber (2002), em que 10.184 enfermeiros e 232.342 doentes submetidos a cirurgia foram recolhidos e analisados, verificaram que o aumento da carga de trabalho por enfermeiro estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte, num intervalo de 30 dias após a admissão e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso no tratamento. Segundo o relatório do ICN de 2006, vários estudos suportam a ideia que um rácio enfermeiro-doente mais elevado influencia positivamente os resultados na prestação de cuidados (ICN, 2006).

Como objetivo para o estágio, pretendi identificar prioridades de intervenção, particularmente relacionadas com a segurança dos doentes e controlo da infeção, no cuidado ao doente crítico. Os procedimentos em CI têm impacto no doente a curto e longo prazo, tanto a nível físico como psicológico. Muitos dos procedimentos demonstram ter efeitos negativos quando usados em excesso: volume corrente elevado, múltiplas transfusões, oxigénio e sedação por longos períodos. Diversos estudos realizados associam o aumento do número de enfermeiros por doente a uma redução de eventos adversos, como uma menor

incidência de úlceras de pressão, uso de restrições físicas e incidência de infecção hospitalar, incluindo pneumonia associada à ventilação. Um número mais elevado de enfermeiros diminuirá a risco de mortalidade hospitalar. (Driscoll, et al., 2018).

Após discussão com a enfermeira tutora (enfermeira referente para o controlo de infecção no serviço) sobre as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e sobre o impacto que estas têm nos doentes em CI, decidi abordar esta temática e realizei uma revisão da literatura (ver Apêndice I), para posteriormente fornecer a informação aos responsáveis da Unidade. Para a recolha de dados, foi realizada uma pesquisa através da base de dados, nomeadamente: CINAHL® Plus with Full Text, MEDLINE® with Full Text, presentes na EBSCOHost web; SciELO - Scientific Electronic Library Online e no RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Os termos utilizados foram “ventilation associated pneumonia”, “cross infection”, “nursing care” e “intensive care unit” (descritores classificados). Aplicando os critérios de inclusão (período temporal 2014-2019, publicados na Europa, Estados Unidos da América, Canadá e Brasil, escritos em inglês) obtive 109 artigos. Após a leitura do título e do resumo e remoção dos artigos duplicados foram excluídos 79 artigos.

Com a inclusão de dois artigos e após a leitura integral do estudo, dos 18 artigos em análise, foram excluídos 13 pois não respondiam ao meu objeto de estudo, ficando com 5 artigos para o estudo.

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), a prevenção e o controlo da infecção associada aos cuidados constitui um dos pontos fulcrais do trabalho do profissional de enfermagem, sobre o qual o enfermeiro especialista deve adquirir competências e conduzir a sua intervenção. Este deve participar desde a conceção, definição de estratégias e na implementação de planos de controlo de infecção no local de trabalho, bem como orientar e formar outros profissionais sobre a importância no cumprimento e respeito pelas regras de controlo de infecção. Igualmente, este é um indicador de saúde, enunciado pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente – “prevenção e controlo das infeções e a resistência a microbianos”. As infeções associadas aos cuidados influenciam o tratamento adequado do doente, elevando a taxa de morbilidade e mortalidade, bem como o aumento do consumo de recursos

hospitalares. Estas infeções, na sua maioria são evitáveis (Ministerio da Saude, 2015).

As IACS são um problema oculto e transversal até aos dias de hoje. O impacto das IACS leva a um aumento do internamento, incapacidade a longo prazo, aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, um acréscimo financeiro significativo para os sistemas de saúde, custos elevados para os doentes e respetivas famílias e um aumento de mortes anualmente. De forma a alcançar a qualidade pretendida e promover a segurança do doente com ventilação mecânica, a aplicação dos feixes de intervenção ou *bundles* é fundamental e deve estar em conformidade e aplicada por todos os profissionais. A formação e vigilância contínua consideram-se ferramentas eficientes para o alcance da eficácia das práticas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). A qualidade dos cuidados prestados refletir-se-á na redução dos casos de PAV. O poder destes feixes de intervenção está dependente da formação dos profissionais das unidades, da realização de auditorias periódicas, da comunicação dos indicadores de processo e dos resultados de retorno aos profissionais (Silva, Salles, Nascimento, Bertoncello, & Cavalcanti, 2014; DGS, 2017).

Na assistência extra-hospitalar, o cumprimento deste critério torna-se mais difícil na prestação de cuidados na rua. O acesso a informação pertinente sobre a vítima para uma prestação cuidada e no transporte de doentes com infeções multirresistentes é importante. Esta informação deverá ser transmitida para que estes adotem medidas de proteção, como verifiquei numa ativação para uma vítima com dificuldade respiratória, já depende em grau elevado nas AVD's e que seria portadora de uma bactéria multirresistente. A informação foi transmitida pela primeira equipa que respondeu no local, o que permitiu que os restantes profissionais se precavessem antes do contacto direto ao doente, e posteriormente, proceder a uma adequada desinfeção dos componentes da ambulância, como forma de prevenir a infeção cruzada.

Enquanto futura enfermeira especialista procurei mobilizar conhecimentos e habilidades, para a melhoria contínua da qualidade. A pessoa em situação crítica exige uma complexidade de procedimentos invasivos, de diagnóstico e terapêutica e ao enfermeiro especialista é exigido maximizar a intervenção na

prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, desde possuir conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, da conceção de planos de prevenção e controlo de infeção, desenvolvimento de procedimentos e circuitos requeridos, baseando-se na mais recente evidência científica, como monitorizar e avaliar as medidas preconizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ao enfermeiro especialista é exigida a elaboração de projetos e implementação dos mesmos, como a avaliação regular das práticas e eventual revisão das mesmas, tendo como principal objetivo a promoção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados de qualidade, minimizando os incidentes e riscos para o doente (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Compreendi e assimilei as competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista que poderei aplicar na minha prestação de cuidados diariamente.

4.3. Domínio da Gestão de Cuidados

A prática de enfermagem abrange o planeamento, a execução e a avaliação dos cuidados de enfermagem baseados no próprio saber, na participação ativa na produção, e no desenvolvimento pessoal e profissional. Os cuidados são avaliados pelos ganhos em saúde e pelos recursos utilizados para os alcançar (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Neste sentido, considerando a importância deste domínio, tracei como objetivo específico para este domínio: Compreender o papel do EEMC na organização e gestão dos serviços ao nível de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, reconhecendo a importância do trabalho em equipa

Como competência do enfermeiro especialista, espera-se que este consiga adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, prevê-se que o EEEMC adeque uma resposta eficiente em termos humanos e/ou materiais face a cada situação encontrada no decorrer da prestação de cuidados ao doente. Entre as suas competências, salienta-se a capacidade em identificar os estilos de liderança mais adequados às exigências impostas, facilitando assim os processos de tomada de decisão que as intervenções de enfermagem estão sujeitas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este

deve ser capaz de disponibilizar apoio aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional através da apresentação de uma variedade de soluções eficazes rumo ao aumento da qualidade do processo de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os custos associados à saúde são uma das principais preocupações no seio das instituições de saúde e a avaliação contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde contempla a utilização eficiente dos recursos existentes com o intuito da racionalização dos custos associados a estes serviços (Ministério da Saúde, 2003).

Para haver um ambiente favorável à prática de enfermagem é preciso uma adequação dos recursos humanos e recursos materiais, sendo imperioso que os enfermeiros participem na governação da instituição, fundamentando a prática de enfermagem para a qualidade dos cuidados, e atuando a nível da gestão e liderança, segurança e suporte aos colegas, numa atitude de bom entendimento entre os diferentes grupos profissionais. Estes ambientes permitem: em relação aos utentes, um aumento significativo dos níveis da qualidade e segurança dos cuidados; em relação aos profissionais de saúde um aumento dos níveis de saúde e bem-estar laboral; em relação aos serviços um aumento dos níveis de qualidade, produtividade e efetividade (Jesus, Roque, & Amaral, 2015).

O enfermeiro gestor, segundo, a alínea c) do Artigo 2.º, do Regulamento n.º76/2018, é

“o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos

cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde;”

Segundo Galvão et al. (1998), baseando-se nos estudos de Fávero e Ferraz, o enfermeiro desenvolve uma gestão mais orientada “para as necessidades do serviço, para o cumprimento de regulamentos, normas e tarefas reproduzindo o que é preconizado pela organização e por outros profissionais”.

Os hospitais têm comissões para a escolha de materiais hospitalares e estas funcionam tendo por base enfermeiros que elaboram consultadoria. Por outro lado, também, sabemos os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais recursos materiais utilizam, nomeadamente o material de consumo clínico (Marques, 2010).

Segundo Hausmann e Peduzzi (2009), o trabalho do enfermeiro tem, entre outras, duas dimensões: a de assistência e de gestão. O seu papel na administração de recursos materiais e equipamentos é preponderante pois assume também a gestão de serviços e a coordenação dos cuidados a executar pela equipa de profissionais de saúde.

Marques (2010, p. 78) refere, baseando-se em Parreira (2005), que o enfermeiro desempenha uma diversidade de ações no que diz respeito a gestão de recursos. Estas passam pela “preocupação com o ambiente físico (iluminação, ventilação, limpeza e conservação); dotação de materiais e equipamentos; responsabilidade pelo processo de previsão, provisão, organização e controlo de materiais; requisição dos mesmos e ainda participação de seleção através das comissões de escolhas”.

O enfermeiro é por excelência o profissional de saúde com mais contacto direto com o doente e que, por consequência, está envolvido na gestão e racionamento de grande parte dos recursos utilizados. Cabe então à enfermagem enquanto profissão, um papel inestimável na boa gestão de recursos. A dinamização e valorização desta mesma responsabilidade devem ser reconhecidas pelas unidades de saúde de modo a aumentar a sua eficácia.

Ao longo dos diversos contextos clínicos observei múltiplas situações em que o enfermeiro pode influenciar a qualidade dos cuidados prestados. Uma dessas situações passou pela gestão dos recursos, humanos e materiais.

Na assistência extra-hospitalar, mais propriamente na base da SIV onde estive destacada, os enfermeiros são responsáveis por semanalmente contabilizar e registar o material necessário para manter o stock já preexistente na base. Após a recolha de informação, enviam a listagem para posterior envio e reposição. Para além disso, estes verificam diariamente o stock das malas de intervenção e o stock da ambulância e asseguram que todo o equipamento se encontra funcionando e em condições para uma correta execução dos cuidados necessários, tal como a VMER. Relativamente à gestão dos recursos humanos, esta é realizada pelo enfermeiro nomeado como responsável do meio. Este lança mensalmente o horário de forma a assegurar a presença de recursos humanos necessários. Na SIV, a equipa é composta por um enfermeiro e um técnico de emergência médica e na VMER, a equipa é composta por um enfermeiro e medico.

Na UCI, existe um enfermeiro responsável por coordenar e distribuir os restantes enfermeiros de acordo com a carga de trabalho dos doentes, como por verificar o stock dos recursos materiais e a gestão no serviço. Devido à sobrecarga de trabalho, não foi possível observar mais de perto o trabalho do enfermeiro chefe da unidade, mas tive a oportunidade de trabalhar com enfermeiros responsáveis pelo turno. Mesmo assim, constatei o trabalho necessário por parte destes profissionais e o apoio que estes representam para a melhor prestação de cuidados ao doente como aos demais colegas. O método de trabalho e o método individual. Segundo Marques (2014), citando Frederico e Leitão, um certo número de doentes é atribuído ao enfermeiro e este fica responsável pelos cuidados durante o seu turno de trabalho. Este método favorece a relação terapêutica e permite um conhecimento mais aprofundado sobre cada um dos doentes a seu cargo.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o EE: deve gerir a equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente; orientar e colaborar na elaboração de protocolos; ser responsável pela avaliação da qualidade das práticas, integrando em equipas de auditorias; deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual para a segurança e proteção

dos indivíduos/grupo; gerir o nível do risco das unidades; facilitar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto; deve ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ainda, segundo o artigo 109, do Código deontológico, ao enfermeiro cabe também analisar regularmente o trabalho e reconhecer eventuais falhas, adequar as normas, as necessidades concretas da pessoa e assegurar as condições de trabalho para uma prestação de cuidados dignidade e autonomia, para a excelência do exercício da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Enquanto líder, o EEMC deve procurar continuamente aperfeiçoar as suas capacidades e competências, munindo-se de conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar, adequando-se às expectativas da instituição e da equipa, promovendo uma prática crítica, reflexiva e participativa.

O processo de enfermagem passa pela criação de plano de cuidados de enfermagem e a sua implementação são fundamentais em qualquer área de intervenção do EEMC.

O EEMC deve ter competências interpessoais para melhor lidar com problemas e desafios, para potencializar talentos e gerir trabalho num clima de confiança e satisfação. Este deve olhar para o meio que o rodeia e ser capaz de compreender a complexidade das relações entre seres humanos, levando a uma melhoria no desempenho das organizações, controlando os custos e promovendo melhor qualidade dos serviços (Aguilar, Costa, Weirich & Bezerra, 2005).

Ao longo dos contextos clínicos, procurei manter os meus conhecimentos atualizados de forma a definir corretamente os cuidados ao doente crítico. Isto exigiu o estabelecimento de prioridades e forma de atuação benéficas para o doente, baseando-me na mais recente evidência científica. A tomada de decisão vai desenvolvendo-se de forma natural e ao longo do contacto com mais experiências. Esta procura de otimização dos cuidados, orientação das tarefas procurando garantir a segurança e qualidade dos meus cuidados, adequando os mesmos aos recursos existentes, permitiu-me atingir competências neste domínio: cabe ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem,

otimizando as respostas e a equipa, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados, como adequar os recursos existentes às necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

4.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A reflexão e reinterpretação das vivências e as experiências são essenciais para o crescimento individual, permitindo crescer enquanto profissional. O processo formativo é fundamental para a construção da nossa identidade, como as novas experiências e relações pessoais e interpessoais estabelecidas no decorrer dessa aprendizagem.

Para este domínio, estabeleci os seguintes objetivos específicos: *Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família/cuidadores como sobre situações clínicas, técnicas e intervenções específicas dos locais de estágio; Contribuir para o conhecimento e desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo da intervenção da EMC; Identificar diagnósticos de áreas/situações potencialmente problemáticas nos locais de estágio e analisar criticamente os resultados encontrados*

Ao enfermeiro é exigida a mobilização de “conhecimentos, capacidades e habilidades (...) que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do (...) alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 10087). Um enfermeiro especialista é aquele que busca o seu desenvolvimento de forma constante, sustentada pela atualização dos seus conhecimentos e competências. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é aquele que “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, permite dinamizar “a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e participa na elaboração de protocolos na “prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica

e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19359).

Sendo a pessoa em situação crítica aquela em que a sua vida se encontra ameaçada quer por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais exige cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua e imediata, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo dos contextos clínicos procurei desenvolver o autoconhecimento, conhecendo os meus limites pessoais e profissionais e o limite que poderia ter no meu desempenho. A gestão destes e a gestão das emoções são importantes na prestação de cuidados enquanto enfermeira. Pautei por uma postura de participação e interesse constante: conhecer o serviço e as delegações por onde passei, conhecer e inteirar-me sobre os sistemas de informação existentes, conhecer as normas dos serviços, como o papel que cada enfermeiro tem e as respetivas funções na dinâmica do serviço, procurei conhecer métodos de gestão de recursos, através da relação com o doente e família, procurei estratégias facilitadoras de comunicação adaptadas a cada situação, procurando sempre melhorar e aprofundar as minhas competências ético-deontológicas, como desenvolver e aprofundar os meus conhecimentos através de pesquisa e reflexões individual ou em equipa, assim como identificar situações de risco e a gestão da mesma. Como está descrito na alínea c), do artigo 109, do Código Deontológico, o EEMC deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Este deve, também, ter consciência pessoal e profissional, procurando o autoconhecimento de forma a identificar fatores que possam interferir na relação enfermeiro-doente como na própria equipa; reconhecer as suas limitações pessoais e profissionais; e reconhecer antecipadamente situações de eventual conflitualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Como exemplos de aprendizagens realizadas, desenvolvi trabalhos ao longo do estágio: uma revisão da literatura sobre as IACS e uma revisão da literatura sobre o papel dos enfermeiros em situações de exceção, aplicação de questionário e posterior divulgação dos resultados, que se apresentam em apêndice (Apêndices

I, II e VII), levando a realização de pesquisas como ao desenvolvimento de competências de EEMC, suportando a prática clínica em evidência científica, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência que possam contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Os temas surgiram como oportunidade de melhoria tanto na UCI como na assistência extra-hospitalar. Na UCI foi fornecido o trabalho final para informar sobre os dados mais atuais sobre as IACS e métodos de prevenção preconizados. Este trabalho realizado foi descrito no subcapítulo: Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados e encontra-se no Apêndice I. O trabalho no âmbito do contexto clínico da assistência extra-hospitalar foi pertinente, dado que até ao momento não houve um estudo sobre esta temática. Para os responsáveis da delegação, este seria um estudo a abordar no futuro dado o contexto atual.

Durante o estágio analisei os protocolos instituídos pelo INEM e procurei mais informação científica para facilitar a minha abordagem à vítima. A realização de ECG foi uma das principais atividades realizadas. Também no que concerne a técnicas de imobilização e extração das vítimas de trauma e/ou acidentes de viação, por ser uma área na qual não possuía experiência, consultei os manuais do INEM, por forma a aprofundar conhecimentos e perceber os passos realizados aquando as situações de trauma que observei.

A abordagem à vítima em meio SIV vai de encontro ao tipo de abordagem realizada tanto no SU como nas UCI, no entanto é necessário espírito crítico face aos conhecimentos técnicos e científicos que possuímos para tomar decisões fundamentadas.

Para prestar cuidados no extra-hospitalar é fundamental conhecer bem o local do material, tanto na ambulância/carro como nas malas, de forma a atuar rápida e eficazmente. Ambos os meios possuem uma mala de primeira intervenção e uma mala com material de reserva, pois nem sempre é possível repor material, dado o número de ativações. Assim, a realização de uma *check-list* no início de todos os turnos é importante, dado a imprevisibilidade a que estes profissionais estão sujeitos. Durante a minha experiência no campo de estágio considero que o facto de as ambulâncias serem munidas de material de reserva nos permitiu colmatar este risco e a verificação no início de cada turno foi realizada.

A regra básica de atuação inicia-se pelas condições de segurança para os profissionais. No momento de abordagem à vítima, a primeira preocupação deve ser a nossa própria segurança. O profissional não deve expor-se a si ou a terceiros a um maior risco do que a vítima (INEM, 2012). Quando se fala em riscos possíveis, devem ser avaliados os seguintes: ambiental, toxicológico; e infeccioso (INEM, 2012). No estágio, nas diversas situações, as condições de segurança estiveram garantidas. Existem ainda outros riscos como a ocorrência de acidentes de viação, agressões morais e físicas, risco de acidente com material corto-perfurante e a elevada carga emocional e física despendida, bem como os riscos provenientes do frequente levantamento de peso para transporte das vítimas e equipamentos de intervenção, posturas prolongadas e inadequadas, flexões da coluna vertebral (Zapparoli & Marziale, 2006). Devo salientar a imprevisibilidade dos locais ao qual ocorreremos, desde a via pública, sujeitos às condições meteorológicas adversas, domicílios com difícil acesso para transporte das vítimas, todos fatores de risco inerentes à assistência extra-hospitalar.

Na minha experiência como enfermeira no estrangeiro, num momento de situação de exceção e ao longo do estágio fui observando o trabalho que estes profissionais prestam e as condições como o fazem, sendo que constatei que a formação que obtemos não é suficiente para fazer face a este tipo de evento e como os mesmos podem afetar o profissional. Assim, surge a temática “O papel do enfermeiro e as implicações socio-bio-psicossociais em situações de exceção”.

Quando se fala em catástrofe ou situações de exceção, fala-se em multivítimas e situação crítica. Os cuidados que são habitualmente prestados passam a um nível exponencialmente superior, dependendo do tipo de evento.

O mundo tornou-se cada vez mais complexo e o número e grandeza das catástrofes têm vindo a aumentar. As mudanças climáticas, os conflitos humanos e as doenças infecciosas são intervenientes num cenário de saúde em rápida evolução, desencadeando um número cada vez mais crescente de eventos de exceção. Uma força de trabalho importante são os profissionais de enfermagem. Estes possuem conhecimentos, perícia e habilidades para responder a qualquer tipo de catástrofe e situações de exceção, emergência de saúde pública em larga escala, em tempo útil e de maneira apropriada (Veenema, et al., 2017).

Diariamente ocorrem catástrofes e situações de exceção com um impacto significativo em indivíduos, famílias e comunidades. Seja o evento, um incêndio habitacional afetando apenas uma família, ou um *tsunami* que destrói uma comunidade, pode-se dizer que a qualidade de vida está ameaçada (WHO & ICN, 2009). Nas últimas décadas, verificou-se que inundações e tempestades são o principal tipo de catástrofe provocados por fatores naturais a nível mundial - embora este número seja superior ao nível das secas e temperaturas extremas (Fisher, et al., 2018).

As catástrofes são classificadas como "naturais" e "tecnológicas" (provocadas pelo Homem). Catástrofes naturais incluem tempestades, como furacões e ciclones, inundações, terremotos, situações extremas de calor e frio, tsunamis, erupções vulcânicas, pandemias e fome. Catástrofes tecnológicas incluem acidentes por veículos de transporte, biológicos e radiológicos, além das ações de terrorismo. (WHO & ICN, 2009). Independentemente do tipo de catástrofe, estas influenciam a infraestrutura de uma comunidade como a água, transporte, comunicação, serviços públicos, serviços sociais (serviços hospitalares e de emergência, como polícia e bombeiros) e aumentam os custos financeiros, levando a um impacto financeiro dos países.

Para minimizar possíveis consequências, torna-se fundamental a preparação e existência de indivíduos qualificados e prontos para responder a catástrofes, tanto na preparação como na recuperação destas. No entanto, a preparação (simulacros) é fragmentada ou não existe. Nestes últimos anos, várias organizações e associações têm vindo a abordar esta questão, desenvolvendo competências para descrever o papel dos intervenientes e desenvolvendo programas especializados de educação e preparação. Enquanto um dos maiores grupos de profissionais de saúde e estando na linha da frente, os enfermeiros devem desenvolver competências para dar resposta e ajudar na recuperação após as catástrofes ou situações de exceção. Assim, a educação na área da emergência e catástrofe é fundamental para todos os enfermeiros (WHO & ICN, 2009).

Para a recolha de dados, foi realizada uma pesquisa através da base de dados, nomeadamente: CINAHL® Plus with Full Text, MEDLINE® with Full Text, Complementary Index, Business Source Complete, presentes na EBSCOHost

web; SciELO - Scientific Electronic Library Online e no RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Os termos utilizados foram “major events”, “disaster”, “preparedness or response” e “nursing care” (descritores classificados).

Aplicando os critérios de inclusão (período temporal 2015-2020, publicados na Europa e Estados Unidos da América, escritos em inglês), obtive 436 artigos. Após a leitura do título e do resumo e remoção dos artigos duplicados foram excluídos 431 artigos. Com a inclusão de mais sete artigos e após a leitura integral do estudo, ficando com 13 artigos para o estudo.

Segundo a Hay & Mimura (2010) citado em Veenema, et al., 2016, na década passada verificou-se um aumento exponencial na frequência e intensidade de eventos naturais como alterações climáticas, doenças tecnológicas, infecciosas e desastres causados pelo Homem. Sendo a classe de enfermagem o maior grupo nos serviços de saúde, pode-se afirmar que a eficácia de resposta do sistema de saúde a uma emergência ou catástrofe é dependente da capacidade de trabalho desta classe. Os enfermeiros devem estar preparados para responder a qualquer tipo de catástrofe e situação de exceção. Estes profissionais colaboram diariamente com outros profissionais de saúde, trabalham em parceria com outros sistemas, doentes e respetivas famílias para melhorar os resultados em saúde da população (Veenema, et al., 2016).

Num projeto desenvolvido por peritos na área, os objetivos seriam desenvolver uma visão para o futuro da enfermagem em catástrofe, identificar as barreiras e os facilitadores para alcançar a visão e desenvolver recomendações para a prática, educação, política e pesquisa (Veenema, et al., 2016), para criar uma força de trabalho nacional de enfermagem com o conhecimento, perícia e habilidades para responder a catástrofes e a situações de exceção de forma rápida e eficaz. O grupo propôs que, idealmente, os enfermeiros deveriam: possuir conhecimentos base e habilidades mínimas sobre como dar resposta a eventos de catástrofes e preparação para estas situações de emergência; responder diretamente ou fornecer suporte indireto durante um evento de catástrofe ou situação de exceção; promover educação e preparação dos indivíduos aos seus cuidados, famílias e comunidades, como dentro das organizações que representam; e participar na preparação, no planeamento de

planos de prevenção e intervenção em catástrofes, planos de formação e treino (Veenema, et al., 2016).

Esta visão baseia-se na ideia que os enfermeiros possuem conhecimentos base e conjunto de habilidades com as quais são capazes de promover a segurança dos seus doentes e famílias ou pelo menos minimizar danos que possam ocorrer. Reconhece-se a capacidade de liderança e entre outras habilidades que os enfermeiros podem trazer num evento de exceção. Como força de trabalho incluem-se os enfermeiros que cuidam de indivíduos, famílias e comunidades e os seus esforços baseiam-se na preparação para uma catástrofe a nível nacional como uma resposta a nível local (Veenema, et al., 2016).

As catástrofes e situações de exceção podem afetar negativamente a saúde física e mental das vítimas pela falta de segurança; violência baseada no género; falta de acesso a bens e serviços básicos, incluindo serviços de saúde; separação familiar; abuso, negligência e exploração de pessoas vulneráveis e discriminação. Os desafios sociais apresentados pelas catástrofes e situações de exceção colocam os indivíduos em grande risco de sofrer problemas de saúde mental e psicossociais e o apoio a estes é fundamental (ICN, 2019).

Assim, são necessários profissionais qualificados para a implementação de planos e estratégias locais, nacionais, regionais e globais de redução de riscos. Os enfermeiros desempenham um papel importante em todas as fases destes eventos. O conhecimento sobre os recursos existentes na comunidade, sobre as necessidades das populações vulneráveis, o planeamento do trabalho em saúde, o conhecimento e as habilidades clínicas, permitem que estes cumpram um papel estratégico na promoção e cooperação dos setores sociais e de saúde, agências governamentais e organizações não-governamentais, tornando-os importantes durante a prevenção, resposta e recuperação após a catástrofe e situações de exceção (ICN, 2019).

Segundo Brooks et al., 2015, as equipas destacadas para dar resposta a situações de crise e apoio essencial às populações locais, podem ver o trabalho no exterior de uma maneira positiva mas alguns podem regressar com problemas psicológicos. O *Health and Safety Executive* (HSE, 2019) identificou seis fatores de stresse no local de trabalho: exigências de trabalho; controlo sobre o trabalho;

falta de informação e suporte; problemas relacionais com colegas; falta de compreensão sobre o seu papel e responsabilidades e mudança de organização. Estes fatores podem afetar os profissionais em geral e o seu bem-estar psicológico.

O cuidar de doentes de trauma diariamente pode ser gratificante, no entanto, a exposição repetida a doentes com lesões traumáticas em ambientes de alto risco de stress, aumenta o risco destes enfermeiros desenvolverem *burnout*, fadiga e *stress* pós-traumático secundário (Hinderer, et al., 2014). Para os profissionais de emergência médica, a exposição direta a eventos traumáticos não é impossível. A prevenção, preparação e apoio recebido durante e após os eventos pode ser melhorada. Alguns estudos sugerem que a preparação e apoio são de particular importância, e ambos podem ser melhorados através de uma boa liderança (Brooks, et al., 2015).

Assim, é imperativo estabelecer planos para proporcionar oportunidades e ferramentas para que estes profissionais consigam criar estratégias para enfrentar as dificuldades sentidas e a levar uma vida profissional mais saudável (Munnang, Dupiton, Boutin, & Angus, 2018).

Dado o trabalho dos profissionais de enfermagem no Extra-Hospitalar e estando estes expostos a vários eventos, achei pertinente desenvolver um trabalho que demonstrasse se estes profissionais sentem que estão preparados socio-psicofisicamente para enfrentar situação de exceção.

O tema foi pensado juntamente com a enfermeira tutora e aceite pelo enfermeiro coordenador da delegação Norte do INEM. Para tal, foi elaborado um questionário composto por 21 itens que descrevem as características dos diferentes tipos de situações de exceção, a preparação necessária para atuar e como o profissional pode ser afetado, pretendendo avaliar o ambiente da prática dos Enfermeiros em situação de exceção. Na elaboração do questionário realizei pesquisa e baseei-me no questionário TLEQ: *Traumatic Life Events Questionnaire*. Como escala de avaliação, a escolhida foi a Escala de Likert (ver Apêndice II e VIII). Este questionário destinou-se apenas aos quinze enfermeiros da base da SIV onde realizei o estágio. Este foi disponibilizado em formato digital e enviado individualmente a todos os profissionais de enfermagem que exercem funções

nesse meio. A confidencialidade foi garantida e o uso dos dados recolhidos foi exclusivo para o presente estudo, sendo garantido o anonimato. A participação dos profissionais foi voluntária e em qualquer altura, poderiam recusar a participação neste estudo. O acesso ao questionário foi permitido entre o dia 3 de dezembro de 2019 e 6 de janeiro de 2020. Posteriormente, os resultados deste trabalho foram apresentados na delegação. Também neste âmbito foi prevista a realização de um trabalho para posterior exposição no Fórum das Especialidades, a organizar pela ICS. No Apêndice VIII, encontra-se o resumo do mesmo.

O papel do enfermeiro em situações de exceção, bem como as implicações socio-psico-físicas destes eventos no profissional são importantes pois podem afetar a forma como estes profissionais prestam cuidados. Com base neste trabalho, pretendi demonstrar que a formação, treino e apoio pós-evento são princípios básicos e exigem atualização para que estes profissionais consigam desenvolver competências e melhorar a qualidade de prestação de cuidados em ambiente extra-hospitalar. Os resultados podem ser úteis para perceber em que ponto de situação se encontram e o que poderá ser realizado para quando melhorar a satisfação no trabalho e lidar com o trabalho. Mas para tal será necessário aplicar um estudo semelhante a nível regional ou mesmo nacional para obter resultados mais significativos.

Numa altura em que as catástrofes e situações de exceção ocorrem com maior frequência, os profissionais de enfermagem têm um papel mais ativo nestas situações. Mesmo com o aumento de financiamento por parte das unidades de saúde na preparação destes profissionais, nestes últimos anos verificou-se que estes esforços para a educação e mobilização de enfermeiros no planeamento e preparação para catástrofes e situações de exceção têm sido episódicos e difíceis de sustentar (Veenema, et al., 2016).

Enquanto enfermeira e futura especialista em EMC, procurei o autoconhecimento, tentei proporcionar respostas a situações pertinentes para os contextos clínicos como para a minha própria prática clínica, procurei ser facilitadora de aprendizagem a futuros colegas de profissão (na UCI foi possível ajudar futuros colegas, mas no INEM dado o contexto não o foi possível realizar), baseando a minha prática na mais recente evidência, pelo que acredito ter atingido as competências necessárias a este domínio.

Também procurei, enquanto futura enfermeira especialista, desenvolver competências sobre como promover respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde perceber a importância do enfermeiro na concepção, em articulação com o nível estratégico, de planos de emergência e catástrofe, planeamento e pronta ação, de forma sistematizada e eficiente, tendo como objetivo os melhores cuidados à pessoa e família/pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

5. CONCLUSÃO

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) define que este é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O estágio da unidade “Estágio Final e Relatório”, integrante no XII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica visou ser um momento formativo em que o percurso académico e profissional são conduzidos no sentido de aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Médico-Cirúrgica.

No início da prática clínica, o processo de aprendizagem focou-se no conhecimento do funcionamento dos serviços, circuito do doente e metodologia de trabalho das diferentes equipas multidisciplinares, para estabelecer objetivos coerentes com cada local de estágio e competências a desenvolver, em concordância com o Guia de estágio. Num segundo tempo, a procura de mais informação em conjunto com as experiências vivenciadas, possibilitou a concretização dos mesmos pela busca e facilitação constante de oportunidades para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em articulação com os enfermeiros tutores nos diferentes locais e restante equipas multidisciplinares, que se mostraram sempre disponíveis e facilitadoras da aprendizagem

A prática reflexiva que desenvolvi durante o estágio permitiu-me detetar necessidades que visaram a melhoria dos cuidados prestados contribuindo para a excelência do cuidar. Entre elas, o trabalho sobre a prevenção de quedas, o impacto do enfermeiro na prevenção da PAV e o impacto e papel do enfermeiro em situações de exceção.

Dada a realidade atual que se vive nas instituições hospitalares, relativamente ao número acrescido de horas extra de trabalho, refletiu-se na dificuldade acrescida em conciliar o horário de estágio com o horário de trabalho. As equipas demonstraram-se recetivas e compreenderam as minhas dificuldades.

A realização de estágio no INEM permitiu-me conhecer realidades e contextos diferentes da minha realidade profissional, o que possibilitou o desenvolvimento da minha confiança e destreza na abordagem ao doente crítico. O estágio na UCIP permitiu-me levar algumas sugestões de mudança para o local onde trabalho com novas ideias para uma melhor capacidade de resposta às necessidades dos doentes. Estas competências permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

A elaboração deste documento possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre as competências que são exigidas ao enfermeiro especialista e a importância do seu papel na sociedade em evolução e modernização, exigindo cada vez mais cuidados especializados em saúde. Considero que os objetivos específicos formulados foram atingidos, através do desenvolvimento do presente relatório e respetivos apêndices.

As dificuldades sentidas ao longo deste período, como a necessidade de uma boa gestão do tempo na realização de todos os objetivos a que me propus e o exercício de trabalho em locais onde não possuía experiência, foram sendo ultrapassadas. Terminada a prática clínica, fica a sensação de dever cumprido.

Em suma, este tempo de contato permitiu o reforço enquanto profissional de enfermagem, no reconhecimento dos problemas da pessoa em situação crítica e da família/pessoa significativa, através da adequação e execução de intervenções de enfermagem individualizadas para a sua resolução, assim como o desenvolvimento de capacidade de diagnóstico e juízo clínico, para a tomada de

decisão em enfermagem, tendo sempre por base a importância da prática baseada na evidência.

Ao longo deste percurso pautei por desenvolver e aprofundar os meus conhecimentos de forma a constituir uma base de desenvolvimentos e aplicações originais, promovendo casos em contexto de investigação, como procurei aplicar esses conhecimentos na compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, relacionados na área de enfermagem médico-cirúrgica. Também procurei integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações em que a informação esteve limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. No final, procurei comunicar de forma clara as minhas conclusões e os conhecimentos a especialistas e a não especialistas. Estas competências, que penso ter adquirido, permitiram adquirir mais conhecimentos e ferramentas que me permitirão continuar nesta procura auto-orientada ou autónoma de mais informação e reflexão sobre os melhores cuidados a serem prestados as pessoas, famílias e comunidades nesta área, como contribuir para o desenvolvimento científico de Enfermagem.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, C. (2015). A Percepção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação. *Tese de doutoramento em Psicologia especialidade em Psicologia da Educação*, p. 338.
- Abreu, C., Rodrigues, M., & Paixão, M. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 63-68.
- Aguiar, A., Costa, R., Weirich, C., & Bezerra, A. (2005). *Gerência dos Serviços de Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico*. Obtido em 05 de 06 de 2020, de Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol 7, nº. 3, p. 319 – 327: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(3), pp. 1987–1993.
- Altafin, J. A., & al., e. (2014). Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitario. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), pp. 292-298.
- Assembleia da Republica. (04 de 09 de 2019). Lei de Bases da Saude. *Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04*, pp. 55-66.
- Batista, I. C. (2014/2015). *Emergência pré-hospitalar: Relatório de Estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica*. Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar, Porto.

- Brito, M. F., & Ferreira, L. N. (2006). A Importância da Auditoria Interna Hospitalar na Gestão Estratégica dos Custos. *Trabalho desenvolvido na graduação de Ciências Contábeis da Universidade Católica de Brasília*, pp. 1-16.
- Direção-Geral da Saude. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saude.
- Direção-Geral da Saude. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. (Ministerio da Saúde, Ed.) Obtido em 06 de 02 de 2020, de SNS: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saude. (2017). *Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de cuidados de agudos*. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. DGS.
- Fonseca, R. P. (Março de 2013). Sistemas de Informação na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral II (Leiria). *Revista da Ordem dos Medicos*, pp. 92-99.
- Galvão, C. M., Trevizan, M. A., & Sawada, N. O. (1998). A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *32(4)*, pp. 302-306.
- Grupo Portugues de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. (GPT, Ed.) Obtido em Maio de 2019, de Grupo Português de Triagem: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Hausmann, M., & Peduzzi, M. (2009). Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto Enfermagem*, *18(2)*, pp. 258-265.
- INEM. (2013). *Sistema Integrado de Emergencia Medica, versão 2.0*. Obtido em 02 de 2020, de INEM: <https://www.inem.pt/wp->

content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf

International Council of Nursing. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Genebra: ICN.

International Council of Nursing.. (2007). *Ambientes favoráveis a prática: Condições no trabalho= Cuidados de Qualidade*. Genebra: ICN.

Jesus, É. H., Roque, S. M., & Amaral, A. F. (Novembro de 2015). Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 26-44.

Koerich, M. S., Machado, R. R., & Costa, E. (Jan-Mar de 2005). Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto e Contexto Enfermagem*, 14(1), pp. 106-110.

Macedo, A. P. (2004). Os estágios dos estudantes de enfermagem. In U. d. Minho (Ed.), *Apresentado no Vº Congresso Português de Sociologia* (pp. 10-16). Braga: Associação Portuguesa de Sociologia.

Marques, M. T. (2014). *A pessoa em situação crítica e a aquisição de competências para o seu cuidar*. Dissertação Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politecnico de Leiria , Escola Superior de Saude, Leiria.

Marques, S. (2010). *Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar. Mestrado Gestão, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia*. Universidade de Aveiro.

Martins, J. C., Mazzo, A., Baptista, R. C., Coutinho, V. R., Godoy, S. d., Mendes, I. A., & Trevizan, M. A. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), pp. 619-625.

Martins, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., & Trochin, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), pp. 864-870.

- Ministérios da Defesa Nacional, d. F. (1981). Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto. *Diário da República n.º 176/1981, Série I de 1981-08-03*.
- Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06*, pp. 1865 - 1866.
- Ministerio da Saude. (2003). *Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Ministerio da Saude. (2012). Decreto-Lei n. 34/2012, 14 de fevereiro. *Diário da República, 1.ª série — N.º 32 , 32*.
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014*, pp. 20673-20678.
- Ministerio da Saude. (2015). Despacho n.1400A/2015: Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015* , pp. 3882-(2) - 3882-(10).
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *II Congresso Ordem dos Enfermeiros: O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade* (pp. 1-12). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L., Ferrito, C., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: colêctania descritiva de etapas. *Percursos, 15*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Obtido de *Diário da República, 1.ª série — N.º 181*: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade*. Obtido em 06 de 02 de 2020, de Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, pp. 4744-4750.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (Agosto de 2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva*. (SNS, Ed.) Obtido em 2 de 11 de 2019, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Peres, E. C., Barbosa, I. d., & Silva, M. J. (2011). Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), pp. 334-340.
- Pires, A. P. (4 de 9 de 2008). *Etica e Cuidar em Enfermagem*. Obtido em 9 de 04 de 2020, de Forum de Enfermagem: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3419-etica-e-cuidar-em-enfermagem#.XpB3XMj0nIV>
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (11 de 2008). Qualidade dos Cuidados de Saude. (I. P. Viseu, Ed.) *Millenium: Journal of Education, Technologies and Health*, 35(13).
- Direção-Geral da Saude (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. OMS, 2009. DGS.
- Serafim, C., Dell'Acqua, M., Novelli e Castro, M., Spiri, W., & Nunes, H. (2017). Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 70(5), pp. 993-999.
- Silva, A. R., Oliveira, T. M., Lima, C. F., Rodrigues, L. B., Belluci, J. N., & Carvalho, M. G. (setembro de 2016). Sistemas de Informação como instrumento para tomada de decisão em saúde: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UPFE*, 10(9), pp. 3455-3462.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. (11 de 2004). *O Ensino Clínico na formação em Enfermagem*. (I. P. Viseu, Ed.) Obtido em 20 de 03 de 2020, de Millenium:

Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS):
<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (12 de Julho de 2017). *Entidades: Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE*. (SPMS, Editor, & SNS) Obtido em 4 de Julho de 2019, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-porto-epe/>

Tareco, E. S. (2015). *Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática*. Dissertação Mestrado em Gestão em Unidades de Saúde, Universidade do Algarve, Faculdade de Economia, Faro.

Thompson, C. (2003). Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), pp. 230-237.

UN. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. In A. G. Unidas (Ed.). Paris: UN.

Vieira, S. M. (2018). *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga.

World Health Assembly, 5. (2002). Resolutions and Decisions, Annexes. In F.-f. W. Assembly (Ed.). (pp. 23-24). Geneva: World Health Organization .

APÊNDICES

**APÊNDICE I – A importância dos cuidados de enfermagem na prevenção da
Pneumonia Associada à Ventilação mecânica**



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**A importância dos cuidados de enfermagem na prevenção da
Pneumonia Associada à Ventilação mecânica**

Estudante: Mafalda Sofia Tavares Silva

Porto, 8 de novembro de 2019

ÍNDICE

ÍNDICE	85
SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	87
INTRODUÇÃO	89
1. METODOLOGIA	91
2. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E O IMPACTO NA SOCIEDADE	93
2.1. Patogénese da PAV	95
2.2. Tipo de bactérias presentes na PAV	96
2.3. Fatores de Risco	97
3. A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA PAV	99
4. CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICE	107
APÊNDICE I - TAXAS DE PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO ADQUIRIDA EM UCI POR PAÍS / REDE, UE / EEE	108
APÊNDICE II – GRÁFICO SOBRE A EVOLUÇÃO DA DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PAV EM PORTUGAL	108
APÊNDICE III – NÚMERO DOS DEZ MICRORGANISMOS MAIS FREQUENTEMENTE ISOLADOS NOS EPISÓDIOS DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA UCI, POR PAÍS, UE / EEE..	110
APÊNDICE IV – FATORES DE RISCO DA PAV	111
APÊNDICE V - SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTEMENTE USADOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NO HOSPITAL / PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR (PAH / PAV)	112

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

CVC – Cateter Venoso Central

EEE – Espaço Económico Europeu

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAH – Pneumonia Associada à Hospitalização

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

TOT – Tubo OroTraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

EU – União Europeia

VM – Ventilação Mecânica

INTRODUÇÃO

Atualmente, com o envelhecimento da população e o aumento do número de doentes com doenças do foro vascular e endócrino, verifica-se um aumento do número de doentes internados e uma crescente procura de cuidados a doentes em estado crítico (Paiva, et al., 2017). Segundo Paiva et al. (2017, p. 4), em estudos recentes conclui-se que, em UCI, o “número de doentes ventilados serão cerca de 990.000 a 1.500.000 doentes/ano, por lesão pulmonar aguda entre 85.000 e 410.000 doentes/ano e admitidos por sépsis 1.100.000 a 1.400.000 doentes/ano.” Os elevados custos dos cuidados ao doente crítico exigem por parte dos responsáveis das unidades de saúde a elaboração de normas e protocolos precisos assentes em critérios de qualidade, eficácia, eficiência, com a preocupação de garantir o exercício ético (Paiva, et al., 2017).

Um doente em estado crítico é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Assim, os cuidados ao doente crítico são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua”, de forma a manter estabilidade hemodinâmica e outras “funções básicas de vida”, tendo sempre a prevenção de complicações e eventos adversos em atenção, como a limitação de incapacidades, promovendo a recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

No Parecer n.º 15/2018 da OE vem descrito, com base nas recomendações para o desenvolvimento dos Cuidados Intensivos, que estas unidades devem ser dotadas de profissionais qualificados e treinados para gerir situações que lhe são apresentadas, com a tecnologia disponibilizada, 24 horas por dia (Parecer n.º 15/2018). A estas equipas é exigido abordar estes doentes complexos e em estado crítico, de forma global, integrada e multidisciplinar (Paiva, et al., 2017). Para tal, os profissionais deverão possuir conhecimento científico e experiência para atuar neste domínio específico, o que leva a uma necessidade de formação específica e especializada dada a crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados nestas unidades (Parecer n.º 15/2018).

O EEEMC tendo o doente e a respetiva família como alvos da sua atenção, tem de ser capaz de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção consoante as necessidades destes. Também lhe é exigida capacidade para detetar precocemente, estabilizar, manter e recuperar,

vigiar, monitorizar e administrar terapêutica com vista à prevenção de complicações e eventos adversos, como promoção da saúde e prevenção da doença (Regulamento n.º 429/2018).

Segundo a OE (2018), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica são:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (p. 19359)

O internamento numa UCI é um período transitório para alguns doentes críticos, fazendo parte do processo de recuperação. Este processo inicia-se antes da admissão, no momento em que o doente teve o evento que lhe condicionou o estado de saúde. O que se passa previamente é determinante e pode ter consequências decisivas na evolução e no prognóstico, como este processo deve continuar após a transferência da UCI (Ministério da Saúde, 2003).

Para a realização deste trabalho foram elaborados os seguintes objetivos:

- Identificar a patogenicidade da PAV e os seus fatores de risco;
- Refletir sobre o impacto da PAV na sociedade em termos de custos socioeconómicos;
- Identificar estratégias para a diminuição da taxa de incidência da PAV;
- Sensibilizar para a importância do papel do enfermeiro na prevenção e redução da PAV na UCI.

I. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada é a revisão de literatura. Como suporte na elaboração deste documento, recorri a artigos científicos e relatórios mais recentes.

O trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro explico a metodologia realizada a seleção dos artigos. No segundo capítulo explico resumidamente o que define uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde e focando-me mais na Pneumonia Associada a Ventilação, abordarei a patogénese da Pneumonia Associada a Ventilação, do tipo de bactérias encontradas neste tipo de pneumonia e os fatores de risco associados. No terceiro capítulo realço a importância dos cuidados de enfermagem na prevenção e controlo da PAV finalizando com a conclusão. As referências bibliográficas utilizadas foram elaboradas segundo a Norma APA 6ª Edição. Por último, são apresentados os Anexos e Apêndices, que correspondem aos trabalhos elaborados durante o estágio e que complementam a descrição das atividades desenvolvidas na prática.

Para a elaboração deste trabalho, elaborei uma questão orientadora para a recolha de dados: qual a importância dos cuidados de enfermagem na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação mecânica?

Para a recolha de dados, foi realizada uma pesquisa através da base de dados, nomeadamente: CINAHL® Plus with Full Text, MEDLINE® with Full Text, presentes na EBSCOHost web; SciELO - Scientific Electronic Library Online e no RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Os termos utilizados foram “ventilation associated pneumonia”, “cross infection”, “nursing care” e “intensive care unit”. Como critérios de inclusão: janela temporal (2014-2019); acesso livre; Continentes/países: Europa; Estados Unidos da América; Canadá; Brasil; e escritos em inglês.

O diagrama de Prisma (Figura 1) ajuda a clarificar como foi realizada a pesquisa e o fluxograma apresentado ilustra como foi feita a seleção nas diferentes fases.

Aplicando os critérios de inclusão (período temporal 2014-2019, publicados na Europa, Estados Unidos da América, Canadá e Brasil, escritos em inglês) obtive 109 artigos. Após a leitura do título e do resumo e remoção dos artigos duplicados foram excluídos 93 artigos pois não respondiam à questão elaborada no início.

Com a inclusão de dois artigos e após a leitura integral do estudo, dos 18 artigos em análise, foram excluídos 13 pois não respondiam ao meu objeto de estudo. Ficando com 5 artigos para o estudo.

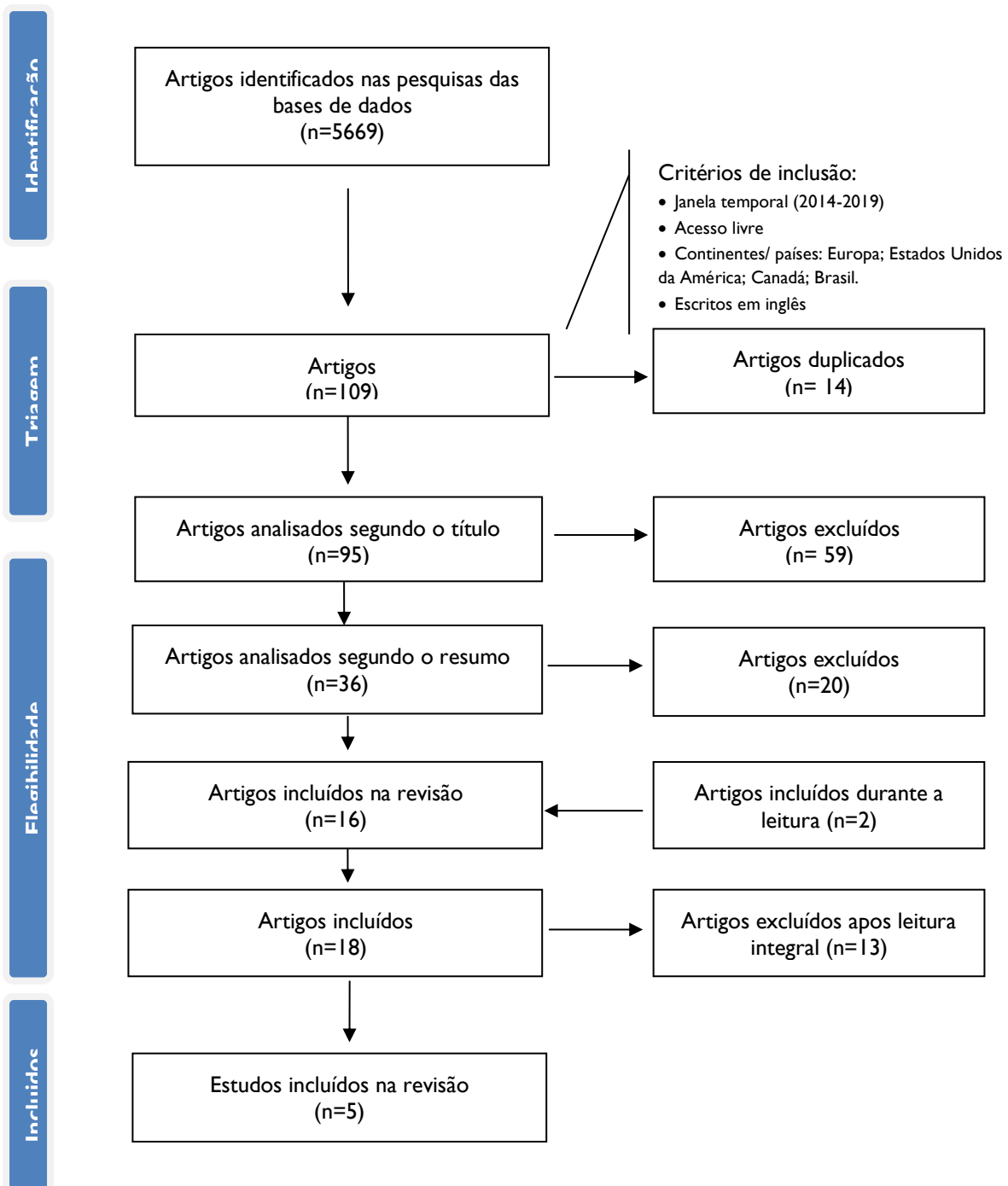


Figura 1 – Diagrama PRISMA

2. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E O IMPACTO NA SOCIEDADE

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) definem-se como uma infecção que ocorre durante o período de internamento numa unidade de saúde que não estaria presente ou em incubação no momento da admissão. Estas incluem infeções adquiridas no hospital, como as que aparecem após a alta e também infeções ocupacionais entre os funcionários da própria instituição (Allegranzi, 2011). Esta é adquirida pelo doente durante o período em que recebem cuidados de saúde e representa um dos eventos adversos mais frequente.

As IACS são um problema oculto e transversal que, até aos de hoje, não se encontrou solução. A vigilância requer o uso de critérios padronizados, infraestruturas com instalações de diagnóstico e peritos que saibam interpretar os resultados. Os sistemas de vigilância para as IACS existem em vários países desenvolvidos, mas são praticamente inexistentes na maioria dos países em desenvolvimento (Allegranzi, 2011). O impacto das IACS leva a um aumento do internamento, incapacidade a longo prazo, aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, um acréscimo financeiro significativo para os sistemas de saúde, custos elevados para os doentes e respetivas famílias e um aumento de mortes anualmente. Na Europa, as IACS levam a um aumento de 16 milhões de dias de internamento hospitalar e aumento de mortes a cada ano. Estima-se uma perda de cerca de 7 biliões de euros em gastos financeiros anuais, incluindo custos diretos (Allegranzi, 2011).

Os programas de vigilância das IACS deverão ser na recolha regular de dados. A avaliação dos principais fatores que levam às IACS é essencial, permitindo a identificação de estratégias e medidas de melhoria (Allegranzi, 2011).

Os últimos estudos salientam que as IACS podem ser evitadas e reduzidas apelo menos em 50%. Para tal, as organizações nacionais e internacionais emitiram recomendações sólidas, baseadas nas mais recentes evidências. As IACS são infeções que os doentes adquirem ao receber tratamento médico e são consideradas um evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados. O seu impacto pode resultar num prolongamento hospitalar, incapacidade prolongada, aumento da resistência de microrganismos a agentes antimicrobianos, um aumento adicional no orçamento financeiro do sistema de saúde, altos custos para os doentes e famílias. O risco de adquirir uma

infecção está presente em qualquer unidade de saúde em todo o mundo, mas o verdadeiro impacto permanece desconhecido em muitos países, sobretudo nos países em desenvolvimento (Allegranzi, 2011).

Os dados sobre o impacto das doenças a nível mundial são publicados regularmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para informar os profissionais de saúde, os governos e o público em geral sobre as doenças mais importantes em termos de morbidade e mortalidade. O diagnóstico de IACS é complexo pois depende de vários critérios e de um conjunto de testes (ver Apêndice V). Associado a isto, a dificuldade de uma vigilância contínua através dos programas nacionais (Allegranzi, 2011).

O risco de adquirir IACS é significativamente mais elevado nas unidades de cuidados intensivos (UCI). A alta taxa de infecção está associada ao uso de dispositivos invasivos, em particular os cateteres venosos centrais (CVC), cateteres urinários e uso de ventilação mecânica invasiva (ventiladores) (Allegranzi, 2011).

Em 2017, 8,3% (11.787) dos doentes internados mais de dois dias em UCI apresentaram pelo menos uma infecção associada aos cuidados de saúde adquirida durante o internamento (pneumonia, infecção da corrente sanguínea, infecção do trato urinário) (ECDC, 2019).

Uma proporção significativa dessas IACS é considerada evitável. Além disso, a taxa de resistência antimicrobiana é alta nestas unidades, devido à gravidade do quadro clínico dos doentes, ao uso frequente de antibióticos e às diversas práticas de prevenção e controlo de infeções. Dentro das IACS, a pneumonia associada à ventilação é uma das mais frequentes em UCI (ECDC, 2019).

As taxas das IACS associadas a dispositivos médicos mostram uma tendência estável ou decrescente em comparação com anos anteriores, o que pode refletir em maiores esforços para prevenir infeções (ECDC, 2019). O gráfico I demonstra essa tendência (ver Apêndice II). O ligeiro aumento no ano de 2015 deve-se à introdução de critérios e medidas de avaliação da PAV.

Os protocolos de prevenção e controlo de infeções e a administração de antimicrobianos são medidas essenciais para a prevenção das IACS como do aumento da resistência antimicrobiana nas UCIs. Para perceber a variação da incidência e do impacto das IACS nas UCI é necessário o uso de indicadores de qualidade tanto para prevenção e controlo de infeções como da administração de antimicrobianos, além de informações sobre os resultados das IACS. Estes indicadores de qualidade estão incluídos no novo protocolo do ECDC para vigilância das IACS em UCI (ECDC, 2019).

A pneumonia adquirida no hospital (PAH) é uma infecção do parênquima pulmonar induzida por agentes patogénicos presentes no ambiente hospitalar. A pneumonia hospitalar desenvolve-se em doentes com mais de 48 horas de internamento e, geralmente, o período de incubação é de pelo

menos 2 dias. Entre as PAH, a pneumonia associada à ventilação (PAV) desenvolve-se em doentes internados em UCI que foram ventilados mecanicamente por pelo menos 48 horas. Doentes com pneumonia hospitalar grave que necessitam de ventilação mecânica durante o tratamento após o início da infeção não correspondem à definição de PAV. Por outro lado, a traqueobronquite associada ao ventilador (TAV) é caracterizada por sinais de infeção respiratória sem novos infiltrados radiográficos, num paciente em ventilação por pelo menos 48 horas (Torres, Niederman, & Chastre, 2017).

Em estudos recentes, verifica-se uma redução da incidência de PAV e isto dever-se-á a uma melhor implementação de estratégias preventivas. A incidência continua elevada (50%) em doentes de trauma e com lesão cerebral, provavelmente devido à depressão do nível de consciência que pode levar ao risco de microaspiração no momento do trauma (Torres, Niederman, & Chastre, 2017).

Um estudo recente nos EUA demonstrou um aumento do tratamento com ventilação mecânica (VM), do internamento em UCI e internamento hospitalar em doentes com PAV comparativamente aqueles que não apresentaram esta IACS (Torres, Niederman, & Chastre, 2017).

Com estes dados, a questão da IACS deve ser examinada e estudada em profundidade, para identificar como estas se relacionam nos diferentes tipos de serviços de saúde e para determinar os fatores que levam a um risco aumentado de transmissão de agentes patogénicos associados a serviços de saúde e de início de infeção (Allegranzi, 2011).

A vigilância das IACS ao nível local e nacional é essencial para a prevenção e redução das mesmas.

2.1. Patogénese da PAV

Num doente crítico, os mecanismos de defesa estão comprometidos não só devido à doença como devido à sedação a que estão sujeitos para tolerar a VM, má nutrição e dispositivos médicos, como o tubo orotraqueal (TOT) que é usado na VM e compromete o reflexo da tosse e a depuração mucociliar. Este tubo leva a um aumento e estagnação de secreção mucosa, podendo também provocar lesões na superfície do epitélio traqueal (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014; CDC, 2003).

Existem várias fontes de agentes patogénicos causadores de PAV e estas podem ser classificados como exógenas e endógenas em relação ao doente (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014). Estes microrganismos podem tornar-se invasivos sob determinadas condições favoráveis e/ou causar infeção quando contaminam locais estéreis (Allegranzi, 2011).

As fontes exógenas são inalação de aerossóis contaminados principalmente por material contaminado, dispositivos médicos (humidificador, circuito do ventilador), os próprios profissionais de saúde e outros doentes. Como fontes endógenas considera-se a flora orogástrica do próprio doente. Estes microrganismos atingem as vias aéreas inferiores por microaspiração de secreções orofaríngeas ou secreções aspiradas para a orofaringe através do refluxo gástrico; como também por infecção direta, ou disseminação hematogénica de microrganismos de outros locais de infecção (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014; Allegranzi, 2011).

O balão do TOT evita a aspiração de secreções de grande volume. No entanto, existe a possibilidade de se estabelecer microcanais entre a mucosa traqueal e o balão quando este se encontra distendido, aumentando o risco de microaspiração das secreções acumuladas acima do balão (secreções subglóticas) para as vias aéreas inferiores. Outra forma de contaminação é a colonização do balão do TOT por agentes que migram para o interior do tubo, garantindo o acesso às vias aéreas com maior facilidade devido ao fluxo inspiratório da VM, estabelecendo posteriormente uma infecção pulmonar. Cirurgias e medicamentos, particularmente antibioterapia, também podem predispor o paciente à doença (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014).

As IACS não se restringem apenas aos doentes, mas também aos profissionais de saúde, funcionários e visitas (Allegranzi, 2011).

2.2. Tipo de bactérias presentes na PAV

A presença de um TOT afeta o mecanismo de transporte mucociliar, importante na remoção de secreções ou partículas estranhas. Este tubo influencia a eficácia do reflexo de tosse, pois não permite o fecho da glote. Assim, o TOT é um fator de risco para a pneumonia pois permite que partículas inaladas tenham acesso direto às vias aéreas inferiores e favorece a colonização microbiana (Souza, Andrade, & Cabral, 2014).

Em estudos realizados ao TOT observou-se a presença de um biofilme nas superfícies internas e externas mais distais destes, com estruturas diversificadas, não apenas em termos morfológicos, mas também na composição de elementos. O biofilme é uma comunidade microbiana complexa e dinâmica, e observa-se em bactérias, fungos filamentosos, leveduras e protozoários. A presença de biofilme nos TOT de doentes em UCI deve-se aos microrganismos capazes de aderir aos biomateriais, formando uma comunidade microbiana nessas superfícies. Os microrganismos que vivem na forma de biofilme são mais resistentes a antibióticos e às defesas do sistema imunológico. Esse aumento da resistência é um resultado da combinação de vários fatores. Poderemos afirmar que existe uma relação direta entre o tempo de uso destes dispositivos e a formação do biofilme, sendo o tempo de uso um fator importante na ocorrência de infecção.

A literatura aponta o biofilme como fonte potencial de infecção, principalmente dos pulmões, e sua ocorrência parece estar relacionado ao período de uso do TOT (Souza, Andrade, & Cabral, 2014).

Os microorganismos mais frequentemente isolados em pneumonias adquiridas em UCI são: *P. aeruginosa* seguido de *S. aureus*, *Klebsiella spp.* and *E. coli* (ver Apêndice III) (Lebre, et al., 2018).

2.3. Fatores de Risco

A ventilação mecânica invasiva é um fator de risco para o desenvolvimento de pneumonia, sendo a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) um problema de saúde pública. A PAV é classificada de acordo com o tempo decorrido desde o início da VM até a instalação da pneumonia. Assim, PAV de início precoce se ocorrer dentro de 4 dias após o início da VM e PAV de início tardio se ocorrer após 5 ou mais dias do início da VM (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014).

A PAV ocorre principalmente em UCI, dado que os doentes mais instáveis e debilitados se encontram internados e maioritariamente com suporte ventilatório. Estima-se que de 8 a 28% dos doentes que recebem VM desenvolvam pneumonia, o risco é entre 3 e 10 vezes maior em relação aos doentes que não recebem VM (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014).

Os fatores de risco predisponentes para o desenvolvimento da doença são inúmeros e estão divididos em três grupos: relacionados com o hospedeiro, ao processo de internamento e ao tratamento (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014). Como se pode verificar na Tabela 3 (ver Apêndice IV).

A PAV possui uma etiologia complexa e multifatorial, destacando situação clínica do doente, tipo de material e composição do tubo orotraqueal, técnica de intubação, frequência de manipulação do sistema e tempo de inserção do tubo, entre outros fatores (Souza, Andrade, & Cabral, 2014).

3. A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA PAV

A PAV é uma das IACS mais prevalentes nas UCI e representa uma taxa de morbidade e mortalidade elevada. De forma a promover uma melhoria contínua da qualidade e a segurança do doente, o enfermeiro deverá ser capaz de analisar os resultados da assistência prestada para reformular estratégias de cuidado (Silva, Salles, Nascimento, Bertocello, & Cavalcanti, 2014).

No regulamento n.º 429/2018, salienta que o enfermeiro EMC “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018). Este deve considerar o risco de infeção relacionados com complexidade da situação e diferenciação dos cuidados exigidos pelos doentes em situação crítica e/ou falência orgânica, dado a panóplia de recursos a medidas invasivas, diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida, mantendo eficazmente a prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018).

A prevenção da PAV deve ser realizada através de medidas farmacológicas e não farmacológicas que foquem nos fatores de risco modificáveis (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014).

O uso de feixes de intervenção ou *bundles* têm vindo a ser adotados na prevenção da PAV, com resultados positivos (Silva, Salles, Nascimento, Bertocello, & Cavalcanti, 2014). Entende-se por *bundles* ou “feixes” «um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.» Este conjunto de “Feixes de intervenções” permite que os doentes recebam tratamentos farmacológicos e não farmacológicos recomendados com base nas mais recentes evidências (DGS, 2017).

Estas intervenções são necessárias e devem ser aplicadas em conjunto pois o resultado poderá não ser o mesmo. Trata-se, assim, de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas para que o objetivo seja atingido (DGS, 2017).

Seguindo as recomendações internacionais (CDC, 2003), a DGS (2017) recomenda a implementação das seguintes intervenções de forma integrada:

Tipo de intervenção	Nível de evidência
Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico	Categoria IA
Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico	Categoria IA
Manter a cabeceira da cama em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico	Categoria IIbA
Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico	Categoria IIA
Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes	Categoria IA
Manter pressão do balão do tubo orotraqueal entre 20 e 30 cmH ₂ O	Categoria IIC

De forma a alcançar a qualidade pretendida e promover a segurança do doente com VM, a aplicação dos *bundles* é fundamental e deve estar em conformidade e aplicada por todos os profissionais

A formação e vigilância contínua consideram-se ferramentas eficientes para o alcance da eficácia das práticas de prevenção da PAV. A qualidade dos cuidados prestados refletirá na redução dos casos de PAV. O poder destes feixes de intervenção está dependente da formação dos profissionais das unidades, a realização de auditorias periódicas, da comunicação dos indicadores de processo e dos resultados de retorno aos profissionais (Silva, Salles, Nascimento, Bertoncetto, & Cavalcanti, 2014; DGS, 2017).

As medidas de prevenção para a PAV concentram-se nos fatores de risco modificáveis que proporcionam uma redução do risco associado à TOT e da contaminação das vias áreas inferiores por microaspiração por agentes patogénicos. Como medidas de prevenção temos a avaliação da necessidade de entubação ou a continuação de VM mecânica, uso de tubos orotraqueais e orogástricos, desmame ventilatório associado à redução da sedação, uso único de circuito de

ventilação por doente, uso preferencial de TOT com manguito de poliuretano (revestimento antibacteriano), aspiração de secreções subglóticas, posicionamento do doente com elevação da cabeceira pelo menos a 30°, prevenção de transferências intra-hospitalares desnecessárias, uso de anti-sépticos orais, boas práticas de higiene por parte das equipas de saúde e desinfeção de ambientes hospitalares e de dispositivos médicos (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014).

Atualmente, existem estudos sobre novas medidas preventivas a decorrer, sendo uma medida preventiva futura o desenvolvimento de novos tubos orotraqueais. Verifica-se um esforço notável pelas comunidades médicas no desenvolvimento de novos métodos e medidas para reduzir a incidência da PAV. A implementação das estratégias preventivas têm um impacto na redução da incidência da PAV mas esta continua a ser uma doença nosocomial difícil de controlar e com taxas de mortalidade e morbidade altas como custos para as instituições de saúde (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014).

4. CONCLUSÃO

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) define que este é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 140/2019).

As UCI são unidades que possuem um ambiente específico e altamente especializado e tecnológico, o que exige por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, conhecimentos teórico-práticos baseados nas mais recentes evidências que permitam responder às necessidades de cuidados ao doente em situação crítica e à sua família (Macedo APMC, 2016).

A descrição do presente documento possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre as competências exigidas a um enfermeiro especialista e a importância do seu papel na sociedade em constante evolução e modernização que exige cada vez mais cuidados especializados em saúde.

Durante a procura de documentação de suporte foquei-me: na patogénese, fatores de risco e, sobretudo, do conjunto de feixes de intervenção preconizado tanto a nível internacional como nacional, baseando-me em estudos dos últimos cinco anos.

Considero que os objetivos específicos formulados para o trabalho foram atingidos, através do desenvolvimento do presente documento.

As dificuldades sentidas ao longo da realização deste trabalho deveram-se aos múltiplos artigos e estudos desenvolvidos que se focam nas cinco intervenções preconizadas e na dificuldade de desenvolver mais medidas para a redução da PAV. Mas sobretudo dificuldade em encontrar estudos sobre a importância dos cuidados de enfermagem na redução da PAV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegranzi, B. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: a systematic review of the literature*. WHO Patient Safety Programme. Geneva: WHO.
- CDC. (2003). *Guidelines for preventing HealthCare-associated pneumonia*. Obtido em 28 de 10 de 2019, de Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare Infection Control practices advisor Committee: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/healthcare-associated-pneumonia-H.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (30 de 05 de 2017). Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. *Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*.
- ECDC. (Outubro de 2019). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units 2017*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Lebre, A. I., Alves, A., Félix, A. M., Tavares, D., Noriega, E., Neves, I., . . . Pacheco, P. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Macedo APMC, M. C. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 826-832.
- Ministério da Saúde. (2003). *Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Oliveira, J., Zagaloa, C., & Cavaco-Silva, P. (2014). Prevention of ventilator-associated pneumonia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(3), 152-161.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (Agosto de 2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva*. (SNS, Ed.) Obtido em 2 de 11 de 2019, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Parecer n.º 15/2018 de 2 de Junho de (2018). Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2.ª série, N.º 26*, pp. 4744-4750.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho de (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República 2.ª série, N.º 135*, pp. 19359-19370.

Silva, S., Salles, R., Nascimento, E., Bertocello, K., & Cavalcanti, C. (Jul-Set de 2014). Avaliação da conformidade de cuidados que integram um bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 744-750.

Souza, P. R., Andrade, D. d., & Cabral, D. B. (2014). Endotracheal Tube Biofilm and Ventilator-Associated Pneumonia With Mechanical Ventilation. *Microscopy Research and Technique*, 77, pp. 305-312.

Torres, A., Niederman, M. S., & Chastre, J. C. (2017). International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. *European Respiratory Journal*, 50:1700582, 1-26.

Weiss, E. W., Essaied, W., Adrie, C., Zahar, J.-R., & Timsit, J.-F. (2017). Treatment of severe hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: a systematic review of inclusion and judgment criteria used in randomized controlled trials. *Critical Care*, 21(162), pp. 1-12.

APÉNDICE

APÊNDICE I - TAXAS DE PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO ADQUIRIDA EM UCI POR PAÍS / REDE, UE / EEE

Country/Network	Number of ICUs	Number of patients	Average length of ICU stay (days)	Intubation use (days per 100 patient-days)	Intubation-associated pneumonia rate (episodes per 1 000 intubation-days)			
					Country mean	25th percentile	Median	75th percentile
Belgium	3	614	8.6	34.5	20.1	8.0	10.7	27.4
Estonia	4	309	12.1	60.4	4.3	2.9	3.5	4.9
France	198	68 568	11.1	51.0	14.4	10.2	13.3	17.8
Hungary	8	797	9.6	70.2	15.0	8.2	13.7	18.9
Italy/GiVITI	63	13 950	9.8	57.8	6.0	2.3	5.3	8.9
Italy/SPIN-UTI	27	1 483	11.4	66.5	12.6	4.0	10.8	19.4
Lithuania	22	2 279	8.5	42.7	12.3	0.0	12.6	22.1
Luxembourg	8	2 043	9.8	31.6	2.3	0.0	2.1	4.2
Portugal	43	7 361	11.5	61.1	7.2	3.9	5.7	8.2
Slovakia	8	387	9.3	61.2	7.4	0.0	5.2	12.9
Spain	183	34 119	7.8	39.6	5.1	0.0	3.3	7.0
United Kingdom – Scotland	22	8 729	7.3	55.9	3.6	1.1	2.6	4.5

Source: ECDC, HAI-Net patient-based data 2017
 Percentiles: distribution of incidence per ICU

Tabela I - Taxas de pneumonia associada à intubação adquirida em UCI por país / rede, UE / EEE, 2017 (ECDC, 2019)

APÊNDICE II – GRÁFICO SOBRE A EVOLUÇÃO DA DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PAV EM PORTUGAL

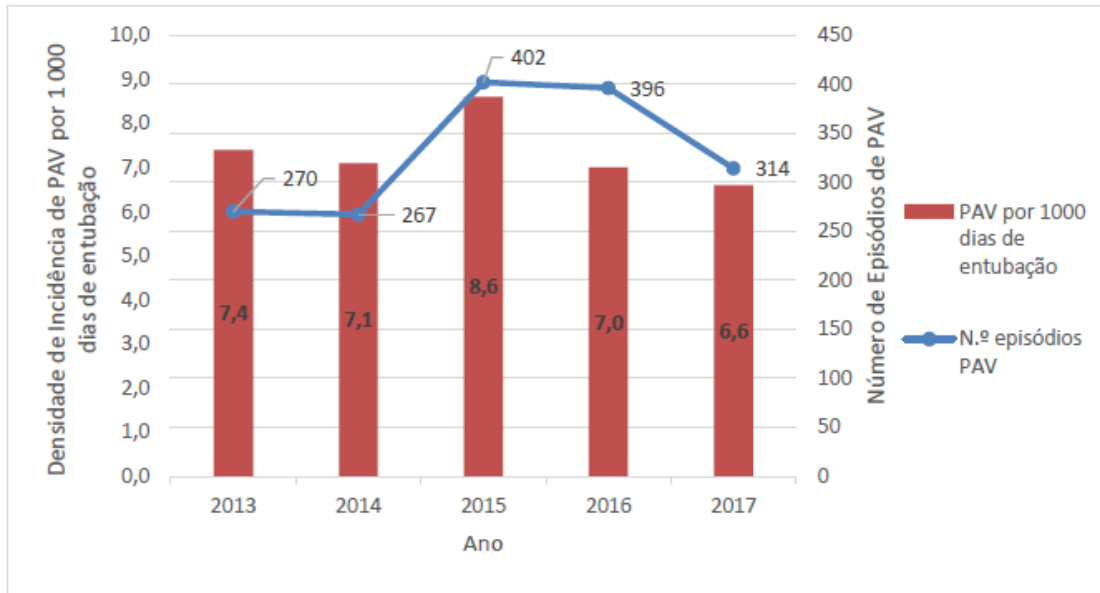


Gráfico I - Evolução da Densidade de Incidência de PAV e o número de episódios de PAV nas unidades de cuidados intensivos monitorizadas entre 2013 e 2017. (Lebre, et al., 2018)

APÊNDICE III - NÚMERO DOS DEZ MICRORGANISMOS MAIS FREQUENTEMENTE ISOLADOS NOS EPISÓDIOS DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA UCI, POR PAÍS, UE / EEE

Microorganism	Belgium (n=82)	Estonia (n=11)	France (n= 6 216)	Germany (n= 5 069)	Hungary (n=37)	Italy (n=811)	Lithuania (n=23)	Luxembourg (n=25)	Portugal (n=442)	Romania (n=420)	Slovakia (n=30)	Spain (n= 546)	United Kingdom (n=111)	Total (n=14 033)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	17.1	9.1	23.1	16.1	32.4	19.4	14.6	20.0	29.2	23.3	33.3	24	7.2	19.9
<i>Staphylococcus aureus</i>	12.2	0.0	18.0	19.8	8.1	20.1	13.3	24.0	13.8	8.6	3.3	18.9	30.6	18.5
<i>Klebsiella spp.</i>	13.4	27.3	11.5	18.2	16.2	17.6	27	20.0	19.7	21.9	36.7	13.2	9.0	15.2
<i>Escherichia coli</i>	20.7	18.2	12.2	16.3	13.5	9.7	6.9	16.0	5.2	6.4	3.3	11.0	18.9	13.5
<i>Enterobacter spp.</i>	3.7	45.5	13.0	9.4	5.4	6.5	5.6	4.0	9.7	0.2	0.0	10.1	5.4	10.4
<i>Serratia spp.</i>	9.8	0.0	4.7	7.1	2.7	3.3	2.1	4.0	5.7	0.0	0.0	6.8	4.5	5.3
<i>Haemophilus spp.</i>	9.8	0.0	5.6	3.4	2.7	3.3	3.9	4.0	6.3	0.0	0.0	4.2	20.7	4.5
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	8.5	0.0	5.6	3.9	0.0	3.1	1.3	4.0	3.4	0.0	0.0	5.7	0.9	4.5
<i>Acinetobacter spp.</i>	0.0	0.0	2.7	1.5	16.2	14.7	16.7	4.0	4.3	39.5	20.0	4.6	1.8	4.5
<i>Proteus spp.</i>	4.9	0.0	3.6	4.4	2.7	2.2	8.6	0.0	2.7	0.0	3.3	1.6	0.9	3.8

n = number of isolates

Source: ECDC, HAI-Net patient-based and unit-based data, 2017. Italy: data from both networks; United Kingdom: data from UK-Scotland only

Tabela 2 - Número dos dez microrganismos mais frequentemente isolados nos episódios de pneumonia adquirida na UCI, por país, UE / EEE, 2017 (ECDC, 2019)

APÊNDICE IV – FATORES DE RISCO DA PAV

Risk factors of VAP related with the host	Risk factors of VAP related with hospitalization process	Risk factors of VAP related with drug therapy
<ul style="list-style-type: none"> - Advanced age - Burns - Chronic or preexisting pulmonary disease (tuberculosis, chronic obstructive pulmonary disease,^b bronchiolitis) - Cigarette smoking - Coma - Gastric colonization - Immunosuppressive disease^a - Impaired consciousness - Male gender - Malnutrition - Neurological/neuromuscular disease - Organ failure - Oropharynx colonization - Post-operative acute respiratory failure - Post-surgical - Post-traumatic - Septicemia - Sinusitis - Trauma^c - Underlying disease, and its severity 	<ul style="list-style-type: none"> - Bronchoscopy - Emergency intubation^b - Endotracheal intubation - Enteral nutrition - Frequent changes of the ventilator circuit - Gastric aspiration^b - High frequency of antibiotic resistance in the hospital unit where the patient is hospitalized^a - Hospitalization \geq 5 days^a - Long-term hospital and ICU length of stay. - Long-term intubation - Mechanical ventilation - Multiple central venous lines^b - Nasogastric tube - Re-intubation^c - Supine body position - Thoracic surgery - Tracheostomy^c - Transportation from ICU to other hospital sites 	<ul style="list-style-type: none"> - Antacids^c - Antibiotic therapy in the previous 90 days^a - Excessive sedation - H2-receptor antagonists - Immunosuppressive drugs (corticosteroids)^a - Intravenous sedatives^b - Neuromuscular blockers - Prior exposure to antibiotics, particularly to third-generation cephalosporins - Proton pump inhibitors - Red blood cells transfusions (immunomodulatory effects) - Stress ulcer prophylaxis
<p>^a Risk factor for multidrug-resistant pathogens.</p> <p>^b Specific risk factors of early-onset VAP.</p> <p>^c Specific risk factors of late-onset VAP.</p>		

Tabela 3 - Fatores de risco PAV (Oliveira, Zagaloa, & Cavaco-Silva, 2014, p. 154)

APÊNDICE V - SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTEMENTE USADOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NO HOSPITAL / PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR (PAH / PAV)

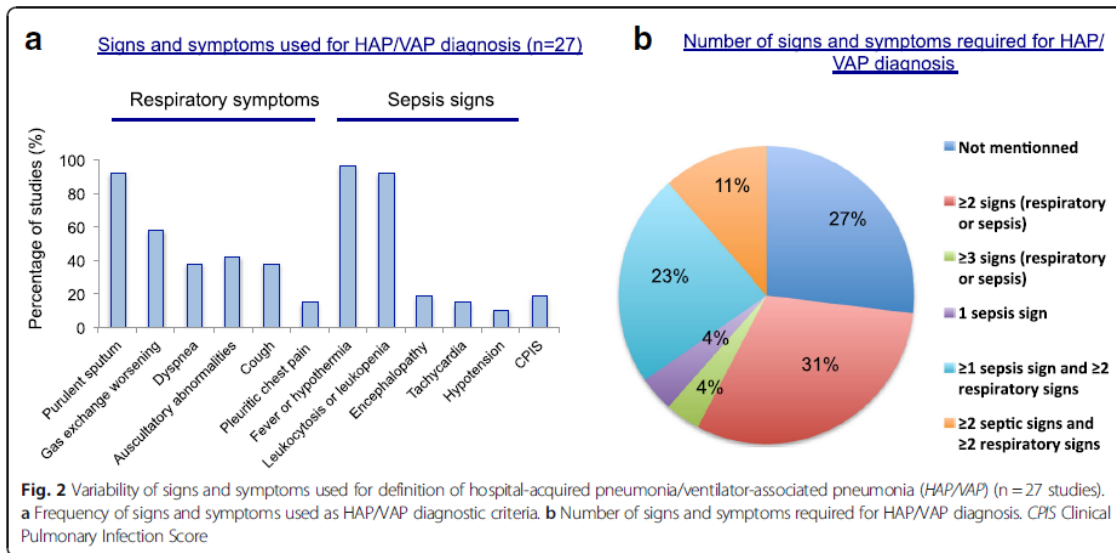


Gráfico 2 - Sinais e sintomas mais frequentemente usados para a caracterização da pneumonia adquirida no hospital / pneumonia associada ao ventilador (PAH / PAV) (Weiss, Essaied, Adrie, Zahar, & Timsit, 2017)

APÊNDICE II – O papel do enfermeiro e as implicações socio-psico-físicas em situação de exceção



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**O papel do enfermeiro e as implicações socio-psico-físicas em
situação de exceção.**

Estudante: Mafalda Sofia Tavares Silva

Porto, 9 de janeiro de 2020

ÍNDICE

ÍNDICE.....	117
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	119
INTRODUÇÃO.....	121
1. A REALIDADE DOS NOSSOS DIAS.....	123
2. O PAPEL DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO.....	125
3. O IMPACTO DO TRABALHO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO NO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	127
4. Metodologia.....	129
4.1. Método.....	131
4.1.1. Participantes.....	131
4.2. Resultados.....	131
4.3. Discussão.....	133
4.4. Limitações do estudo.....	134
CONCLUSÃO.....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXOS.....	141
ANEXO I – QUESTIONÁRIO.....	143
APÊNDICE.....	150
APÊNDICE I – TLEQ: TRAUMATIC LIFE EVENTS QUESTIONAIRE.....	152

SIGLAS E ABREVIATURAS

BO – Burnout

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

INTRODUÇÃO

O mundo tornou-se cada vez mais complexo e o número e grandeza das catástrofes tem vindo a aumentar. As mudanças climáticas, os conflitos humanos e as doenças infecciosas são intervenientes num cenário de saúde em rápida evolução, desencadeando um número cada vez mais crescente de eventos de exceção. Uma força de trabalho importante são os profissionais de enfermagem. Estes possuem conhecimentos, perícia e habilidades para responder a qualquer tipo de catástrofe e situações de exceção, emergência de saúde pública em larga, em tempo útil e de maneira apropriada (Veenema, et al., 2017).

Um doente em estado crítico é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Assim, os cuidados ao doente crítico são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua” de forma a manter estabilidade hemodinâmica e outras “funções básicas de vida”, tendo sempre a prevenção de complicações e eventos adversos em atenção, como a limitação de incapacidades, promovendo a recuperação total. (Regulamento n.º429/2018, p.19363).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) tendo o doente e a respetiva família como alvos da sua atenção, tem de ser capaz de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção consoante as necessidades destes. Também lhe é exigido capacidade para detetar precocemente, estabilizar, manter e recuperar, vigiar, monitorizar e administrar terapêutica com vista à prevenção de complicações e eventos adversos, como promoção da saúde e prevenção da doença (Regulamento n.º429/2018).

Segundo este regulamento (2018), as competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica são:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à

complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (p. 19359)

Para a realização deste trabalho foram elaborados os seguintes objetivos:

- Refletir sobre o papel do profissional de enfermagem em situações de exceção;
- Refletir sobre o impacto do trabalho em situações de exceção no profissional de enfermagem;
- Sensibilizar os profissionais para a importância de protocolos e procedimentos de apoio para os profissionais de enfermagem nas situações de exceção.

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada é descritiva, reflexiva, expositiva e baseada em revisão de literatura. Como suporte na elaboração deste documento, recorri a autores de referência que fundamentam os dados obtidos e os resultados, de forma a conhecer a realidade ao nível da base da SIV.

O trabalho encontra-se estruturado em capítulos. O primeiro refere-se a realidade atual, o segundo capítulo sobre a importância do enfermeiro em situações de exceção, o terceiro capítulo é sobre o impacto do trabalho em situações de exceção no profissional de enfermagem, seguindo-se a revisão realizada e apresentação das conclusões finalizando com a conclusão. As referências bibliográficas utilizadas foram elaboradas segundo a Norma APA 6ª Edição. Por último, são apresentados os Apêndices, que correspondem aos trabalhos elaborados durante o estágio e que complementam a descrição das atividades desenvolvidas na prática.

I. A REALIDADE DOS NOSSOS DIAS.

Diariamente ocorrem catástrofes e situações de exceção com um impacto significativo em indivíduos, famílias e comunidades. Seja o evento um incêndio habitacional afetando apenas uma família ou um tsunami que destrói uma comunidade, pode-se dizer que a qualidade de vida está ameaçada (WHO & ICN, 2009). Nas últimas décadas verificou-se que inundações e tempestades são o principal tipo de catástrofe provocados por fatores naturais, a nível mundial - embora este número seja superior ao nível das secas e temperaturas extremas (Fisher, et al., 2018).

As catástrofes são classificadas como "naturais" e "tecnológicas" (provocados pelo Homem). Catástrofes naturais incluem tempestades, como furacões e ciclones, inundações, terremotos, situações extremas de calor e frio, tsunamis, erupções vulcânicas, pandemias e fome. Catástrofes tecnológicas incluem acidentes por veículos de transporte, biológicos e radiológicos, além das ações de terrorismo. (WHO & ICN, 2009). Independentemente do tipo de catástrofe, estas influenciam a infraestrutura de uma comunidade como a água, transporte, comunicação, serviços públicos como assistência à saúde e aumentar os custos financeiros, levando a um impacto financeiro dos países. As catástrofes sobrecarregam os serviços, incluindo serviços sociais, serviços hospitalares e de emergência, como polícia e bombeiros. Estes eventos provocam danos físicos e psicológicos nos indivíduos. Ao longo destes anos, a experiência demonstrou que é necessária uma intervenção rápida para lidar com questões psicológicas tanto das vítimas como dos intervenientes. A não intervenção pode levar a danos físicos a longo prazo ou problemas de saúde mental (WHO & ICN, 2009).

Para minimizar possíveis consequências, é fundamental a preparação e existência de indivíduos qualificados e prontos para responder a catástrofes, tanto na preparação como na recuperação destas. No entanto, a preparação (simulacros) é fragmentado ou não existe. Nestes últimos anos, várias organizações e associações tem vindo a abordar esta questão, desenvolvendo competências para descrever o papel dos intervenientes e desenvolvendo programas especializados de educação e preparação. Sendo um dos maiores grupos de profissionais de saúde, os enfermeiros devem desenvolver competências para dar resposta e ajudar na recuperação após as catástrofes ou situações de exceção. Assim, a educação na área da emergência e catástrofe é fundamental para todos os enfermeiros (WHO & ICN, 2009).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), considera-se situação de exceção “todas as ocorrências naturais ou provocadas pelo homem, por vezes com elevado número de vítimas, onde exista desequilíbrio entre as necessidades de socorro e os recursos disponíveis”. Este desequilíbrio condiciona a “atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento” (OE, 2018).

As catástrofes e as situações de exceção são acontecimentos imprevisíveis que levam à procura súbita dos cuidados de saúde urgentes, podendo esgotar os recursos hospitalares. Perante esta possibilidade e tendo em conta que as unidades de saúde funcionam diariamente no limite das suas capacidades, é fundamental a existência de um plano de emergência nas instituições, que seja dinâmico, alvo de treino e avaliações constantes, para uma resposta adequada com o mínimo de dados possíveis.

2. O PAPEL DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

Segundo a Hay & Mimura (2010) citado em Veenema, et al., 2016, na década passada verificou-se um aumento exponencial na frequência e intensidade de eventos naturais como alterações climáticas, doenças tecnológicas, infecciosas e desastres causados pelo Homem. Sendo a classe de enfermagem o maior grupo nos serviços de saúde, pode-se afirmar que a eficácia de resposta do sistema de saúde a uma emergência ou catástrofe é dependente da capacidade de trabalho desta classe. Os enfermeiros devem estar preparados para responder a qualquer tipo de catástrofe e situação de exceção. Estes profissionais colaboram diariamente com outros profissionais de saúde e trabalham em parceria com outros sistemas, doentes e respetivas famílias para melhorar os resultados em saúde da população (Veenema, et al., 2016).

Globalmente, o papel fundamental dos enfermeiros em situações de exceção e catástrofe é reconhecido. Também lhes é exigido rapidez e eficácia nas respostas. Muitos líderes consideram que a educação e preparação como uma necessidade vital (Veenema, et al., 2016).

Num projeto desenvolvido por peritos na área, os objetivos seriam desenvolver uma visão para o futuro da enfermagem em catástrofe, identificar as barreiras e os facilitadores para alcançar a visão e desenvolver recomendações para a prática, educação, política e pesquisa (Veenema, et al., 2016). Para criar uma força de trabalho nacional de enfermagem com o conhecimento, perícia e habilidades para responder a catástrofes e a situações de exceção de forma rápida e eficaz. O grupo propôs que, idealmente, os enfermeiros deveriam:

- Possuir conhecimentos base e habilidades mínimas sobre como dar resposta a catástrofes e preparação para situações de emergência;
- Responder diretamente ou fornecer suporte indireto durante um evento de catástrofe ou situação de exceção;
- Promover a preparação entre os indivíduos aos seus cuidados, famílias e comunidades e dentro das organizações que representam;
- Demonstrar compromisso com preparação participando no planeamento da prevenção e intervenção em catástrofes, exercícios na sua área de especialidade ou fora dela como no seu meio ambiente ou fora dele (Veenema, et al., 2016).

Esta visão baseia-se na ideia de que os enfermeiros possuem conhecimentos base e conjunto de habilidades com as quais são capazes de promover a segurança dos seus doentes e famílias ou pelo menos minimizar danos que possam ocorrer. Reconhece-se a capacidade de liderança e outras habilidades que os enfermeiros podem trazer num evento de exceção. Essa força de trabalho inclui os enfermeiros que cuidam de indivíduos, famílias e comunidades e os seus esforços baseiam-se na preparação para uma catástrofe a nível nacional como uma resposta a nível local (Veenema, et al., 2016).

3. O IMPACTO DO TRABALHO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO NO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

As catástrofes e situações de exceção podem afetar negativamente a saúde física e mental das vítimas pela falta de segurança; violência baseada no género; falta de acesso a bens e serviços básicos, incluindo serviços de saúde; separação familiar; abuso, negligência e exploração de pessoas vulneráveis e discriminação. Os desafios sociais apresentados pelas catástrofes e situações de exceção colocam os indivíduos em grande risco de sofrer problemas de saúde mental e psicossociais e o apoio a estes é fundamental (ICN, 2019).

Profissionais qualificados para a implementação de planos e estratégias locais, nacionais, regionais e globais de redução de riscos é necessário. Os enfermeiros desempenham um papel importante em todas as fases destes eventos. O conhecimento sobre os recursos existentes na comunidade, sobre as necessidades das populações vulneráveis, o planeamento do trabalho em saúde, o conhecimento e a habilidades clínicas permitem que estes cumpram um papel estratégico na promoção e cooperação dos setores sociais e de saúde, agências governamentais e organizações não-governamentais, tornando-os importantes durante a prevenção, resposta e recuperação após a catástrofe e situações de exceção (ICN, 2019).

O cuidar de doentes de trauma diariamente pode ser gratificante, no entanto este contacto a longo prazo pode ser desgastante a vários níveis. A exposição repetida a doentes com lesões traumáticas em ambientes de alto risco de stresse aumenta o risco destes enfermeiros desenvolverem burnout (BO), fadiga e stresse pós-traumático secundário (Hinderer, et al., 2014).

O BO define-se como uma exaustão emocional, despersonalização, atitudes negativas em relação aos doentes e diminuição do sentimento de realização pessoal e profissional. Dada a natureza do trabalho de enfermagem e a exposição à doença de outros, leva ao desenvolvimento desta patologia (Hinderer, et al., 2014). O cuidar de doentes com lesões traumáticas, devido a acidentes de carro, crimes violentos e outros ferimentos aumenta o risco de desenvolver stresse pós-traumático (Hinderer, et al., 2014).

Segundo Karkar et al. citado em Munnang et al., 2018, como resultado da exposição prolongada a ambientes de stresse no trabalho, a resposta de doentes em situação de risco de vida, ao

sofrimento emocional do doente e respetiva família, os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de esgotamento comparativamente a outros profissionais de saúde. O BO, stresse e a insatisfação laboral dos profissionais de enfermagem são subestimados pelas chefias (Munnang, Dupiton, Boutin, & Angus, 2018).

Assim, é imperativo estabelecer planos para proporcionar oportunidades e ferramentas para que estes profissionais consigam criar estratégias para enfrentar as dificuldades sentidas e a levar uma vida profissional mais saudável (Munnang, Dupiton, Boutin, & Angus, 2018).

Segundo Brooks et al., 2015, as equipas destacadas para dar resposta a situações de crise e apoio essencial às populações locais, podem ver o trabalho no exterior de maneira positiva mas alguns podem regressar com problemas psicológicos. O *Health and Safety Executive* (HSE, 2019) identificou seis fatores principais de stresse no local de trabalho: exigências de trabalho; controlo sobre o trabalho; falta de informação e suporte; problemas relacionais com colegas; falta de compreensão sobre o seu papel e responsabilidades e mudança de organização. Estes fatores podem afetar os funcionários em geral e o seu bem-estar psicológico.

As diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2009) para o bem-estar mental dos funcionários salienta a importância de promover uma cultura de participação, igualdade e justiça; trabalho flexível; gestão que promova um estilo de comunicação aberta e fornecimento de regular feedback. Perceber quais o fator favorável ou prejudicial ao bem-estar psicológico dos intervenientes é essencial para posteriormente preparar de forma adequada para novos desafios. Para enfrentar e ajudar a minimizar a exposição aos fatores negativos, deve-se desenvolver intervenções para dar resposta às necessidades durante e após a implementação (Brooks, et al., 2015). Em suma, existem fatores relevantes e passíveis de modificação: exigências constantes, recursos limitados, falta de preparação, liderança fraca e redes de apoio insuficiente (Brooks, et al., 2015).

Para os profissionais de emergência médica, a exposição direta a eventos traumáticos é inevitável. A prevenção, preparação e apoio recebido durante e após os eventos pode ser melhorada. Estudos anteriores sugerem que a preparação e apoio são de particular importância, e ambos podem ser melhorados através de uma boa liderança (Brooks, et al., 2015).

4. Metodologia

A exposição a eventos potencialmente traumáticos é associada a um sofrimento psicológico e emocional significativo. Um evento é considerado traumatizante se a pessoa que experiencia, testemunha ou confronta uma situação que envolve morte real, ameaça ou ferimentos graves a si próprio ou a outros, levando a uma resposta de medo, desamparo ou horror (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004).

Dado o trabalho dos profissionais de enfermagem no Pré-Hospitalar e estando estes expostos a vários eventos, achei pertinente perceber se estes profissionais sentem que estão preparados socio-psico-fisicamente para enfrentar situação de exceção.

Para tal, elaborei um questionário composto por 21 itens que descrevem as características dos diferentes tipos de situações de exceção, a preparação necessária para atuar e como o profissional pode ser afetado, pretendendo avaliar o ambiente da prática dos Enfermeiros em situação de exceção. Na elaboração do questionário realizei pesquisa e baseei-me no questionário TLEQ: *Traumatic Life Events Questionnaire* (ver Apêndice I). Como escala de avaliação, a escolhida foi a Escala de Likert.

Este questionário destinou-se apenas aos quinze enfermeiros da base da SIV onde realizei o estágio. Este foi disponibilizado em formato digital e enviado individualmente a todos os profissionais de enfermagem que exercem funções nesse meio. A confidencialidade foi garantida e o uso dos dados recolhidos foi exclusivo para o presente estudo, sendo garantido o anonimato. A participação dos profissionais foi voluntária e em qualquer altura, poderiam recusar a participação neste estudo. O acesso ao questionário foi permitido entre o dia 3 de dezembro de 2019 e 6 de janeiro de 2020 (ver Anexo I).

Para a recolha de dados, foi realizada uma pesquisa através da base de dados, nomeadamente: CINAHL® Plus with Full Text, MEDLINE® with Full Text, Complementary Index, Business Source Complete, presentes na EBSCOHost web; SciELO - Scientific Electronic Library Online e no RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Os termos utilizados foram “major events”, “disaster”, “preparedness or response” e “nursing care” (descritores classificados).

O diagrama de Prisma (Figura 1) ajuda a clarificar como foi realizada a pesquisa e o fluxograma apresentado ilustra como foi feita a seleção nas diferentes fases.

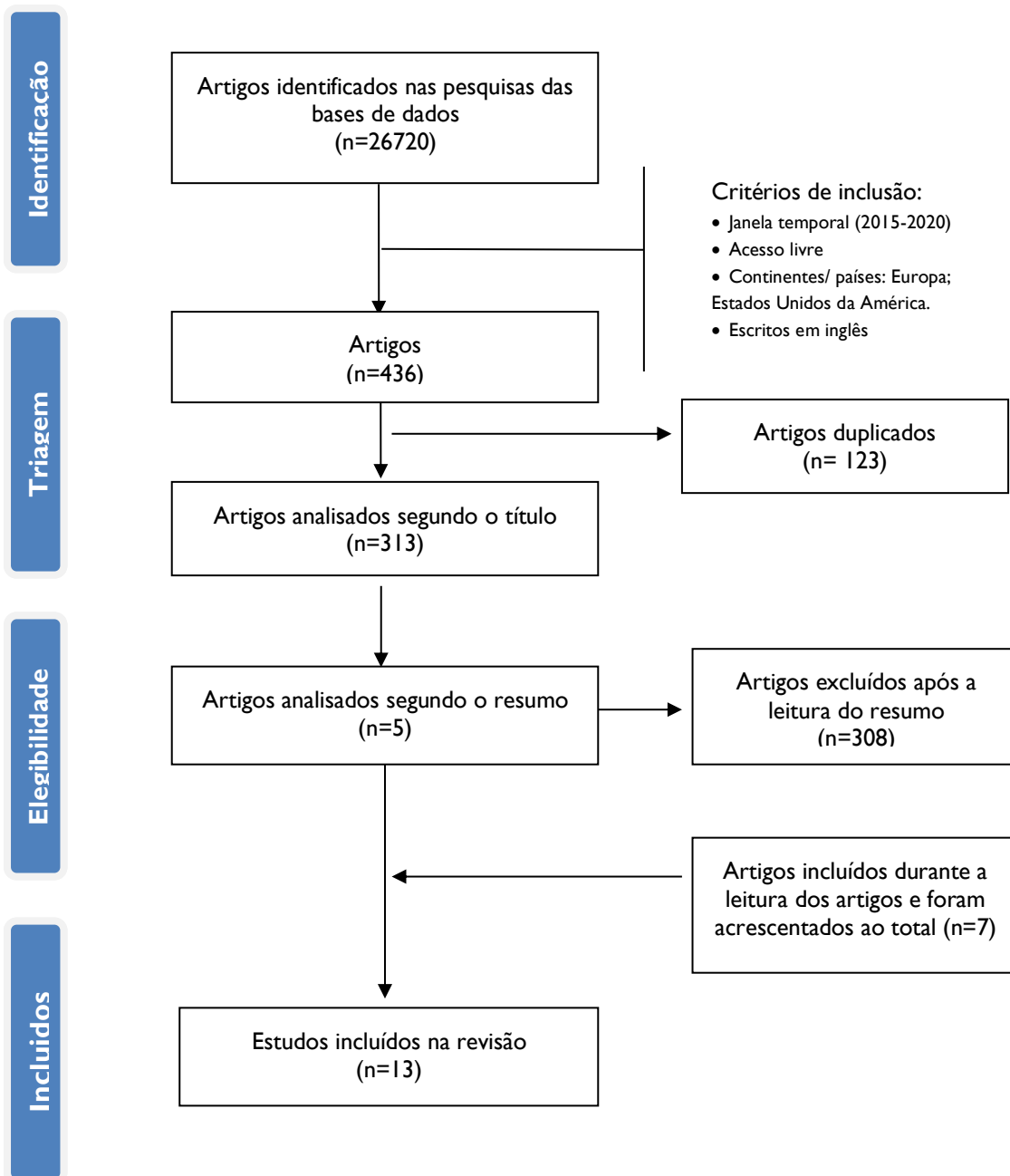


Figura 1 – Diagrama PRISMA

Aplicando os critérios de inclusão (período temporal 2015-2020, publicados na Europa e Estados Unidos da América, escritos em inglês) obtive 436 artigos. Após a leitura do título e do resumo e remoção dos artigos duplicados foram excluídos 431 artigos.

Com a inclusão de mais sete artigos e após a leitura integral do estudo, ficando com 13 artigos para o estudo.

4.1. Método

4.1.1. Participantes

O questionário foi enviado aos enfermeiros da delegação da SIV, num total de 15 profissionais. Dos 15 apenas 7 profissionais responderam ao questionário, representando aproximadamente 47% dos participantes.

4.2. Resultados

Dos participantes, 71.4% são do sexo feminino e 28.6% do sexo masculino. Destes 42.9% estão na faixa etária 30-35 anos, 42.9% estão na faixa etária 35-40 anos e 14.3% estão na faixa 40-45 anos.

Dos 47% dos participantes, 85.7% teve contacto com situação de exceção (correspondendo a 6) e 14.3% não teve contacto com situação de exceção.

Destes 85.7%, 50% responderam que tiveram em contacto com mais de 10 vítimas e outros 50% entre 1 a 3 vítimas.

Relativamente ao tipo de evento experienciado, os resultados foram os seguintes:

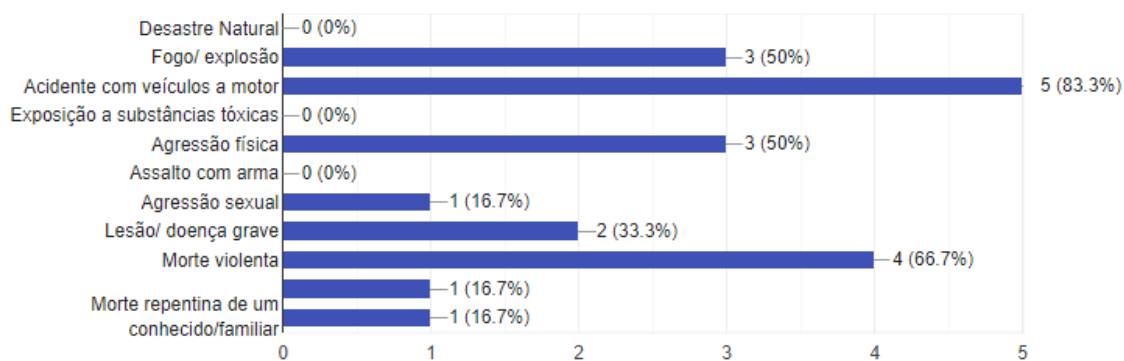
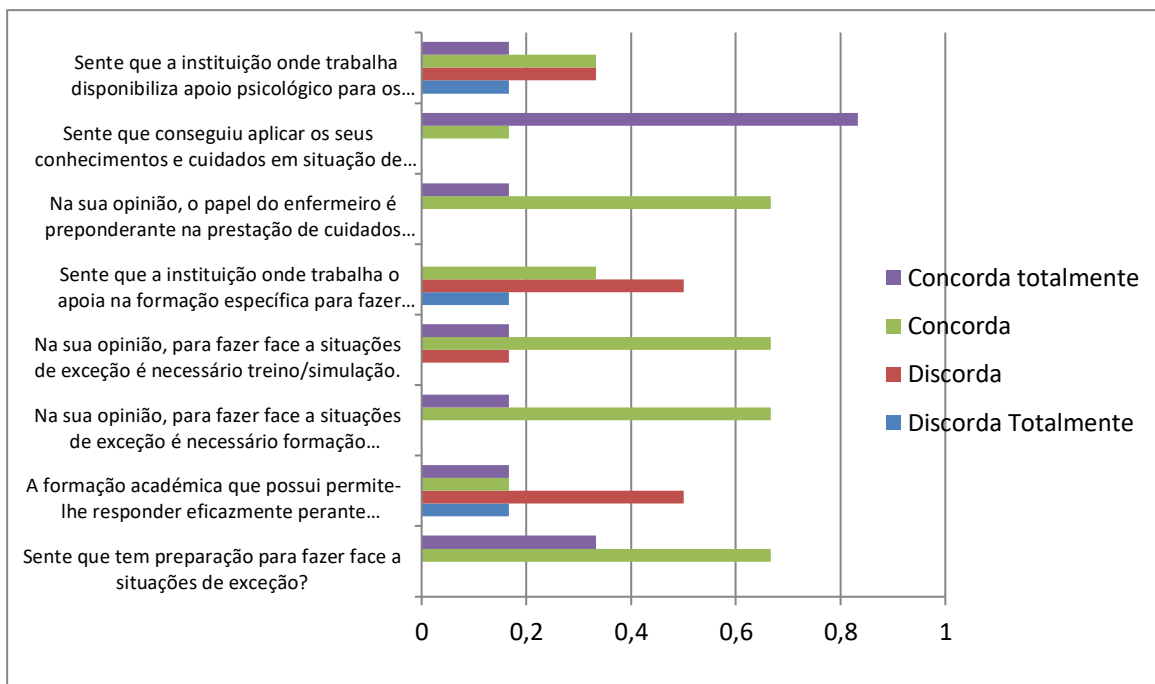
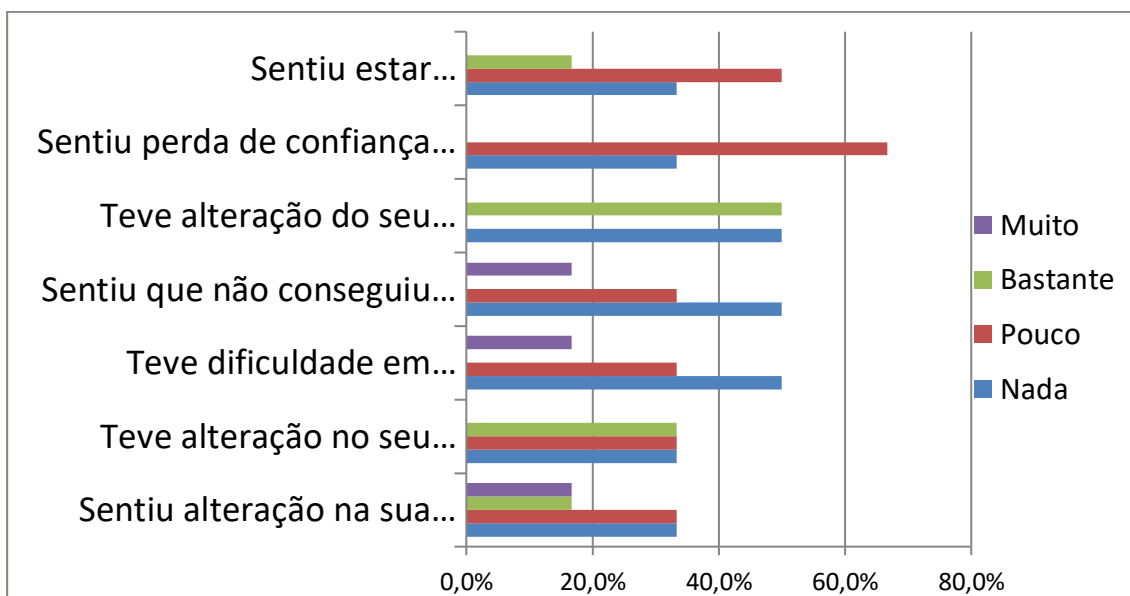


Tabela 1 – Tipo de evento

Relativamente às respostas anteriores, foi pedido que cada um indicasse o grau de concordância com as afirmações apresentadas. Os resultados obtidos foram os seguintes:



Seguidamente, foi pedido a cada participante que respondesse conforme o que sentiu após a situação de exceção que vivenciou. Os resultados obtidos foram:



4.3. Discussão

Relativamente aos resultados sobre o tipo de evento, os acidentes com veículos a motor (83.3%), morte violenta (66,7%), fogo/explosão e agressão física (50%) foram os mais experienciados. A maioria dos eventos com múltiplas vítimas que ocorrem em países desenvolvidos são acidentes rodoviários, industriais, entre outros, e cada vez em maior número (WHO, 2007).

Dos participantes, 66,7% afirma sentir-se preparado para fazer face a este tipo de situações, 50% dos participantes sente que a formação académica que possui não permite responder eficazmente e 66,7% concorda ser necessária formação específica na área os enfermeiros são determinantes como profissionais para respostas rápidas em situações de exceção. Dada a frequência de catástrofes, estes profissionais estão numa posição única para atuar durante estes eventos (Olchun & Krutz, 2012). A própria natureza do treino que os prepara para avaliação exaustiva e rápida implementação de intervenções são necessárias em campo. Para que as intervenções dos enfermeiros sejam eficazes neste tipo de situação, os programas educacionais em enfermagem e os programas de treino e preparação precisam de incorporar planos e diretrizes para intervenções pré-hospitalares nos currículos (Olchun & Krutz, 2012). Como preparação, os exercícios e as simulações são formas eficazes de aprendizagem e deve ser incorporado nos planos. O treino deverá ser avaliado de forma regular, para garantir a qualidade e ajustar os programas se necessário (WHO, 2007).

No apoio por parte da instituição à formação específica, 50% não sente esse apoio. Para haver uma redução, resposta e recuperação após situação de catástrofe e exceção, é necessário a criação de programas educacionais, de acordo com as necessidades locais, e disponibilidade de oportunidades de formação contínua para garantir bases sólidas de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e estrutura ética (ICN, 2019). Cada unidade de saúde deve avaliar a sua capacidade, planejar e elaborar protocolos para dar resposta a situações de exceção, como um plano detalhado de treino e educação contínua para todos os profissionais. Esse plano deve-se basear numa análise da capacidade existente e financiamento adequado para garantir sua sustentabilidade ao longo prazo (WHO, 2007).

Dos participantes, 66,7% afirma que o papel dos enfermeiros é preponderante na prestação de cuidados em situação de exceção e 83,3% conseguiu aplicar os seus conhecimentos.

No apoio psicológico por parte da instituição, as respostas divergem: 16,7% discorda totalmente, 33,3% discorda contra 33,3% que concorda e 16,7% que concorda totalmente. O trabalho dos profissionais de cuidados de saúde é fisicamente e mentalmente desgastante. Este implica lidar com problemas e sofrimento dos doentes e dos seus familiares. Receber apoio é essencial para que estes profissionais consigam continuar a dar respostas às exigências do trabalho (Mikkola, Paavilainen, Salminen-Tuomaala, & Leikkola, 2018).

Após estes eventos, 33,3% sentiu pouca alteração ao nível da concentração e outros 33,3% nada sentiu. Ao nível dos padrões de sono, a opinião varia entre nada e bastante. Na tomada de decisão, 50% dos participantes sentiu pouca dificuldade, mas 33,3% sentiu bastante. Na perda de confiança em si, 66,7% sentiu pouca alteração. No campo sobre ultrapassar dificuldades 50% não sentiu e 33,3% pouco sentiu. Ao nível de alterações no estado emocional, 50% não sentiu, mas outros 50% afirmam terem sentido bastante. Relativamente a pressão externa, 50% sentiu pouca pressão e 16,7% sentiu bastante.

Existem várias intervenções que podem marcar pela diferença como programas sistemáticos de preparação educacional pré-evento, dando ênfase à preparação física como psicológica; implementação de diretrizes e procedimentos apropriados como disponibilizar os documentos; feedback regular entre os responsáveis e os intervenientes no campo, garantindo todos são ouvidos e promovendo feedback positivo e motivacional; e treino/simulação para proporcionar e manter a coesão entre os membros da equipa, consciencializando sobre os desafios do trabalho. A criação de grupos de apoio que permitam a partilha de experiências e oportunidades de discussão sobre respostas emocionais a catástrofes e situações de exceção (Brooks, et al., 2015).

4.4. Limitações do estudo

Este estudo teve como limitações o instrumento utilizado. Este precisa de ser atualizado, validado e sujeito a pré-teste. Uma outra limitação foi o escasso tempo em que a aplicação do questionário decorreu. Este foi realizado apenas numa base SIV da delegação norte do INEM, sendo que os seus resultados pretendem ser um ponto de partida para um estudo mais ilustrativo na realidade extra-hospitalar.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros habitualmente são a primeira equipa de saúde no local após uma catástrofe e situação de exceção. Nestas situações em que os recursos são escassos, os enfermeiros são chamados a assumir funções de prestação imediata de cuidados de interlocução com o coordenador no local, de ponte de informação, conselheiro de saúde mental e responsável pela triagem. Os enfermeiros demonstraram o seu valor em inúmeras catástrofes e situações de exceção, dado o conhecimentos, perícia e habilidades no apoio e resposta. A complexidade dos desastres exigem que o enfermeiro adquira conhecimentos e um conjunto mínimo de habilidades que permita planear e responder de forma rápida e apropriada (WHO & ICN, ICN Framework of Disaster Nursing Competencies, 2009).

O papel do enfermeiro em situações de exceção, bem como as implicações socio-psicofísicas destes eventos no profissional são importantes pois podem afetar a forma como estes profissionais prestam cuidados. Com base neste trabalho, pretendo demonstrar que a educação, treino e apoio pós-evento são princípios básicos e exigem atualização para que estes profissionais consigam obter mais competências e melhorar a qualidade de prestação de cuidados em ambiente pré-hospitalar. Os resultados podem ser úteis perceber em que ponto de situação se encontram e o que poderá ser realizado para quando melhorar a satisfação no trabalho e lidar com o trabalho. Mas para tal será necessário aplicar um estudo semelhante a nível regional ou mesmo nacional.

O Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) define que este é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Numa altura em que as catástrofes e situações de exceção ocorrem com mais frequência, torna-se essencial que o potencial inexplorado da profissão de enfermagem tenha um papel mais importante neste aspecto de estudo. Mesmo o acréscimo de financiamento por parte das

unidades de saúde na preparação destes profissionais, nestes últimos anos, estes esforços para a educação e mobilização de enfermeiros no planeamento e preparação para catástrofes e situações de exceção têm sido episódicos e difíceis de sustentar (Veenema, et al., 2016).

A descrição do presente documento possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre as competências exigidas a um enfermeiro especialista e a importância do seu papel na sociedade em constante evolução e modernização que exige cada vez mais cuidados especializados em saúde.

Considero que os objetivos específicos formulados para o trabalho foram atingidos, através do desenvolvimento do presente documento.

A dificuldade sentida passou pela interpretação dos dados e na aplicabilidade na atualidade dado o reduzido número de participação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brooks, S. K., Dunn, R., Sage, C. A., Amlø, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2015). Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health, 24*(6), pp. 385-413.
- Fisher, D. (.), Hagon, K. (.), Lattimer, C., O'Callaghan, S., Swithern, S., & Walmsley, L. (2018). *Leaving No One Behind: World Disasters Report*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Gray, M., Litz, B., Hsu, J., & Lombardo, T. (December de 2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment, 11*(4), 330-341.
- Hay, J., & Mimura, N. (March de 2010). The changing nature of extreme weather and climate events: risks to sustainable development. *Geomatics, Natural Hazards and Risk, 1*(1), pp. 3-18.
- Health and Safety Executive. (3 de 2019). *Causes of stress at work*. Obtido em 8 de 1 de 2020, de Health and Safety Executive: <https://www.hse.gov.uk/stress/causes.htm>
- Hinderer, K., VonRueden, K., Friedmann, E., McQuillan, K., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (July-August de 2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses, 21*(4), pp. 160-169.
- ICN. (2019). Position Statement: Nurses and disaster risk reduction, response and recovery. Geneva: ICN - International Council of Nurses.
- Mikkola, R., Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M., & Leikkola, P. (March de 2018). Out-of-hospital emergency care providers' work and challenges in a changing care environment. *Scandinavian Journal of Caring Science, 32*(1), pp. 253-260.
- Munnang, S., Dupiton, L., Boutin, A., & Angus, L. D. (January-February de 2018). Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level I Safety-Net Trauma Center. *Journal of Trauma Nursing, 25*(1), pp. 4-13.
- NICE. (11 de 2009). *Mental wellbeing at work*. Obtido em 6 de 1 de 2020, de National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources/mental-wellbeing-at-work-pdf-1996233648325>
- Olchun, L., & Krutz, A. (April-June de 2012). Nurses As First Responders in a Mass Casualty: Are you prepared? *Journal of Trauma Nursing, 19*(2), pp. 122-129.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Méidco-Cirúrgica. *Diário da República, 2.ª série N.º 135, 135*.

Veenema, T. G., Lavin, R. P., Griffin, A., Gable, A. R., Couig, M. P., & Dobalian, A. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship, 49*(6), pp. 688-696.

Veenema, T., Griffin, A., Gable, A., MacIntyre, L., Simons, R., Couig, M., . . . Larson, E. (Março de 2016). Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response--A Call to Action. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(2), 187-200.

WHO. (2007). *Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity*. Health Action in Crises - Injuries and Violence Prevention. Geneva: WHO.

WHO, & ICN. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: WHO.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

Questionário

Caro/a Enfermeiro/a,

No âmbito de um trabalho de investigação, decorrente do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica do Porto, e centrado no tema “O papel do enfermeiro e as implicações socio-psico-físicas em situação de exceção”, solicita-se a sua participação nesta recolha de dados.

Uma Situação de exceção consiste em todas as ocorrências naturais ou provocadas pelo homem, por vezes com elevado número de vítimas, onde exista desequilíbrio entre as necessidades de socorro e os recursos disponíveis. Por sua vez, esta desigualdade vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento (OE, 2018). Um evento é considerado traumático se quem o vivencia, testemunha ou confronta uma situação de morte ou ameaça de morte, ferido grave leva a uma resposta de medo. A pessoa exposta a este tipo de evento pode desenvolver uma variedade de estados afetivos e fortes perceções de vulnerabilidade e perda de controlo.

O questionário é composto por 21 itens que descrevem as características dos diferentes tipos de situações de exceção, a preparação necessária para atuar e como o profissional pode ser afetado, pretendendo avaliar o ambiente da prática dos Enfermeiros em situação de exceção.

O Questionário encontra-se disponível em formato digital e será enviado individualmente a todos os profissionais de enfermagem deste meio. É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo garantido o anonimato.

A sua participação é voluntária e pode, em qualquer altura, recusar a participação neste estudo.

Agradeço a sua colaboração.

Investigador responsável: Mafalda Silva

Enfermeira Tutora: Mariana Ramos

Orientadora: Professora Sabrina Sousa

1. Género.

- a. Masculino
- b. Feminino

2. Idade.

- a. 25-30
- b. 30-35
- c. 35-40
- d. 40-45
- e. 45-50
- f. 55-60
- g. >60

3. Tempo de exercício profissional na SIV de Valongo.

- a. <1 anos
- b. 1-2 anos
- c. 2-3 anos
- d. 3-4 anos
- e. 5 anos

4. Teve contacto com situação de exceção.

- a. Sim
- b. Não

(Se sim, passe para a questão seguinte; se não, não precisa de continuar)

5. Na situação de exceção, qual o número total de vítimas.

- a. 1-3
- b. 3-6
- c. 6-10
- d. >10

6. Em qual das seguintes situações participou:

- a. Desastre Natural
- b. Fogo/explosão
- c. Acidente com veículos a motor
- d. Outro acidente grave

- e. Exposição a substâncias tóxicas
- f. Agressão física
- g. Assalto com arma
- h. Agressão sexual
- i. Lesão/doença grave
- j. Morte violenta
- k. Morte repentina de um conhecido/familiar
- l. Outro evento marcante.

Relativamente à resposta anterior, por favor indique o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas. Assinale a resposta que melhor se adequa a si.

7. Sente que tem preparação para fazer face a situações de exceção?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

8. A formação académica que possui permite-lhe responder eficazmente perante situações de exceção?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

9. Na sua opinião, para fazer face a situações de exceção é necessário formação específica?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

10. Na sua opinião, para fazer face a situações de exceção é necessário treino/simulação?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

11. Sente que a instituição onde trabalha o apoia na formação específica para fazer face a situações de exceção?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. Na sua opinião, o papel do enfermeiro é preponderante na prestação de cuidados em situações de exceção?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

13. Sente que conseguiu aplicar os seus conhecimentos e cuidados em situação de exceção?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

14. Sente que a instituição onde trabalha disponibiliza apoio psicológico para os profissionais, após situações de exceção?

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

Após a situação de exceção que vivenciou.

15. Sentiu alteração na sua capacidade de concentração?

Nada			Muito

16. Teve alteração no seu padrão de sono?

Nada	Pouco	Bastante	Muito

17. Teve dificuldade em tomar decisões?

Nada	Pouco	Bastante	Muito

18. Sentiu que não conseguiu ultrapassar as dificuldades?

Nada	Pouco	Bastante	Muito

19. Teve alteração do seu estado emocional (por exemplo depressão)?

Nada	Pouco	Bastante	Muito

20. Sentiu perda de confiança em si mesmo?

Nada	Pouco	Bastante	Muito

21. Sentiu estar constantemente sob pressão?

Nada	Pouco	Bastante	Muito

As exigências por parte das instituições, recursos limitados, falta de preparação e apoio insuficiente são fatores influenciadores passíveis de modificação. A exposição a situações de exceção é algo difícil de controlar. No entanto, a prática, a preparação e o apoio prestado durante e após o evento pode e deve ser melhorada. A preparação e apoio são de elevada importância e ambos podem ser melhorados através de uma boa liderança.

Obrigada pela sua participação!

Caso deseje conhecer os resultados do estudo, poderá entrar em contacto através do endereço de email mafaldatavaressilva@gmail.com.

APÊNDICE

APÉNDICE I – TLEQ: TRAUMATIC LIFE EVENTS QUESTIONNAIRE

Gray et al. / LIFE EVENTS CHECKLIST 339

APPENDIX Life Events Checklist

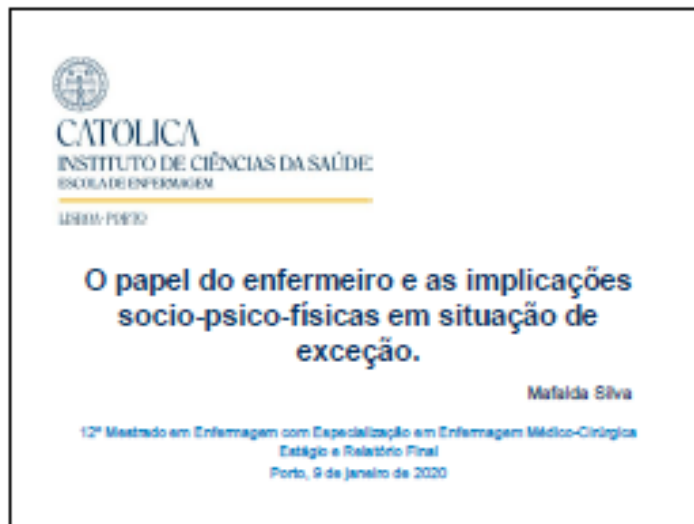
Listed below are a number of difficult or stressful things that sometimes happen to people. For each event, check one or more of the boxes to the right to indicate that: (a) it happened to you personally, (b) you witnessed it happen to someone else, (c) you learned about it happening to someone close to you, (d) you're not sure if it applies to you, or (e) it doesn't apply to you.

Mark only one item for any single stressful event you have experienced. For events that might fit more than one item description, choose the one that fits best.

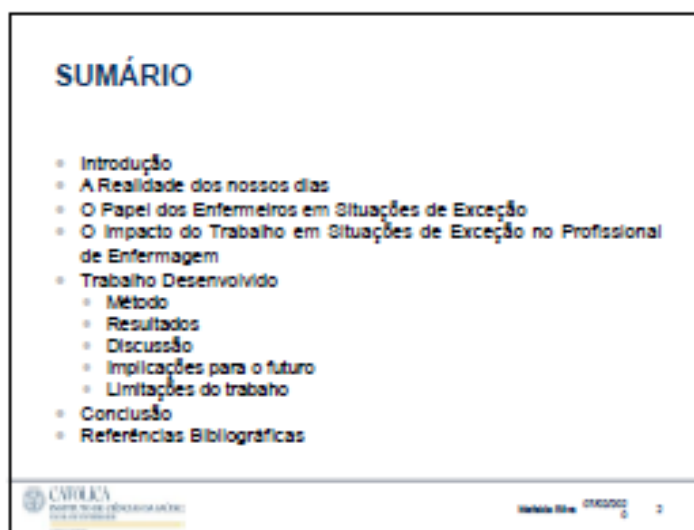
Be sure to consider your entire life (growing up, as well as adulthood) as you go through the list of events.

Event	Happened to me	Witnessed it	Learned about it	Not Sure	Doesn't apply
1. Natural disaster (for example, flood, hurricane, tornado, earthquake)					
2. Fire or explosion					
3. Transportation accident (for example, car accident, boat accident, train wreck, plane crash)					
4. Serious accident at work, home, or during recreational activity					
5. Exposure to toxic substance (for example, dangerous chemicals, radiation)					
6. Physical assault (for example, being attacked, hit, slapped, kicked, beaten up)					
7. Assault with a weapon (for example, being shot, stabbed, threatened with a knife, gun, bomb)					
8. Sexual assault (rape, attempted rape, made to perform any type of sexual act through force or threat of harm)					
9. Other unwanted or uncomfortable sexual experience					
10. Combat or exposure to a war-zone (in the military or as a civilian)					
11. Captivity (for example, being kidnapped, abducted, held hostage, prisoner of war)					
12. Life-threatening illness or injury					
13. Severe human suffering					
14. Sudden, violent death (for example, homicide, suicide)	N/A				
15. Sudden, unexpected death of someone close to you	N/A				
16. Serious injury, harm, or death you caused to someone else	(Check item if you were directly involved)				
17. Any other stressful event or experience					

APÊNDICE III – Situação de Exceção: apresentação



1



2

1

INTRODUÇÃO

- As mudanças climáticas, os conflitos humanos e doenças infecciosas são intervenientes num cenário de saúde em rápida evolução, desencadeando um número crescente de eventos de exceção. (Wheeler, et al., 2017)

3

INTRODUÇÃO

- Uma força de trabalho importante são os profissionais de enfermagem.
- Estes possuem conhecimentos, pericia e habilidades para responder a qualquer tipo de catástrofe e situações de exceção, emergência de saúde pública em larga escala, em tempo útil e de maneira apropriada (Wheeler, et al., 2017)


4

2

INTRODUÇÃO

- O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tendo o doente e a respetiva família como alvos da sua atenção, tem de ser capaz de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção consoante as necessidades destes.

Regulamento n.º 429/2018

 CNFRICA
CENTRO NACIONAL DE ENFERMAGEM CRÍTICA
E DE UTI


Módulo 03 - 01/02/2020 3

5

INTRODUÇÃO

- Segundo o Regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica são:
 - a) "Cuida da pessoa, família/cuidador e vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
 - b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
 - c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas." (p. 10350)

Regulamento n.º 429/2018

 CNFRICA
CENTRO NACIONAL DE ENFERMAGEM CRÍTICA
E DE UTI

Módulo 03 - 01/02/2020 3

6

3

A REALIDADE DOS NOSSOS DIAS

- Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), considera-se situação de exceção “todas as ocorrências naturais ou provocadas pelo homem, por vezes com elevado número de vítimas, onde exista desequilíbrio entre as necessidades de socorro e os recursos disponíveis”.

7

A REALIDADE DOS NOSSOS DIAS

- Diariamente ocorrem catástrofes e situações de exceção com um impacto significativo em indivíduos, famílias e comunidades. (WHO & ICL, 2008)

- Nas últimas décadas verificou-se que inundações e tempestades são o principal tipo de catástrofe provocados por fatores naturais, a nível mundial - embora este número seja superior ao nível das secas e temperaturas extremas (Parker, et al., 2016)

8

A REALIDADE DOS NOSSOS DIAS

- As catástrofes são classificadas como "naturais" e "tecnológicas" (provocados pelo Homem):
 - Catástrofes naturais incluem tempestades, como furacões e ciclones, inundações, terremotos, situações extremas de calor e frio, tsunamis, erupções vulcânicas, pandemias e fome.
 - Catástrofes tecnológicas incluem acidentes com veículos de transporte, biológicos e radiológicos, além dos atos de terrorismo.

(WORLD BANK, 2008)

9

A REALIDADE DOS NOSSOS DIAS

- As catástrofes sobrecarregam os serviços, incluindo serviços sociais, serviços hospitalares e de emergência, como polícia e bombeiros.
- As catástrofes e as situações de exceção são acontecimentos imprevisíveis que levam à procura súbita dos cuidados de saúde urgentes, podendo esgotar os recursos hospitalares.
- Estes eventos provocam danos físicos e psicológicos nos indivíduos.

(WORLD BANK, 2008)

10

A REALIDADE DOS NOSSOS DIAS

- Perante esta possibilidade e tendo em conta que as unidades de saúde funcionam diariamente no limite das suas capacidades, é fundamental a existência de um plano de emergência nas instituições, que seja dinâmico, alvo de treino e avaliações constantes, para uma resposta adequada com o mínimo de danos possíveis.

11

O PAPEL DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

- Os enfermeiros devem estar preparados para responder a qualquer tipo de catástrofe e situação de exceção.
- Estes profissionais colaboram diariamente com outros profissionais de saúde, trabalham em parceria com outros sistemas, doentes e respetivas famílias para melhorar os resultados em saúde da população.


(Vieira, et al., 2018)

12

O PAPEL DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

- Um grupo de peritos na área, desenvolveram uma visão para o futuro da enfermagem em catástrofe e identificaram barreiras e facilitadores para alcançar a visão e desenvolver recomendações para a prática, educação, política e pesquisa.

(Vennema, et al., 2016)




Unidade 05a - CENOSCOPO 5 13

13

O PAPEL DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

- Em suma, o grupo propôs que, idealmente, os enfermeiros deveriam:
 - Possuir conhecimentos base e habilidades mínimas sobre como dar resposta a catástrofes e preparação para situações de emergência;
 - Responder diretamente ou fornecer suporte indireto durante um evento de catástrofe ou situação de exceção;



Unidade 05a - CENOSCOPO 5 14

14

O PAPEL DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

- Promover a preparação entre os indivíduos aos seus cuidados, famílias e comunidades e dentro das organizações que representam;
- Demonstrar compromisso com preparação participando no planeamento de prevenção e intervenção em catástrofes, exercícios na sua área de especialidade ou fora dela como no seu meio ambiente ou fora dele. (Vetterli, et al., 2018)

15

O IMPACTO DO TRABALHO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO NO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

- As catástrofes e situações de exceção podem afetar negativamente:
 - a saúde física e mental das vítimas pela falta de segurança;
 - violência baseada no género;
 - falta de acesso a bens e serviços básicos, incluindo serviços de saúde;
 - separação familiar;
 - abuso, negligência e exploração de pessoas vulneráveis
 - discriminação.

(ICN, 2018)

16

O IMPACTO DO TRABALHO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO NO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

- O contacto a longo prazo com doentes de trauma em ambientes de alto risco de stresse, aumenta o risco destes enfermeiros desenvolverem burnout, fadiga e stresse pós-traumático secundário.

(Pórtales, et al., 2014)

17

O IMPACTO DO TRABALHO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO NO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

- Exposição prolongada a ambientes de stress no trabalho
- Resposta a doentes em situação de risco de vida,
- Sofrimento emocional do doente e respetiva família

Enfermeiros com níveis mais elevados de esgotamento

18

O IMPACTO DO TRABALHO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO NO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

- Imperativo estabelecer planos para proporcionar oportunidades e ferramentas para que estes profissionais consigam criar estratégias para enfrentar as dificuldades sentidas e a levar uma vida profissional mais saudável.

(Monteiro, Dapkin, Rado, 4-Ago-2018)

O IMPACTO DO TRABALHO EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO NO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

- Para os profissionais de emergência médica, a exposição direta a eventos traumáticos é inevitável.
- A prevenção, preparação e apoio recebido durante e após os eventos pode ser melhorada.

(Gruke, et al., 2018)

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

- A exposição a eventos potencialmente traumáticos é associada a um sofrimento psicológico e emocional significativo.
- Um evento é considerado traumatizante se a pessoa que o experiencia, testemunha ou confronta uma situação que envolve morte real, ameaça ou ferimentos graves a si próprio ou a outros, levando a uma resposta de medo, desamparo ou horror.

(Gray, Liba, Neo, & Lombardi, 2004)

21

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

- Dado o trabalho dos profissionais de enfermagem no Pré-Hospitalar e estando estes expostos a vários eventos, tomou-se pertinente desenvolver um trabalho que demonstrasse se estes profissionais estão preparados socio-psico-fisicamente para enfrentar situação de exceção.

22

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

- Foi elaborado um questionário composto por 21 itens:
 - descrevem as características dos diferentes tipos de situações de exceção,
 - a preparação necessária para atuar,
 - como o profissional pode ser afetado,
 pretendendo avaliar o ambiente da prática dos Enfermeiros no Pré-Hospitalar em situação de exceção.
- Para a elaboração do questionário, o questionário TLEQ: Traumatic Life Events Questionaire serviu como base.
- A escala de avaliação foi a Escala de Likert.

23

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

- Este questionário destinou-se apenas aos quinze enfermeiros ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).
- Disponibilizado em formato digital e enviado Individualmente a todos os profissionais de enfermagem da SIV.
- A confidencialidade foi garantida e o uso dos dados recolhidos foi exclusivo para o presente estudo, sendo garantido o anonimato.
- A participação dos profissionais foi voluntária e em qualquer altura, podiam recusar a participação neste estudo.

24

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

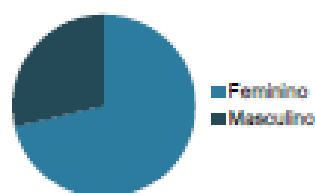
Participantes

- Dos 15 apenas 7 profissionais responderam ao questionário, representando aproximadamente 47% dos participantes.

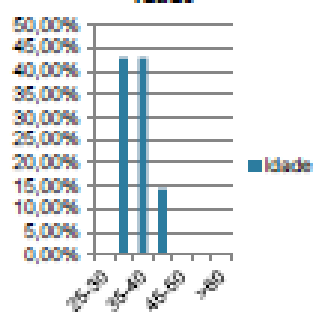
25

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Participantes Sexo



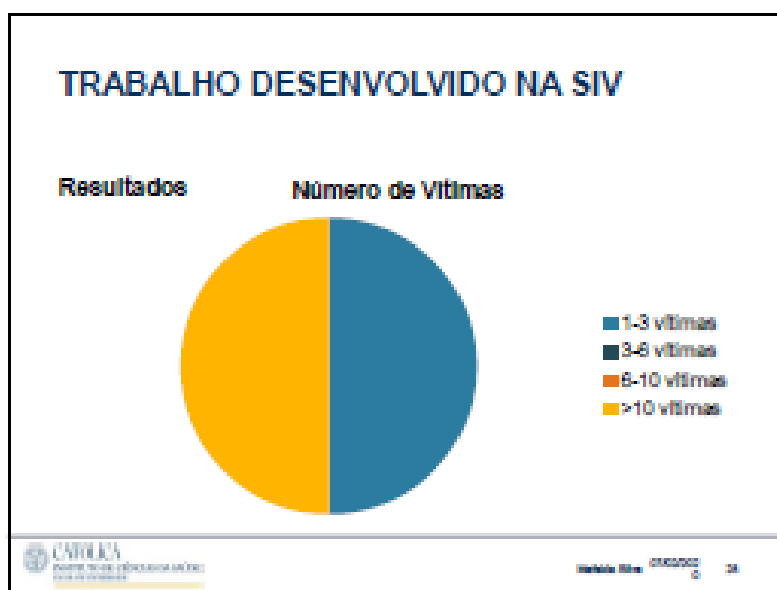
Idade



26



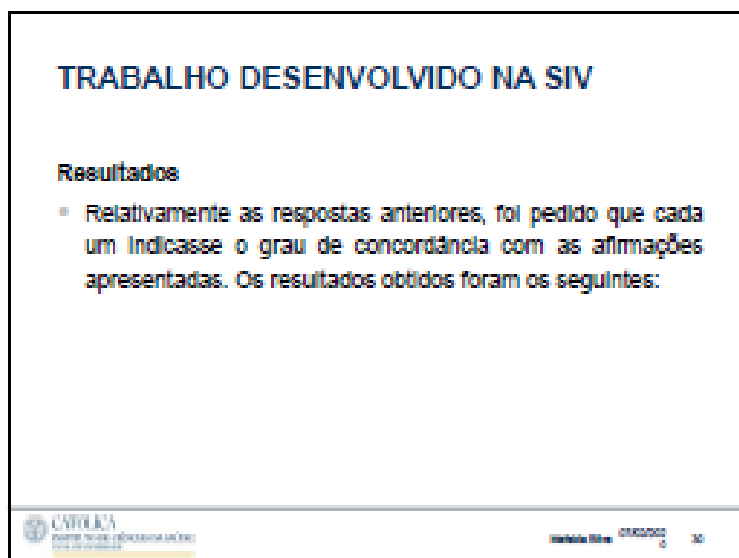
27



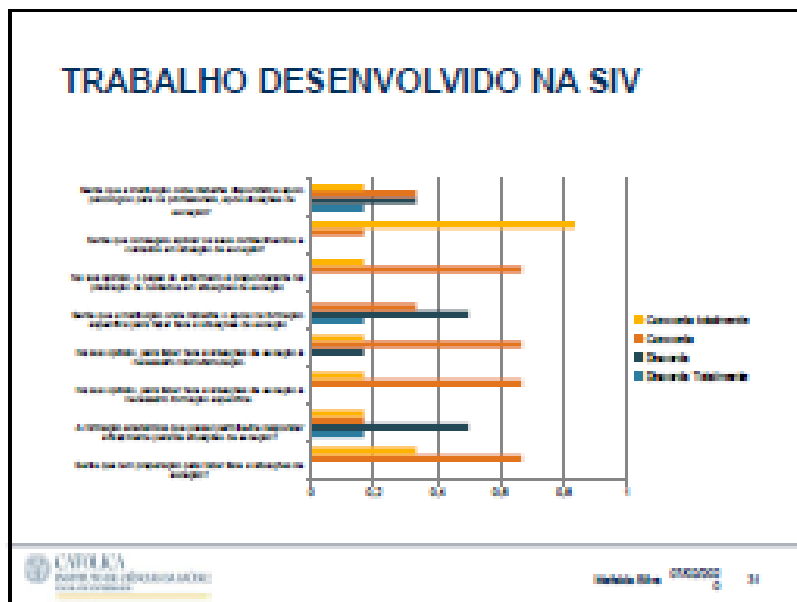
28



29



30



31

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Resultados

- Seguidamente, foi pedido a cada participante que respondesse conforme o que sentiu após a situação de exceção que vivenciou. Os resultados obtidos foram:

Tabela 03a - 000000 32

32



33

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- Relativamente aos resultados sobre o tipo de evento, os acidentes com veículos a motor (83,3%), morte violenta (66,7%), fogo/explosão e agressão física (50%) foram os mais experienciados.
- A maioria dos eventos com múltiplas vítimas que ocorrem em países desenvolvidos são acidentes rodoviários, industriais, entre outros, e cada vez em maior número (WHO, 2007).

Instituto Técnico de Engenharia e Arquitetura

34

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- Dos participantes, 66,7% afirma sentir-se preparado para fazer face a este tipo de situações.
- 50% dos participantes sente que a formação académica que possui não permite responder eficazmente e 66,7% concorda ser necessária formação específica na área.
- Enfermeiros em situações de exceção são determinantes. Dada a frequência de catástrofes, os enfermeiros estão numa posição única para atuar durante estes eventos (Chikara & Kato, 2013).

35

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- Para que os enfermeiros sejam eficazes, os programas educacionais em enfermagem e os programas de treino e preparação precisam de incorporar planos e diretrizes para intervenções pré-hospitalares nos currículos (Chikara & Kato, 2013).
- Estes treinos devem ser avallados de forma regular, para garantir a qualidade e ajustar os programas se necessário (WHO, 2007).

36

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- No apoio por parte da Instituição à formação específica, 50% não sente esse apoio.
- Para haver uma redução, resposta e recuperação após catástrofes e situações de exceção é necessário programas educacionais, de acordo com as necessidades locais, e disponibilidade de oportunidades de formação contínua para garantir bases sólidas de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e estrutura ética (ICN, 2019).

37

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- Cada unidade de saúde deve avaliar a sua capacidade, planejar e elaborar protocolos para dar resposta a situações de exceção, como um plano detalhado de treino e educação contínua para todos os profissionais.
- Esse plano deve-se basear numa análise da capacidade existente e financiamento adequado para garantir sua sustentabilidade ao longo prazo (WHO, 2007).

38

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- Dos participantes, 66,7% afirma que o papel dos enfermeiros é preponderante na prestação de cuidados em situação de exceção e 83,3% conseguiu aplicar os seus conhecimentos.

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- No apoio psicológico por parte da Instituição, as respostas divergem: 16,7% discorda totalmente, 33,3% discorda contra 33,3% que concorda e 16,7% que concorda totalmente.
- O trabalho dos profissionais de cuidados de saúde implica lidar com problemas e sofrimento dos doentes e dos seus familiares.
- Receber apoio é essencial para que estes profissionais consigam continuar a dar respostas às exigências do trabalho (Almada, Paredinho, Salgueiro, Almeida, & Leitão, 2018)

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- Após estes eventos, 33,3% sentiu pouca alteração ao nível da concentração e outros 33,3% nada sentiu;
- Ao nível dos padrões de sono, a opinião varia entre nada e bastante;
- Na tomada de decisão, 50% dos participantes sentiu pouca dificuldade mas 33,3% sentiu bastante.

41

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Discussão

- Na perda de confiança em si, 66,7% sentiu pouca alteração;
- No campo sobre ultrapassar dificuldades 50% não sentiu e 33,3% pouco sentiu;
- Ao nível de alterações no estado emocional, 50% não sentiu mas outros 50% afirmam terem sentido bastante;
- Relativamente a pressão externa, 50% sentiu pouca pressão e 16,7% sentiu bastante.

42

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

- Existem várias intervenções que podem marcar pela diferença como:
 - programas sistemáticos de preparação educacional pré-evento,
 - ênfase a preparação física como psicológica,
 - implementação de diretrizes e procedimentos apropriados como disponibilizar os documentos,

43

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

- feedback regular entre os responsáveis e os intervenientes no campo, garantindo que todos são ouvidos,
- promovendo feedback positivo e motivacional,
- treino/simulação para proporcionar e manter a coesão entre os membros da equipa, consciencializando sobre os desafios do trabalho,
- criação de grupos de apoio que permitam a partilha de experiências e oportunidades de discussão sobre respostas emocionais a catástrofes e situações de exceção.

(Brooks, et al., 2015)

44

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Limitações do estudo

- Este estudo foi realizado apenas numa base SIV da delegação norte do INEM.

45

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Implicações para o futuro nos cuidados pré-hospitalares

- O papel do enfermeiro em situações de exceção como as implicações socio-psico-físicas destes eventos no profissional são importantes pois podem afetar a forma como estes profissionais prestam cuidados.

46

TRABALHO DESENVOLVIDO NA SIV

Implicações para o futuro nos cuidados pré-hospitalares

- Os resultados podem ser úteis perceber em que ponto de situação se encontram e o que poderá ser realizado para quando melhorar a satisfação no trabalho e lidar com o trabalho. Mas para tal será necessário aplicar um estudo semelhante a nível regional ou mesmo nacional.

47

CONCLUSÃO

- Numa altura em que as catástrofes e situações de exceção ocorrem com mais frequência, torna-se essencial que o potencial inexplorado da profissão de enfermagem seja explorado.
- Os enfermeiros são chamados a assumir funções de
 - prestação imediata de cuidados,
 - interlocutor com o coordenador no local,
 - ponte de informação,
 - conselheiro de saúde mental,
 - responsável pela triagem.

48

CONCLUSÃO

- A complexidade dos desastres exigem que o enfermeiro adquira conhecimentos e um conjunto mínimo de habilidades que permita planejar e responder de forma rápida e apropriada.

(BORG & COL, 2008)

49

QUESTÕES?



50

25

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brooks, S. K., Dunn, R., Sage, C. A., Arns, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2015). Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health, 24*(3), pp. 385-413.
- Fisher, D. J., Hegon, K. J., Lattimer, C., O'Callaghan, S., Swithers, S., & Weinsky, L. (2018). Leaving No One Behind: World Disaster Report. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Gray, M., Litt, R., Hsu, J., & Lombardo, T. (2004, December). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment, 11*(4), 530-541.
- Hinders, K., VonRueden, K., Friedmann, E., McQuillen, K., Gilmore, R., Kasper, S., & Murray, M. (2014, July-August). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses, 21*(4), pp. 180-189.
- ICN. (2018). Position Statement: Nurses and disaster risk reduction, response and recovery. Geneva: ICN - International Council of Nurses.
- Mikkilä, R., Plevianinen, E., Saarninen-Tuomola, M., & Lehtikola, P. (2018, March). Out-of-hospital emergency care providers' work and challenges in a changing care environment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(3), pp. 258-263.

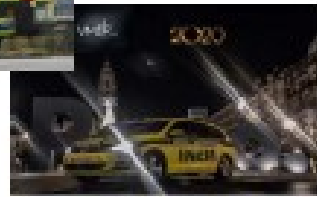
51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manning, S., Duplon, L., Routh, A., & Angus, L. D. (2018, January-February). Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level I Safety-Net Trauma Center. *Journal of Trauma Nursing, 25*(1), pp. 4-13.
- Okhor, L., & Krutz, A. (2012, April-June). Nurses As First Responders in a Mass Casualty: Are you prepared? *Journal of Trauma Nursing, 19*(2), pp. 120-126.
- Orden dos Enfermeiros. (2018, Julho 16). Regulamento n.º 424/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ª série N.º 135, 135.
- Veerema, T. G., Levin, R. P., Griffin, A., Gebie, A. R., Coug, M. P., & Cobelli, A. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(5), pp. 688-696.
- Veerema, T., Griffin, A., Gebie, A., McIntyre, L., Simone, R., Coug, M., . . . Larson, E. (2018, May). Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response—A Call to Action. *Journal of Nursing Scholarship, 49*(2), 187-200.
- WHO. (2007). *Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity Health Action in Crises - Injuries and Violence Prevention*. Geneva: WHO.

52

Obrigada



APENDICE IV - Caso Clínico: Suspeita de Intoxicação

Triagem

- Homem, 50 anos, Deu entrada no SU vindo do exterior por síncope não presenciada, no local onde se encontrava alojado, associado a alterações do estado de consciencia com ECG de 6 valores ($O_2 V_2 M_2$). Antecedentes Insuficiencia respiratória, consumo de drogas por via endovenosa e oral mas em tratamento de desintoxicação há vários.
- ECG de 12 derivações: Taquicardia Sinusal
- Saturação periférica de oxigénio 88% com F_iO_2 60%
- Hipotensão acentuada: Sistólica <100mmHg, colocado cateter intra ósseo na regioa umeral à direita com soroterapia rápida em curso.

Sala de Emergência

- A: permeável, com suporte de oxigénio;
- B: FR: 21 cic/min, respiração mista, superficial e simétrica; sem desvio da traqueia ou turgencia das jugulares; devido a uma P_aCO_2 98mmHg colocou-se o paciente com suporte à ventilação através de VNI (IPAP de 18 mmHG, EPAP de 6 mmHG, F_iO_2 a 6L/min, FR 12 cic/min), S_pO_2 88%;
- C: TA 110/50 mmHG; Pulso 98 bpm, pulsos periféricos rápidos e superficiais mas simétricos; pele fria e suada ao toque; TPC de 4 segundos
- D: ECG $O_3 V_3 M_3$, pupilas isocóricas e fotoreactivas, PCG 213 mg/dL
- E: Temp auricular de 36,1°C, pele e mucosas desidratadas
- Monitorização neurológica e hemodinâmica, Estudo analítico (Hg+Bq+EC+GSA+Toxicologia na urina)
- Tratamento: suporte ventilatório; soroterapia e antibioterapia ;
- Solicitada a colaboração de um hospital do País de Gales, dado que a familiar confirma que este estaria a ser seguido nesse estabelecimento e com alguma colaboração possível do doente
- Rx Tórax
- Permitada a permanencia de familiares
- Transferido para Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

Internamento

- Admitido na UCIM para continuação do tratamento
- Vigil, orientado e colaborante
- Manteve como cuidados: monitorização hemodinamica e neurológica
- Mantendo o suporte ventilatório.

Abordagem ao doente crítico

Presença dos seguintes critérios de gravidade:

- Sincope (perda de consciência por diminuição global de fluxo sanguíneo cerebral);
- Saturação periférica de oxigénio de 80%;
- ECG de 6 no local.

Procede-se a abordagem ao doente com recurso ao seguinte algoritmo:

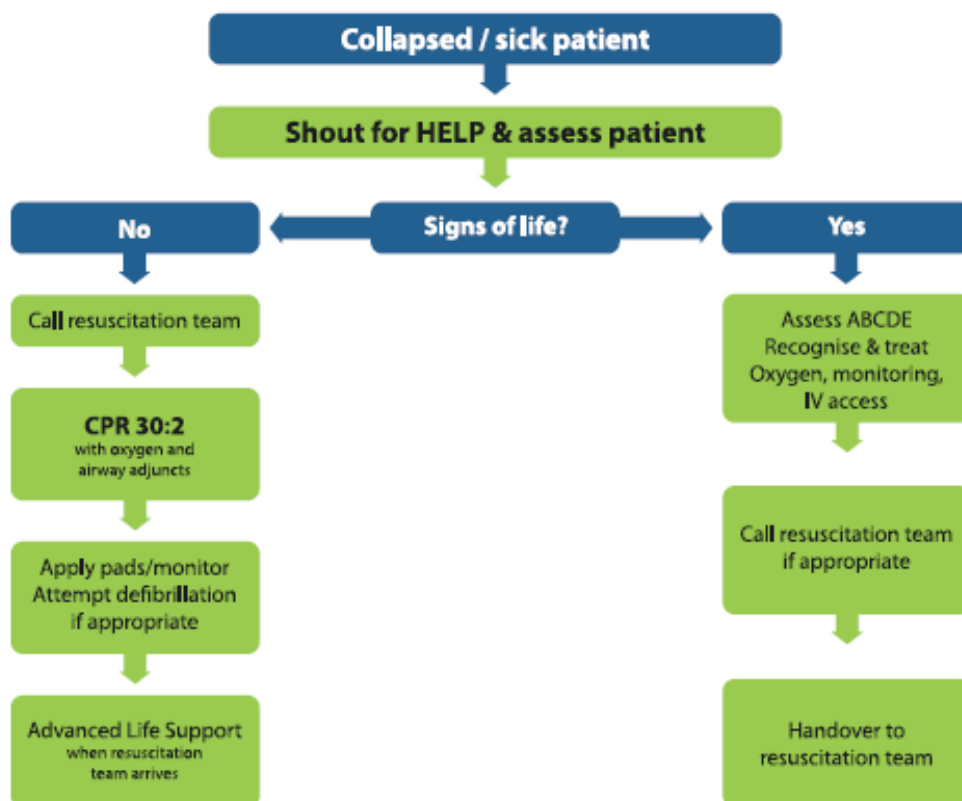


Figura 1 – Algoritmo de reanimação. ABCDE – Airway (via aérea), Breathing (respiração), Circulation (circulação), Disability (neurológico), Exposure (exposição); IV (intravenoso); CPR (paragem cardiorespiratória) (Soar, et al., 2015)

O acesso intraósseo foi mantido pois apenas se consegui um acesso intravenoso. Este meio de administração de medicação é considerado eficaz em adultos. A administração de medicamentos atinge concentrações plasmáticas adequadas em tempo comparável à administração endovenosa. Os dispositivos mecânicos mais recentes de IO aumentaram a facilidade de realização dessa técnica (Soar, et al., 2015).

Na ausência de uma história específica, a substância accidental ou deliberada de substâncias terapêuticas ou tóxicas pode ser identificada apenas por pesquisa laboratorial. Se disponíveis, os antídotos apropriados devem ser usados, segundo os protocolos de tratamento e de SAV devem ser seguidos (Soar, et al., 2015).

O envenenamento raramente causa paragem cardiorrespiratória ou morte, mas os internamentos hospitalares são comuns. O envenenamento por drogas terapêuticas ou recreativas e por produtos domésticos são os principais motivos para admissão hospitalar. A dosagem inadequada de medicamentos, interações medicamentosas e outros erros de medicação também podem causar danos (Truhlár, et al., 2015).

Na SE, o líder da equipa tem a responsabilidade de assegurar que cada elemento sabe a sua posição e assegura a abordagem ao doente crítico de forma sistematizada.

O trabalho é realizado em equipa, seguindo a abordagem de forma sistematizada e definindo as intervenções e, ao mesmo tempo, validando e seguindo os algoritmos, sendo a situação do doente instável, tendo presente o risco de paragem respiratória.

A comunicação foi realizada de forma eficaz com o doente e familiares para facilitar a adesão ao tratamento como forma de redução de ansiedade.

A decisão clínica é comunicada ao próprio doente como à família. Foi explicado os procedimentos e o consentimento verbal do mesmo.

Seguiu posteriormente para a Unidade de Cuidados Intermédios Médicos, do Serviço de Cuidados Intensivos, onde permaneceu durante 12 horas. Por novo agravamento do estado com necessidade de suporte ventilatório invasivo, o doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Trabalho realizado por:

Mafalda Silva

Aluna de Mestrado de Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Junho 2019

APÊNDICE V- Reflexão Crítica: Prevenção de Quedas

Reflexão Crítica

Prevenção de quedas e o papel dos profissionais de saúde

Documento elaborado por: Mafalda Silva

12º Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A pessoa em situação crítica e família: Vigilância e decisão clínica

Professora Orientadora: Prof. Doutora Irene Oliveira

ICS - Universidade Católica Portuguesa – Porto

Porto, 2 julho de 2019

As quedas são uma ameaça para a saúde dos idosos e pode reduzir a capacidade de independência destes. No entanto, as quedas não acontecem apenas devido ao processo de envelhecimento e está provado que existem formas de reduzir e prevenir as quedas. (HHS, 2016)

A queda é um deslocamento não intencional do corpo, resultando na mudança da posição corporal para um nível inferior à posição inicial, com a incapacidade de correção no tempo, podendo ser causada por fatores intrínsecos e extrínsecos. (Gautério, et al., 2015)

Segundo a OMS, as quedas estão entre as causas não intencionais externas de acidentes. Estima-se que 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos caem anualmente e este valor aumenta para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos. Os idosos que vivem em lares têm maior probabilidade de quedas dos que vivem em comunidade. A incidência de quedas aparenta variar entre países. (WHO, 2007)

As quedas e as lesões consequentes são um problema de saúde pública que requer atenção médica. As lesões leves a severas representam 20% a 30% e estas são 10% a 15% dos motivos das visitas aos serviços de urgência. As maiores causas de admissão hospitalar relacionada com quedas são fratura da anca, traumatismo crânio-encefálico e lesões nos membros superiores. A duração de internamento relacionado com quedas é variável mas é superior ao dos outros tipos de lesões. (WHO, 2007)

Os idosos têm maior probabilidade de permanecer hospitalizados devido a uma lesão após queda. Nos dias que procedem a uma queda, 20% destes idosos morrem dentro de um ano, no caso das fraturas de anca. Segundo a OMS (2007), as quedas podem levar a um “*postfall syndrom*” que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão e consequentemente limitação nas atividades de vida diárias.

As pessoas com mais de 65 anos representam a população que mais cresce nos EUA. O número de visitas anuais desta população ao Serviço de Urgência corresponde 20,3 milhões de visitas. Mais de dois milhões destas visitas são precedidos por uma queda não fatal, destacando o problema crescente da redução da mobilidade entre esta população. Estima-se que aproximadamente 1/3 dos indivíduos com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez por ano, levando a fraturas, cirurgias, internamentos hospitalares, reabilitação prolongada e morte. (Huded, et al., 2015)

As quedas ocorrem devido a uma interação complexa de múltiplos fatores. (WHO, 2007) A probabilidade de ocorrer uma queda aumenta com o aumento dos fatores de risco. (HHS, 2016)

Os investigadores identificaram fatores que contribuem para as quedas. Os fatores podem ser considerados modificáveis ou não modificáveis. (HHS, 2016)

A identificação de fatores intrínsecos e/ou extrínsecos direciona as ações de enfermagem, ao elaborar um plano de cuidados individualizado que leva a mudanças no ambiente e/ou nos hábitos de vida dos idosos, com o objetivo de prevenir novas quedas. Além disso, o papel do enfermeiro no cuidado ao idoso deve centrar-se no estímulo à independência funcional e à autonomia da comunidade, respeitando as limitações individuais. (Gautério, et al., 2015)

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) classifica os fatores de risco em quatro dimensões: fatores biológicos, fatores comportamentais, fatores ambientais e fatores socioeconómicos:

- a) **Fatores Biológicos** englobam as características individuais inerentes à pessoa como a idade, o sexo e a raça - fatores biológicos não modificáveis. Estes estão associados a mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, como por exemplo, o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e a comorbilidade associada às doenças crónicas. A interação dos fatores biológicos com riscos comportamentais e ambientais aumenta o risco de queda. Exemplo

disto, a perda da força muscular leva a uma perda de função e a um nível mais alto de fragilidade, o que intensifica o risco de queda devido a alguns riscos ambientais; (WHO, 2007)

- b) Fatores comportamentais** incluem fatores relativos a ações humanas, emoções ou escolhas diárias. Estes são modificáveis. Os comportamentos de risco, como a ingestão de vários medicamentos, o uso excessivo de álcool e o comportamento sedentário podem ser modificados por meio de intervenções estratégicas para mudança comportamental; (WHO, 2007)
- c) Fatores ambientais** incluem a interação entre as condições físicas dos indivíduos e o ambiente envolvente, incluindo os riscos domésticos e as características dos espaços públicos da comunidade. Estes fatores de forma isolada não causam quedas mas a interação entre outros fatores e sua exposição ao meio ambiente envolvente. Os riscos domésticos incluem degraus estreitos, superfícies escorregadias como as escadas, tapetes soltos e iluminação insuficiente. As características dos espaços públicos como construção deficiente, pisos escorregadios, calçadas defeituosas ou irregulares e a pouca iluminação em locais públicos podem levar a quedas; (WHO, 2007)
- d) Fatores socioeconômicos** estão relacionados com as condições sociais e o nível econômico. Estes fatores incluem: baixa renda, baixa escolaridade, condições habitacionais inadequadas, isolamento social, acesso limitado à saúde e à assistência social, especialmente em regiões mais isoladas, e falta de recursos da comunidade. (WHO, 2007)

A maioria das quedas não causa lesão. Segundo o Departamento de Saúde dos EUA (HHS, 2016), uma em cinco quedas causa uma lesão grave, como fratura óssea ou um traumatismo crânio-encefálico. Estas lesões podem levar a uma dificuldade na locomoção, redução na capacidade de realizar atividades de vida diárias como também nas atividades de vida quotidianas.

Podemos afirmar que as quedas têm um pesado impacto econômico nas famílias, na comunidade e na sociedade. O impacto na saúde e os custos de quedas na população idosa têm aumentado significativamente em todo o mundo. Os custos inerentes às quedas são classificados em dois grupos:

a) Custos diretos que englobam os custos associados aos cuidados de saúde, tais como medicamentos e serviços (consultas médicas e de enfermagem e de reabilitação);

b) Custos indiretos estão relacionados com perda de produtividade da sociedade, i.e., perda de atividade dos indivíduos ou dos prestadores de cuidados teriam se o familiar não tivesse sofrido lesões relacionadas com a queda. (WHO, 2007)

Os profissionais de saúde têm um papel fulcral na redução dos fatores de risco. (HHS, 2016)

A Direção Geral de Saúde elaborou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DR, 2015). No que diz respeito às quedas, o objetivo Estratégico 6, “Prevenir a Ocorrência de Quedas” prevê que no final de 2020:

- “1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.
- 2) O número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado, devem reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior.” (DGS, 2016)

A complexidade dos eventos que envolvem a queda e a ausência de artigos científicos relacionados a este tema, no âmbito da Enfermagem, conhecer e identificar as situações e consequências que abrange este evento tornam-se fundamentais. O profissional de saúde, em destaque o enfermeiro, pode estabelecer medidas de intervenção para prevenir, apoiar e reabilitar os idosos após as quedas. Ao identificar pessoas em risco, o profissional de enfermagem adapta e individualiza um plano de cuidados de forma a atender as necessidades individuais. (Gautério, et al., 2015)

O número de utentes idosos que procura os SU cresce anualmente. A passagem pelo serviço de urgência pode ser uma forma de sinalização para evitar as quedas e ao mesmo tempo, avaliar e implementar ações de forma a atenuar a trajetória do declínio funcional dos idosos. A identificação de um idoso com alto risco de quedas permitirá encaminhá-lo para o apoio social, ajuda domiciliária e reabilitação física. No momento de preparação da alta, tanto do SU como hospitalar, a equipa multidisciplinar deve promover um plano individualizado para a recuperação e adaptação destas pessoas recorrendo a programas de exercícios individualizados e de múltiplos componentes, uma estratégia eficaz na redução de quedas no domicílio. Apesar da recomendação para o despiste de risco de queda nos SU

pelos diferentes grupos de medicina de emergência, ainda existem um reduzido número de protocolos validados adaptados ao SU. (Huded, et al., 2015)

A equipa multidisciplinar, sendo um recurso disponível no SU, tem um papel fundamental na identificação e sinalização destes utentes com risco de queda. A identificação de risco de queda com escalas simples e validadas, como por exemplo “*Time up and Go Teste*” (TUGT), são importantes para prevenir e amenizar a perda de funções da nossa população idosa. (Huded, et al., 2015)

Os enfermeiros são considerados profissionais-chave no envolvimento de pacientes nos cuidados. Estes têm um papel vital a desempenhar na garantia da sua própria segurança e devem trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar de forma a minimizar erros e eventos adversos. (Twibell, et al., 2015)

Atualmente, evidências concretas sobre programas eficazes na redução de quedas em cuidados intensivos são escassas. A significância e prevalência das quedas foram identificadas como uma necessidade de mudança imediata. As lesões graves causadas pelas quedas estão entre os 10 maiores eventos. Os pacientes têm maior probabilidade de imobilidade sendo considerados de alto risco. (Friedman, 2019)

As necessidades de higiene são o fator de risco identificado que leva a aproximadamente 40% de todas as quedas hospitalares. O uso de sedativos hipnóticos foi identificado como um fator de risco modificável para queda. As alterações cognitivas aumentam a frequência de quedas e lesões por quedas. Estas associadas ao delirium estão entre os fatores de risco que contribuem para as taxas de quedas dos pacientes durante o internamento nos idosos. (Friedman, 2019)

Os enfermeiros podem aumentar a segurança do paciente e reduzir quedas dos pacientes, em ambiente hospitalar, verificando os pacientes em intervalos regulares (o ideal seria horário). Esta passagem regular permitirá identificar fatores de risco individuais e atender proactivamente às necessidades. A identificação com o intuitivo de prevenção, deteção e gestão dos fatores de risco modificáveis. As visitas regulares permitem reduzir a ansiedade, identificar e atuar sobre a dor, prestar cuidados de higiene, posicionar os pacientes, avaliar a segurança do paciente e identificar sinais de delirium. (Friedman, 2019) A equipa de enfermagem deve ser formada e treinada no âmbito da prevenção de quedas para antecipar as necessidades dos pacientes. (Friedman, 2019)

Para a redução da taxa de quedas podem ser aplicadas outras ações, como:

- Criação de um grupo de trabalho sobre a prevenção de quedas com enfermeiros especialistas e enfermeiros de cuidados gerais;
- Reuniões regulares para atualização e organização de formações;
- Criação de um quadro com o número total de quedas, número de dias sem quedas e que esteja num local visível para todos;
- Realização de auditorias para verificar a identificação de pacientes de alto risco e a aplicação de medidas apropriadas, como também reavaliar os pacientes já assinalados;
- Criação de sinais visuais a colocar nas unidades dos pacientes de forma a alertar os profissionais sobre os pacientes com maior risco de queda por mobilidade reduzida;
- Transferir os pacientes assinalados para perto do posto de enfermagem para melhor supervisão;
- Usar a passagem de turno como meio de informação diária sobre pacientes em risco;
- Uso de escalas validadas para a avaliação e identificação de pacientes em risco. (Bechdel, Bowman, & Haley, 2014)

Assim, a prevenção de quedas é da responsabilidade não só da equipa de enfermagem como dos restantes elementos da equipa disciplinar. Estes devem unir esforços e trabalhar de forma a reduzir e eliminar as quedas em ambientes de cuidados agudos e de internamento. Estes esforços, também, devem ser uma das principais prioridades das organizações de saúde. Está provado que as quedas levam a graves condições de risco de vida e consequências a longo prazo para os pacientes, as respetivas famílias e sistemas de saúde, ao mesmo tempo que contribuem para custos elevados dos serviços de saúde. A consciencialização sobre os fatores de risco associados a quedas entre os profissionais de saúde está associado a uma melhoria na redução das taxas de queda. (Bechdel, Bowman, & Haley, 2014)

Referência Bibliográfica

- Bechdel, B., Bowman, C., & Haley, C. (10 de 2014). Prevention of Falls: Applying AACN's Healthy Work Environment Standards to a Fall Campaign. *Critical Care Nurse*, 34(5), 75-79.
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 28
- Direção Geral de Saúde (2016). *Quedas*. Obtido em 25 de Junho de 2019, de DGS: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx>
- Friedman, V. (5 de 2019). Redesigning a Fall Prevention Program in Acute Care: Building on Evidence. *Clin Geriatr Med*, 35(2), 265-271.
- Gautério, D. P., Zortea, B., Santos, S. S., Tarouco, B. d., Lopes, M. J., & Fonseca, C. J. (2015). Risk Factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory center. *Invest Educ Enferm*, 33(1), 35-43.
- Huded, J. M., Dresden, S. M., Gravenor, S. J., Rowe, T., & Lindquist, L. A. (10 de 12 de 2015). Screening for Fall Risks in the Emergency Department: A Novel Nursing-Driven Program. (W. J. Medicine, Ed.) *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, XVI(7), 1043-1046.
- Twibell, R. S., Siela, D., Sproat, T., & Coers, G. (2015). Perceptions Related to Falls and Fall Prevention Among Hospitalized Adults. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 78-85.
- U.S. Department of Health & Human Services (11 de 10 de 2016). *Older Adult Falls*. Obtido em 25 de Junho de 2019, de Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control: <https://www.cdc.gov/homeandrecreationsafety/falls/index.html>
- WHO. (Junho de 2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Obtido em 25 de Junho de 2019, de Ageing and Life Course Family and Community Health: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

APENDICE VI – Plano da Sessão Sobre como Prevenir as Quedas

Curso	Prevenção de quedas: o papel dos profissionais de saúde		
Módulo			
Formador	Mafalda Silva 12809	Acção N.º	
Local	Serviço de Urgência do CHUP	Sessão	
Data	23/07/2019	Duração	60 minutos

Plano de Sessão

Público-alvo	Enfermeiros do Serviço Assistentes Operacionais Outros profissionais de saúde
Pré-requisitos	Profissional de Saúde do Serviço Voluntário
Planeia o uso de PCEA?	Não
Objectivos Gerais	No final da formação, os formandos deverão ser capazes de: - Promover conhecimento sobre os riscos associados às quedas em adultos, em ambiente hospitalar.

APENDICE VII – Questionário de satisfação

Curso	Prevenção de quedas: o papel dos profissionais de saúde		
Módulo			
Formador	Mafalda Silva 12809	Acção N.º	
Data	23/07/2019		

Questionário de Avaliação da Qualidade da Formação

	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
	1	2	3	4	5
Organização da Formação					
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Qualidade e adequação dos meios audiovisuais e multimédia ao dispor					
Qualidade e adequação da documentação ao dispor					
Cumprimento do Horário					
Recursos Mobilizados para a Formação					
Cumprimento dos Objectivos da acção					
Adequação dos conteúdos da acção					
Utilidade dos conteúdos da acção					
Adequação da estruturação do programa					
Qualidade e adequação dos recursos didácticos utilizados					
Adequação da duração da acção					
Desenvolvimento da Formação					
Motivação e participação					
Relacionamento entre os (as) formandos (as)					
Actividade dos (as) participantes					
Intervenção do (a) Formador (a)					
Domínio dos assuntos/temáticas					
Métodos e técnicas pedagógicas					
Linguagem/Comunicação					
Empenho/Motivação					
Relacionamento interpessoal					
Sugestões e outras observações					

APENDICE VIII – Resumo de Poster

Título

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, em situações de catástrofe.

Autores

Vieira, Carina; Silva, Mafalda

Introdução

O mundo tornou-se cada vez mais complexo e o número e grandeza das catástrofes tem vindo a aumentar. As mudanças climáticas, os conflitos humanos e as doenças infecciosas são intervenientes num cenário de saúde em rápida evolução, desencadeando um número cada vez mais crescente de eventos de exceção e/ou catástrofe (Veenema, et al., 2017).

Frequentemente ocorrem situações de exceção e catástrofes com um impacto significativo em indivíduos, famílias e comunidades. Seja um incêndio habitacional que afeta apenas uma família ou um tsunami que destrói uma comunidade, pode dizer-se que a qualidade de vida em qualquer uma destas circunstâncias pode estar ameaçada (WHO & ICN, 2009).

As catástrofes são classificadas como "naturais" e "tecnológicas" (estas provocadas pelo Homem). Os eventos naturais podem ser geofísicos (sismos e erupções vulcânicas), hidrológicos (tsunamis), climáticos (situações extremas de calor ou frio), meteorológicos (ciclones, tornados) ou biológicos (epidemias). Nos eventos tecnológicos estão incluídos o bioterrorismo, a degradação ambiental, a fome, os incidentes químicos e radiológicos, bem como os acidentes de ampla magnitude que envolvem multivítimas (ICN, 2019). Independentemente do tipo de evento, este pode influenciar as infraestruturas de uma comunidade, pelo que a adequação e a resposta atempada dos profissionais de saúde e demais agentes de proteção civil são fundamentais para controlar o número de vítimas, o agravamento do estado de saúde, a vulnerabilidade das populações e promover a qualidade de vida futura. (WHO & ICN, 2009).

No âmbito da saúde, de forma a minimizar possíveis consequências, a preparação e existência de enfermeiros dotados de conhecimentos, competências e habilidades são essenciais para responder de forma pronta e em tempo útil a estes eventos de larga escala (Veenema, et al., 2017).

Neste sentido, uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica consiste em dinamizar a

resposta forma eficaz e eficiente em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação (OE, 2018).

Objetivos: Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em situações de exceção e catástrofe e sensibilizar para a importância dos conhecimentos, competências e habilidades através de programas de educação e formação, incluindo treino regular.

Material e Métodos

Para a recolha de dados foi realizada uma pesquisa livre através de base de dados CINAHL® Plus with Full Text, MEDLINE® with Full Text, Complementary Index, Business Source Complete, presentes na EBSCOHost web; SciELO - Scientific Electronic Library Online e no RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Os termos utilizados foram “major events”, “disaster”, “preparedness or response” e “nursing care” (descritores classificados).

Resultados/Discussão

Na última década verificou-se um aumento na frequência e intensidade de eventos naturais e tecnológicos (Veenema et al., 2016). Os estudos salientam que são necessários profissionais qualificados para a implementação de planos e estratégias locais, nacionais, regionais e globais de redução de riscos, desde a conceção à ação. Sendo a classe de enfermagem um dos maiores grupos no sistema de saúde, pode-se afirmar que a eficácia de resposta a estes eventos está dependente da capacidade de trabalho deste grupo profissional (Veenema et al., 2016).

Nesta linha de pensamento, o International Council of Nurses afirma que todos os enfermeiros devem demonstrar competências e um conjunto de habilidades em enfermagem de catástrofe (Alfred et al., 2015). A competência é definida como o conhecimento que permite a um profissional realizar atividades de forma consistente e segura, com impacto no seu desempenho (WHO & ICN, 2009). As mesmas entidades defendem que as competências em enfermagem devem incluir vários aspetos: conhecimento, compreensão e julgamento; habilidades cognitivas, técnicas ou psicomotoras e interpessoais e atributos e atitudes pessoais (WHO & ICN, 2009).

Peritos nesta área sugerem que para fazer face a eventos de larga escala, cada país deve criar um grupo de trabalho com as competências e habilidades necessárias, em parceria com outros profissionais, para uma resposta célere e eficaz a situações de exceção/catástrofe (Veenema et al., 2016). No trabalho desenvolvido por estes autores, os mesmos propõem que, idealmente, os enfermeiros devem:

- Possuir conhecimentos, competências e habilidades essenciais para dar resposta para situações de emergência, exceção e saúde pública;
- Responder diretamente ou fornecer suporte indireto durante um evento de catástrofe ou situação de exceção;
- Promover a preparação a pessoas singulares, famílias e comunidades, dentro das organizações que representam;
- Demonstrar empenho na elaboração de planos de intervenção bem como na formação e treino regular neste domínio de ação (Veenema, et al., 2016).

O objetivo deste projeto é assegurar que os enfermeiros possuam conhecimentos, competências e habilidades para intervir de forma proativa, promovendo a segurança dos cidadãos e minimizando danos que possam advir.

Uma catástrofe divide-a em 3 fases distintas: pré-incidente, incidente e pós-incidente, pelo que os enfermeiros devem atuar adequadamente em cada uma destas fases. A primeira fase subdivide-se em prevenção/mitigação e preparação, a segunda corresponde à resposta e a terceira refere-se à recuperação/reabilitação. Na mitigação/prevenção estes profissionais devem atuar com antecedência, com o objetivo de minimizar os efeitos dos riscos, a gravidade e o impacto potencial de uma situação de emergência ou incidente crítico. A avaliação e análise das vulnerabilidades e riscos de uma determinada região está incluída nesta etapa. A preparação, inclui as ações que os profissionais de saúde e/ou as instituições se comprometem a desenvolver, identificando recursos internos e externos, que podem ser utilizados em caso de emergência, através de um plano de emergência, formação dos profissionais, exercícios de treino, educação/sensibilização da população. Na fase da resposta deverão ser implementadas as políticas, procedimentos e protocolos previamente definidos para atuar em situação de catástrofe. Por último na fase de recuperação/reabilitação são implementadas as ações de forma a restaurar os serviços mínimos e objetivar uma recuperação a longo prazo (WHO & ICN, 2009; Al Thobaity, Plummer, & Williams, 2017).

Conclusão

Com base na literatura analisada torna-se evidente que os enfermeiros são intervenientes chave em situações de exceção e catástrofe, tendo em conta as suas habilidades de prestação de cuidados, criatividade, liderança e capacidade de se adaptarem a situações inesperadas (WHO & ICN, 2009). A aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, bem como uma adequada formação e treino regular, vão influenciar as intervenções, o desempenho e a capacidade de resposta, com impacto direto na diminuição da morbilidade e mortalidade dos cidadãos associados a estes eventos, pelo que a inclusão de formação em enfermagem de catástrofe no

plano curricular é recomendável, pelos reconhecidos benefícios de impacto que tem na sociedade sustentados na evidência científica (Al Thobaity, Plummer, Innes & Copnell, 2015).

Referências Bibliográficas

- Al Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31, 64-71.
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J., & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15, 82–89.
- ICN. (2019). Position Statement: Nurses and disaster risk reduction, response and recovery. Genebra: ICN - International Council of Nurses.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências 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*. Lisboa, pp. 19359 - 19370. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.
- Veenema, T. G., Lavin, R. P., Griffin, A., Gable, A. R., Couig, M. P., & Dobalian, A. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), pp. 688-696.
- Veenema, T., Griffin, A., Gable, A., MacIntyre, L., Simons, R., Couig, M., . . . Larson, E. (Março de 2016). Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response--A Call to Action. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 187-200.
- WHO, & ICN. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Genebra: WHO.