



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

NO CAMINHO DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL:  
UM MOMENTO CRUCIAL

ON THE WAY OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT: A CRUCIAL  
MOMENT

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

Por

Mariana da Cunha Marinheiro dos Santos

Porto, 2016



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

NO CAMINHO DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL:  
UM MOMENTO CRUCIAL

ON THE WAY OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT: A CRUCIAL  
MOMENT

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

Por

Mariana da Cunha Marinheiro dos Santos

Sob a orientação da Professora Patrícia Coelho

Porto, 2016



## RESUMO

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, tem como principal objetivo a aquisição de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto ou idoso com doença grave e em situação crítica. De acordo com o plano de estudos foram realizados três módulos de estágio. O presente relatório foi elaborado tendo por base o método descritivo/reflexivo e visa expôr de forma objetiva as atividades realizadas, os temas que foram alvo de pesquisa bibliográfica, a reflexão acerca das atitudes tomadas durante o período de estágio bem como as competências que resultaram deste processo de aprendizagem e ainda para obter o grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio foi realizado em três locais distintos, o módulo I decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), seguindo-se o módulo III Assistência Pré-Hospitalar que decorreu nos meios de atuação do Instituto Nacional de Emergência Médica e por fim o módulo II que foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIP-G) do CHSJ. A escolha dos locais foi motivada pelo facto de muitas vezes o circuito realizado pelo doente crítico é primeiramente abordado em meio pré-hospitalar sendo encaminhado para o serviço de urgência e posteriormente, internado numa unidade de cuidados intensivos.

Relativamente à assistência pré-hospitalar existem algumas dificuldades no que diz respeito à atuação prática e decisões no terreno, contudo é uma atuação indubitavelmente importante uma vez que permite a deteção, tratamento e encaminhamento precoce de situações complexas evitando deste modo complicações. No SU contactei com casos urgentes/emergentes nos quais foi necessário identificar os problemas em tempo útil e estabelecer prioridades nas ações de enfermagem. A UCIP-G é um local de elevada complexidade devido às variadas tecnologias que são utilizadas bem como pela vigilância apertada e monitorização contínua que o doente crítico necessita.

As aprendizagens profissionais emergem das diferentes situações/problemas identificadas ao longo dos três estágios, culminando com a realização do panfleto sobre “Medidas de Isolamento e Principais Vias de Transmissão” no módulo I, a execução do trabalho “Assistência Pré-Hospitalar a Vítimas Pediátricas” e o *flyer* “Marcha de Urgência – Como proceder” no módulo III e referente ao módulo II de estágio, a realização de um trabalho intitulado “Importância do Controlo Glicémico em Cuidados Intensivos”. O desenvolvimento destas temáticas demonstra que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ter um papel ativo, de forma a cooperar no estabelecimento de boas práticas, dando o seu contributo para a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

**Descritores:** Relatório; Estágio; Especialização; Enfermagem Médico-Cirúrgica



## **ABSTRACT**

The realization of the Master in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, has as main objective to acquire skills for advanced nursing care to adult or elderly patient with severe disease and in critical condition. According to the study plan were performed three training modules. This report was developed based on the descriptive/reflective method and aims to accurately exposing the performed activities, the subjects that were reviewed through bibliographic reaserch, reflection about the actions taken during the probationary period and the skills have resulted of this learning process and also get a master's degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing.

The internship was held in three locations, the module I held at the Emergency Service of the Centro Hospitalar de São João (CHSJ), followed by the module III Prehospital Care elapsed in the National Institute of Medical Emergency and finally the module II which was held in General Polyvalent Intensive Care Unit of the CHSJ. The selection of locations was motivated by the fact that often the circuit used by the critically ill patient is firstly be approached in pre-hospital environment being forwarded to the emergency department and later admitted in an intensive care unit.

Concerning the pre-hospital care there are some difficulties in regard to performance and practical decisions on the ground, but is certainly important role since it allows the detection, treatment and early forwarding complex situations thereby avoiding complications. In the Emergency Service i had contacted with urgent/emergent cases in which it was necessary to identify problems in a timely and prioritize nursing actions. The General Polyvalent Intensive Care Unit is a place of high complexity due to a different technologies that are used as well the close surveillance and continued monitoring the critical patient needs.

The Professional apprenticeships emerge from the different situations/problems, identified over the three stages, culminating into the development of a brochure about "Isolation Measures - Major Transmission Pathways" on the module I, execution of work "Prehospital Care to Pediatric Victims" and the flyer "Gait of Urgency - How to proceed" in the module III and regarding the traineeship module II the achievement of a work entitled "Importance of the Glycemic Control in Intensive Care".

The development of these subjects, demonstrates that the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing should play an active role in order to cooperate in establishing of best practices, giving its contribution to improving the quality and efficiency of care.

**Keywords:** Report; Internship; Specialization; Medical-Surgical Nursing



## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Mestre Patrícia Coelho, por todo o conhecimento transmitido, pelo seu profissionalismo, disponibilidade, pelas palavras de incentivo e apoio prestado na sua orientação ao longo deste percurso.

Aos meus pais e avós, pela educação, pelos momentos de motivação e pelo carinho ao longo de todo este trajeto.

Ao João, pela compreensão, pelo incentivo e pelo espírito de entreatajuda com que me acompanhou ao longo desta caminhada.

A todos os que contribuíram de algum modo para a concretização deste objetivo...

A todos, os mais **Sinceros Agradecimentos**



## **LISTA DE SIGLAS**

AEM: Ambulância de Emergência Médica

AVC: Acidente Vascular Cerebral

BIS: Índice Bispectral

BPS: Behavior Pain Scale

CHSJ: Centro Hospitalar de São João

CI: Cuidados Intensivos

CIAV: Centro de Informação Antivenenos

CIPE: Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

CVC: Cateter Venoso Central

DAE: Desfibrilhador Automático Externo

DGS: Direção Geral de Saúde

EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO: Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEMC: Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC: Enfermagem Médico-Cirúrgica

FA: Fibrilhação auricular

GNR: Guarda Nacional Republicana

IACS: Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

IPOP: Instituto Português de Oncologia do Porto

PAD: Pressão Arterial Diastólica

PAM: Pressão Arterial Média

PAS: Pressão Arterial Sistólica

PAV: Pneumonia Associada à Ventilação

PCR: Paragem Cardiorrespiratória

PPC: Pressão de Perfusão Cerebral

PSP: Polícia de Segurança Pública

RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale

RIH: Reanimação Intra-Hospitalar

SatO2: Saturação Periférica de Oxigénio

SAV: Suporte Avançado de Vida

SBV: Suporte Básico de Vida

SE: Sala de Emergência

SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV: Suporte Imediato de Vida

SU: Serviço de Urgência

TAE: Técnico de Ambulância de Emergência

TCE: Traumatismo crânio-encefálico

TIP: Transporte Interhospitalar Pediátrico

TOT: Técnico de Operações em Telecomunicações

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP-G: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

UCP: Unidade de Curta Permanência

UMIPE: Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VIC: Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI: Ventilação Mecânica Invasiva

VNI: Ventilação Não Invasiva

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....</b>	<b>17</b>
<b>3. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>6. APÊNDICES.....</b>	<b>75</b>
<b>6.1. APÊNDICE I.....</b>	<b>77</b>
<b>Panfleto “Medidas de Isolamento e Principais Vias de Transmissão” .....</b>	<b>77</b>
<b>6.2. APÊNDICE II.....</b>	<b>81</b>
<b>Trabalho: “Importância do Controle Glicêmico em Cuidados Intensivos” .....</b>	<b>81</b>
<b>6.3. APÊNDICE III .....</b>	<b>105</b>
<b>Trabalho: “Assistência Pré-Hospitalar a Vítimas Pediátricas” .....</b>	<b>105</b>
<b>6.4. APÊNDICE IV .....</b>	<b>125</b>
<b>Flyer “Marcha de Urgência – Como Proceder” .....</b>	<b>125</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) tem como principal objetivo adquirir mais conhecimentos e competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto ou idoso com doença grave e em situação crítica, para melhor prestar cuidados e de forma mais eficiente e eficaz neste contexto.

A Ordem dos Enfermeiros define como especialista, o enfermeiro que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, e que demonstra elevado grau de juízo clínico e tomada de decisão, tendo em atenção, as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde.

Ao longo do meu percurso profissional investi em formação, nomeadamente na área de Cuidados Intensivos tendo realizado anteriormente, Pós-graduação em Enfermagem de Cuidados Intensivos. É uma área que desde sempre me despertou interesse, contudo o facto de não possuir experiência profissional nesse âmbito, foi um dos motivos que me levou a ingressar no curso de Mestrado com Especialização Médico-Cirúrgica. O contacto que tive com o doente em situação crítica foi durante o estágio de integração à vida profissional realizado no 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. A minha experiência profissional é na área de cirurgia. Exerço funções como enfermeira no Instituto Português de Oncologia do Porto há aproximadamente sete anos, no serviço de internamento e tenho contacto com doentes de cinco especialidades cirúrgicas (Neurocirurgia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica, Ortopedia e Urologia), contudo por vezes também presto cuidados a doentes de outras especialidades cirúrgicas e médicas.

Ao longo da minha vida académica foram realizados diversos estágios, tendo preferido sempre locais diferentes, no sentido de perceber realidades, filosofias e metodologias distintas, promovendo desta forma o crescimento pessoal e profissional através de novas experiências.

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com EEMC do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foram realizados três módulos de estágio. Cada módulo realizado, teve no total 180 horas de

contacto. Sendo que, primeiramente foi realizado o módulo I - SU, seguindo-se o módulo III - opcional (Assistência Pré-Hospitalar), tendo terminado com o módulo II - Serviço de Cuidados Intensivos.

A realização do módulo I, teve início no dia 28 de Abril e término a 20 de Junho de 2015 e decorreu no SU do Centro Hospitalar de São João (CHSJ).

Conforme o Despacho n.º 10319/2014 do Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014 os níveis de urgência são atualmente classificados em três níveis: Serviço de Urgência Polivalente – o nível mais diferenciado de respostas à situação de urgência/emergência; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica – o segundo nível de acolhimento das situações de urgência; Serviço de Urgência Básica – o primeiro nível de acolhimento, com abordagem e resolução das situações menos complicadas e mais frequentes de urgência.

O SU do CHSJ é uma urgência polivalente e está inserido num hospital central, universitário e dá resposta à maior parte da população a norte do rio Douro, servindo também como centro primário de urgência para uma grande parte da população do Porto e concelhos limítrofes. Estas características contribuíram para os motivos que me levaram a optar por realizar estágio no SU do CHSJ, as múltiplas valências do SU, proporcionaram um variado leque de oportunidades de aprendizagem e permitiram o contacto com diversas situações complexas, com as quais não tinha experiência a nível profissional.

No módulo III opcional - assistência pré-hospitalar, o estágio desenvolveu-se no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) num período compreendido entre o dia 14 de Setembro e 7 de Novembro de 2015, nos meios Ambulância Médica de Emergência (AEM), ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), sendo que na AEM realizei 2 turnos, na SIV foram realizados 14 turnos e na VMER realizei 12 turnos.

Dentro das possibilidades referentes à área opcional, escolhi realizar o estágio na área de assistência pré-hospitalar, o que motivou esta escolha prende-se com o facto de muitos doentes serem abordados inicialmente em ambiente pré-hospitalar, passando depois pelo serviço de urgência e sendo admitidos posteriormente no serviço de cuidados intensivos, tendo oportunidade de observar e prestar cuidados ao doente crítico nos diferentes contextos pelos quais passa frequentemente.

A atuação dos profissionais em contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir a prestação de cuidados de saúde a pessoas vítimas de doença súbita e/ou acidente, certificando por todos os meios disponíveis a melhor abordagem e estabilização da vítima

no local da ocorrência, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção pela unidade de saúde.

Ao módulo II corresponde o estágio de Cuidados Intensivos, que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIP-G) do CHSJ num período compreendido entre o dia 9 de Novembro de 2015 e o dia 20 de Janeiro de 2016.

O ambiente de cuidados intensivos é reconhecido como sendo muito específico, no sentido em que se utilizam as mais sofisticadas tecnologias em conjunto com uma vigilância contínua médica e de enfermagem e com uma variedade de intervenções que visam combater a doença que constitui ameaça à vida do doente. Na unidade de cuidados intensivos a função do enfermeiro é fundamental, conhecer o doente no seu regime terapêutico, acompanhar o seu estado progressivo e identificar as suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

O interesse pela área de cuidados intensivos esteve presente desde sempre, é sem dúvida um grande desafio, pois exige ter elevado conhecimento e estar sempre atualizado para manter a excelência dos cuidados que se presta. Neste contexto surge a possibilidade de realizar estágio numa unidade de cuidados intensivos polivalente, o que permite observar o doente crítico com patologias diversas, nomeadamente do foro médico, cirúrgico e trauma.

O estágio é um período crucial para aquisição de competências. Pois é no contexto de prática clínica, que surge o desenvolvimento de autonomia, iniciativa, comprometimento, criatividade e poder de tomada de decisão, através da mobilização de conhecimentos e apoiadas num pensamento crítico-reflexivo. Neste sentido, a formação em enfermagem deve estar ligada aos contextos de trabalho com vista a proporcionar a melhoria dos cuidados prestados e do desempenho profissional.

A reflexão e consciência crítica é um comportamento que se desenvolve a partir da aprendizagem e da edificação de saberes profissionais. Assim, a elaboração deste relatório visa apresentar o percurso realizado e as experiências vividas. O presente relatório tem por objetivos: expôr de forma clara as atividades realizadas, os temas que foram alvo de pesquisa bibliográfica, a reflexão acerca das atividades e atitudes tomadas durante o período de estágio bem como as competências adquiridas e ainda obter o grau de Mestre.

O relatório foi elaborado com base no método descritivo e através de pesquisa bibliográfica. Estruturalmente, o relatório é constituído pela caracterização do local onde decorreu cada estágio, seguindo-se o capítulo “Objetivos, Atividades e Competências”. Neste capítulo relacionei os objetivos que me propus alcançar com as atividades inerentes à sua execução, e através de análise crítico-reflexiva demonstrei as competências que foram

adquiridas no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao longo dos módulos de estágio. Este documento termina com a apreciação global do percurso realizado, enfatizando as competências profissionais que resultaram deste processo de aprendizagem e com a apresentação dos trabalhos realizados em apêndice.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Tendo em conta a realização de três módulos de estágio em diferentes contextos, realizei uma breve descrição das principais características dos locais onde foram realizados, no sentido de integrar e compreender a dinâmica e funcionamento de cada serviço/local de estágio.

**Módulo I – SU:** como referi anteriormente o SU do CHSJ é uma urgência polivalente e está inserido num hospital central e universitário, desta forma possui o maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência. Para além de ter as valências que têm os hospitais com urgências Médico-Cirúrgicas tem ainda outras especialidades como por exemplo: Gastrenterologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascular, Neurocirurgia entre outras.

O SU está localizado no piso 1 e está dividido por diferentes áreas, como a área de admissão/administrativa; área de triagem; área de atendimento para doentes de prioridade pouco ou não urgente (verde/azul); área de atendimento para situações de urgência do foro Psiquiátrico; área de atendimento para situações urgentes (Amarela); área de atendimento muito urgente (laranja) e Unidade de Curta Permanência (UCP); área de ortotraumatologia; área de emergência e doente crítico (Sala de Emergência) e ainda outras áreas de urgência de especialidades mas que se encontram noutros espaços físicos.

O espaço físico do SU alberga ainda o gabinete de apoio ao acompanhante, um posto da Polícia de Segurança Pública (PSP), as respetivas salas de acompanhantes das diferentes áreas funcionais e ainda a sala da família que é um local específico com condições de privacidade para acolher as pessoas significativas dos utentes e onde é fornecida informação por parte dos médicos/enfermeiros acerca do estado clínico do seu familiar.

A equipa multidisciplinar do SU do CHSJ é composta por diferentes profissionais entre eles, Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia e Assistente Social. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 90 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe e enfermeiro coordenador e estão divididos por equipas. Cada equipa é formada por 22 elementos, sendo que um dos enfermeiros tem função de coordenação da equipa e outro tem função de subcoordenador substituindo o

enfermeiro coordenador na ausência deste. Os enfermeiros são distribuídos pelas diferentes áreas que compõem o serviço de urgência conforme estipulado e de acordo com as necessidades.

Através do sistema informático o enfermeiro aloca-se na área para a qual está destacado, entrando dentro da área e respetiva sala de espera tem acesso a todos os doentes que estão alocados a essa área. À medida que o enfermeiro vai assumindo a responsabilidade pelo doente que seleciona, vê a história atual onde constam os motivos que levaram o doente a recorrer ao SU, principais antecedentes, medicação que toma no domicílio e estado clínico do doente, verifica se tem prescrição de medicação e qual a hora que é para administrar, se tem exames de diagnóstico pedidos, se tem pedido de colheita de sangue ou outros produtos para análise e efetua registos de enfermagem.

Área de admissão/administrativa: está localizada à entrada do SU, onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente e acompanhante. No gabinete de apoio ao acompanhante está um administrativo que funciona como sendo um elo de ligação entre os profissionais de saúde e os familiares/pessoas significativas dos doentes. Para este local são encaminhados os acompanhantes no sentido de se registarem como tal e deixarem o seu contacto, sendo atribuída uma pulseira roxa que significa que é o acompanhante de referência, isto permite que os profissionais tenham conhecimento de que os doentes têm familiares na sala de espera, uma vez que não existe a possibilidade de estes estarem permanentemente a acompanhar o doente. Contudo, existem situações em que é necessário a permanência contínua dos familiares dentro das respetivas áreas funcionais como em casos de doentes que possuam barreiras à comunicação ou agitação psicomotora, deste modo o enfermeiro da triagem atribui ao acompanhante uma pulseira de cor castanha que significa acompanhante permanente. Na área de atendimento de doentes pouco ou não urgentes e psiquiatria não existem condicionantes à presença dos acompanhantes, podendo estar presentes permanentemente se assim o desejarem.

Área de triagem: local onde é realizada a primeira avaliação do doente e lhe é atribuída uma pulseira com a cor da prioridade de atendimento. Esta avaliação é feita pelo enfermeiro tendo por base o Sistema de Triagem de Manchester que tem como principal objetivo assegurar que o doente mais urgente é identificado de imediato e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica. Esta área é dotada de dois postos de trabalho nos turnos da Manhã e Tarde e por um enfermeiro durante o turno da noite, sendo que existe a possibilidade de um terceiro posto de triagem caso o fluxo de doentes assim o justifique. Adicionalmente, os doentes com sinais ou sintomas compatíveis com acidente

vascular cerebral (AVC), obstrução das artérias coronárias, infecções generalizadas e traumatismos graves entram em vias prioritárias de atendimento denominadas de **Vias Verdes** que facilitam o atendimento quase imediato destes doentes, por forma a diminuir o risco de vida ou de perda de um órgão.

Área de atendimento para doentes de prioridade pouco ou não urgente (verde/azul): área constituída por um espaço com 3 cadeirões e dois gabinetes (médico e de enfermagem) e onde são observados os doentes e prestados os cuidados necessários, com a particularidade de que se for necessário realizar colheitas e administrar determinados fármacos os doentes deverão ser alocados na área amarela.

Área de atendimento de psiquiatria: local onde é feito o atendimento de doentes com situações urgentes do foro psiquiátrico. Com dotação de um enfermeiro por turno que também está em simultâneo na área dos verdes/azuis durante os turnos da manhã/tarde. Durante o turno da noite é assegurado pelo enfermeiro da área da ortotraumatologia.

Área de atendimento para situações urgentes (Amarela): local constituído por oito gabinetes médicos para avaliação dos doentes, quatro unidades individuais e espaço envolvente equipado com cadeirões e cadeiras para a prestação de cuidados. Habitualmente com a dotação de quatro enfermeiros por turno. Adjacente a esta área existe uma zona de espera para os doentes triados para este sector mas ainda não observados ou que aguardam observação por um especialista a quem tenha sido solicitada consultadoria.

Área de atendimento muito urgente (laranja): dentro do mesmo espaço físico está a UCP que dispõe de 8 camas e a área laranja que dispõe de espaço para 7 macas e 8 cadeirões, serve para vigilância e/ou tratamento de doentes com situações clínicas nas quais se prevê um período de até 12 a 24 horas para a sua resolução ou decisão quanto à necessidade de internamento ou alta. A UCP pode receber doentes triados com cor Laranja bem como doentes inicialmente triados com outra cor ou observados em qualquer outro sector e que preencham os requisitos acima referidos. Esta área está equipada com equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo. A UCP e a zona laranja têm um total de quatro enfermeiros por turno estando dois para cada área respetivamente.

Área de ortotraumatologia: local para onde são encaminhados doentes vítimas de traumatismo de pouca gravidade ou que necessitem de pequenas cirurgias. Durante os turnos da manhã/tarde estão dois enfermeiros e à noite um enfermeiro.

Área de emergência e doente crítico (Sala de Emergência): área onde se realiza a receção, avaliação e estabilização inicial de doentes emergentes em que existe risco de vida

ou compromisso de funções vitais e que necessitam de tratamento imediato. A sala de emergência (SE) dispõe de cinco unidades equipadas com material necessário a suporte avançado de vida. Três das unidades são geralmente para situações emergentes médico-cirúrgicas e duas são para doentes com traumatismos graves, sendo que a primeira unidade da sala é ocupada em último lugar, na eventualidade de surgir um doente proveniente do pré-hospitalar em situação de paragem cardiorespiratória (PCR) e manobras de reanimação, isto deve-se à localização da unidade e ao trajeto que é efetuado desde a entrada do SU até à SE.

**Módulo II – UCIP-G:** é uma unidade de cuidados intensivos polivalente geral, possui equipa médica e de enfermagem, assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; dispõe de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, bem como tem acesso a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas. Está localizada no piso 6 do CHSJ, é composta por duas salas e um quarto de isolamento com uma lotação total de 16 camas. Na sala grande encontramos 11 camas distribuídas numa área comum “*Open Space*”. A sala pequena dispõe de 4 camas também em área comum, junto à sala pequena existe um quarto de isolamento que dispõe de uma janela para a sala pequena permitindo deste modo a visualização por parte dos enfermeiros e médicos. Cada sala dispõe de uma central de enfermagem com um monitor de telemetria. No espaço de cada unidade do doente, verificamos a existência de, monitor, ventilador, rampa com suporte para máquinas perfusoras e um carro com material (para preparação e administração de medicação, cachimbos e filtros para ventilador, luvas e compressas esterilizadas) que se encontra atrás da cama e onde os enfermeiros preparam a medicação que diz respeito ao doente daquela unidade. Consoante a necessidade do doente, também é colocada na unidade deste máquina para técnica de substituição renal, ou dispositivo para oxigenação através de membrana extracorporeal, ou dispositivo de ventilação não invasiva.

A zona de apoio ao Serviço é constituída por: um gabinete para a Enfermeira Chefe; um gabinete médico; um quarto de repouso; uma sala de sujos; uma sala dos auxiliares; um balcão de secretariado; uma sala de armazenamento de medicação; uma arrecadação de equipamentos: monitores, máquinas e seringas perfusoras; uma arrecadação de material de uso clínico; espaço de armazenamento de roupa; uma copa para o pessoal do serviço e duas casas de banho.

A zona de acesso ao Serviço é constituída por: uma sala de espera para as visitas/familiares.

A equipa de enfermagem é composta por um Enfermeiro Chefe, um Enfermeiro de apoio à gestão, 2 enfermeiros especialistas em Reabilitação e vários Enfermeiros com

diferentes especialidades e graduação e estão distribuídos por equipas. Cada equipa é formada por 10 elementos, o chefe de equipa habitualmente fica como responsável de turno, assumindo a coordenação da equipa e dá apoio na prestação de cuidados aos restantes elementos. Habitualmente existe um rácio de um doente a dois doentes por enfermeiro.

**Módulo III opcional – Assistência Pré-Hospitalar (INEM):** A emergência médica em Portugal atualmente é realizada por várias entidades, (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde que colaboram de forma a prestar assistência às vítimas no contexto pré-hospitalar. Deste modo compõem o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O INEM é a entidade do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do SIEM em Portugal Continental.

O acionamento dos meios para as situações de emergência é realizada através do número europeu de emergência (112). O atendimento das chamadas é realizado pela PSP e sempre que o motivo da chamada seja relacionada com saúde, a mesma é encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). O funcionamento do CODU é assegurado durante as 24 horas do dia por uma equipa de profissionais com formação exclusiva (Médicos, Psicólogos e Técnicos de Operações em Telecomunicações (TOT). Têm como funções, efetuar a triagem e avaliação dos pedidos de socorro no mais curto espaço de tempo, selecionar e enviar os meios de socorro mais adequados a cada situação, realizar o acompanhamento das equipas de emergência que estão no local e preparar a receção hospitalar dos doentes após o contato com as unidades de saúde.

Em casos de intoxicação ou envenenamento é realizado contacto com o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) para obter informação sobre as medidas necessárias a implementar mediante o produto que provocou a intoxicação ou envenenamento, a quantidade de produto utilizada e a hora a que foi utilizado.

O INEM dispõe de vários meios que são ativados de acordo com a situação em causa. Estes podem ser:

A ambulância de Emergência Médica (AEM) – É tripulada por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), que estabilizam a vítima de acidente ou de doença súbita até à chegada de um meio mais diferenciado ou realizam o transporte de vítimas que não apresentem instabilidade hemodinâmica. Este meio encontra-se disponível nas bases do INEM e dispõe de equipamento de avaliação, desfibrilhador automático externo (DAE) e estabilização clínica.

Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) – É ativada para situações que necessitam de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação em caso de PCR com recurso a SIV ou ao suporte avançado de vida (SAV) após a chegada da VMER. Garantem a estabilização das vítimas em situação crítica enquanto não está disponível um meio mais diferenciado como é a VMER e asseguram um transporte mais seguro da vítima. É tripulada por um TAE e um enfermeiro e dispõe de equipamento de avaliação e estabilização e ainda de um monitor desfibrilhador semiautomático (com possibilidade de envio de dados para o CODU);

Viatura Médica de Emergência (VMER) – Na VMER os intervenientes (médico e enfermeiro) e o material disponível garantem a chegada ao local de uma equipa que permite realizar SAV e a estabilização pré-hospitalar, e acompanhamento médico durante o transporte até à unidade hospitalar. Frequentemente são ativadas para situações em que as vítimas apresentam sinais e/ou sintomas clínicos de gravidade. A VMER está localizada nas bases junto aos hospitais.

Motociclo de Emergência – É um meio vocacionado para o deslocamento no trânsito da cidade, porque chega rapidamente ao local onde se encontra a vítima e possibilita a estabilização da mesma até à chegada dos restantes meios. Dispõe de um DAE e equipamento para realizar suporte básico de vida (SBV).

Helicóptero de Emergência Médica – É um meio tripulado por dois pilotos, um médico e um enfermeiro que realizam o transporte de doentes graves entre duas unidades de saúde ou entre o local de acontecimento e uma unidade de saúde.

O INEM dispõe ainda de outros meios como sendo as ambulâncias de socorro, a ambulância de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC), a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) e o Hospital de Campanha (INEM, 2009).

Como foi referido anteriormente os meios de atuação onde foram realizados mais turnos foram a ambulância SIV e VMER, assim sendo, relativamente às tarefas executadas, pude observar e colaborar na sua execução, sendo que é verificada em cada turno uma *check-list* da qual consta verificar a operacionalidade do monitor/desfibrilhador (SIV e VMER); verificar a operacionalidade do ventilador, da seringa perfusora, do laringoscópio (SIV e VMER), do aspirador; verificar a capacidade das balas de oxigénio; verificar a validade e quantidade dos consumíveis; verificar a validade e quantidade dos fármacos (SIV e VMER); verificar a temperatura dos compartimentos frio e quente; verificar a operacionalidade do

tablet, do telemóvel de serviço e rádio. A reposição de material e limpeza do meio é realizada sempre após chegada à base.



### 3. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências durante o processo formativo, possibilita a prestação de cuidados especializados, tendo em conta os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, contribuindo para exercer boas práticas e para a segurança dos cuidados que se prestam.

Conforme os nº 3 e 4 do artigo 8 da *lei 156/2015 de 16 de Setembro*, “3 - o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. 4 - O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos do regulamento da especialidade, aprovado pela Ordem e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.”

Conforme a Ordem dos Enfermeiros (2010) indica, o Modelo de Desenvolvimento Profissional, integra o sistema de certificação de competências e o sistema de individualização das especialidades.

Segundo Le Boterf (2005) a competência é a intenção de agir de modo pertinente em relação a uma determinada situação/assunto. Deste modo, o enfermeiro especialista deve ser detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes que aplica em contexto de prática clínica.

Relativamente às competências do Enfermeiro Especialista, são diferenciadas em competências comuns e específicas, este conjunto de competências decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Os domínios de competências comuns incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências específicas da EEMC visam cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (falência orgânica e/ou risco de vida), intervir de forma eficaz em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, assim como potenciar a intervenção ao nível de prevenção e controlo de infeção.

Tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista acima descritas, foram elaborados objetivos ao longo dos diferentes estágios, e executadas atividades tendo sempre como foco de atenção o doente crítico e sua família e/ou pessoas significativas.

Em seguida farei uma análise crítico-reflexiva suportada por fundamentação teórica, do decorrer do estágio.

Foram delineados os **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** que se seguem, porém para uma melhor reflexão alguns foram agrupados:

- A. Objetivo: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC;**
  
- B. Objetivo: Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o utente e família, especialmente na área da EEMC;**
  
- C. Objetivo: Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;**

Para a consecução destes objetivos foram destacadas as seguintes atividades:

Aprofundar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades do utente/família em situação crítica; demonstrar conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e da Comissão de Controlo de Infeção; promover o desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo acerca dos cuidados prestados e das situações/problemas, bem como a sua possível resolução relacionados com o utente e família na área de EMC; pesquisar conhecimentos sobre temáticas relevantes decorrentes da prática clínica relativa ao utente em situação crítica; identificar quais as intervenções necessárias a realizar, aceitando as responsabilidades das ações especializadas, procurando suporte no Enf. Tutor, na área de EMC; demonstrar espírito de iniciativa e interesse pela aquisição de novos conhecimentos.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU**, para além das atividades descritas foram ainda realizadas as seguintes: aprofundar conhecimentos sobre o plano e os princípios de atuação em situação de Urgência/Emergência e adquirir conhecimentos sobre a Triagem de utentes.

Neste período, tive oportunidade de prestar e gerir os cuidados ao doente crítico em contexto de urgência e emergência, isto é, o doente que se encontra com sinais e/ou sintomas de instalação súbita, em que se verifica a possibilidade ou existência de risco de vida, compromisso ou falência orgânica. O primeiro contacto do doente com o profissional de saúde no SU ocorre na área de triagem, que é realizada através do Sistema de Triagem de Manchester. Sendo esta uma das áreas de atuação de elevada importância no SU, demonstrei interesse em aprofundar conhecimentos sobre o procedimento de triagem, tendo a oportunidade de sempre que possível e com a supervisão da tutora colaborar na execução do procedimento.

O enfermeiro que está presente na área de Triagem, tem de ser detentor de formação obrigatória no Sistema de Triagem de Manchester e o processo é alvo de auditorias internas mensais, para garantir a qualidade da triagem que é efetuada no SU. O principal objetivo da triagem é identificar critérios de gravidade, de uma forma concisa e sistematizada, permitindo identificar a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até à observação médica. O método utilizado consiste em identificar a queixa inicial que o doente refere aquando a chegada ao SU e seguir o respectivo fluxograma de decisão.

O fluxograma contém várias questões a serem colocadas e constituem os discriminadores. Estes podem ser gerais como (risco de vida, dor, hemorragia, grau de consciência, temperatura e situação aguda ou não) ou específicos para a situação em causa. A partir da pergunta do algoritmo que tem resposta positiva é determinada a prioridade clínica com a respectiva cor de identificação. No momento da Triagem de acordo com os discriminadores utilizados são realizados: observação; avaliação da respiração; determinação da glicemia capilar; avaliação do pulso; avaliação da saturação periférica de oxigénio (SatO<sub>2</sub>); avaliação da temperatura; avaliação do estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow e avaliação da dor (utilizando uma escala numérica de 0 a 10). A avaliação da tensão arterial é realizada em utentes com sinais e/ou sintomas sugestivos de Hipertensão ou Hipotensão arterial.

Segundo a DGS (2015), tendo em consideração a afluência elevada de doentes aos serviços de urgências, a tomada de decisão e uniformização dos procedimentos com base em

algoritmos clínicos possibilita aos profissionais de saúde agir tendo em atenção as prioridades, podendo encaminhar precocemente o doente, garantindo assim maior segurança e ajuste da prestação de cuidados às necessidades dos doentes.

Tal como mencionei previamente existem protocolos de triagem secundária que são vias prioritárias de atendimento denominadas de **Vias Verdes** que facilitam o atendimento quase imediato dos doentes com sinais ou sintomas compatíveis com AVC, obstrução das artérias coronárias, infeções generalizadas e traumatismos graves. Perante a ativação do protocolo das vias verdes o enfermeiro pode solicitar a realização de exames complementares de diagnóstico, como é exemplo o Eletrocardiograma (ECG) após atribuição de um determinado score aquando o preenchimento do protocolo da via verde coronária. A existência de **Vias Verdes**, permite agir precocemente e contribuir de forma favorável para o prognóstico do doente, conforme a DGS (2010) indica, a realização de um conjunto de atitudes numa fase precoce da doença, nomeadamente em situações de AVC, EAM, Sépsis e Trauma reduz as complicações e mortalidade que delas advêm. Nos turnos que realizei nesta área, identifiquei uma situação problema relacionado com a utilização do SU o que me levou a refletir, pois existe um grande número de doentes aos quais foi atribuída prioridade de atendimento pouco urgente, o que significa que poderiam recorrer em primeiro lugar a outros locais de cuidados de saúde que não o SU, para além desta situação, também constatei que existem doentes que têm um número elevado de episódios de recorrência ao SU.

De acordo com Campos (2014), existe de facto um recurso excessivo aos serviços de urgência pela verificação do número elevado de doentes classificados em prioridade verde e azul, sendo um problema que deve implicar campanhas de educação dos cidadãos relativamente à correta utilização dos serviços de saúde, promoção da linha de saúde 24, um melhor aproveitamento dos hospitais de dia e dos centros de saúde, entre outras. Algumas das razões que poderão contribuir para este recurso excessivo poderá estar relacionado com a existência de cerca de um milhão de habitantes sem médico de família e a falta de acesso ao médico de família em tempo adequado.

Após a passagem do doente pela área de triagem é encaminhado para uma das áreas funcionais do SU. Durante o estágio tive oportunidade de estar em quase todas as áreas, deste modo aquando a realização de turnos na área laranja pude conhecer a estrutura, observar o funcionamento do sistema informático utilizado (*Alert*), identificar quais as principais patologias dos doentes presentes nesta área e colaborar com a enfermeira tutora na prestação de cuidados.

Como principais patologias dos doentes presentes na área laranja são a Fibrilhação auricular (FA), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) sem supradesnivelamento de segmento S-T; dor, dispneia, convulsões, hipoglicemia entre outros. As patologias apresentadas pelos doentes presentes na área amarela são semelhantes às da área laranja mas com menor gravidade.

Nestas áreas observei a metodologia adotada na transmissão da informação aquando a passagem de turno e verifiquei que a informação incide pouco nos diagnósticos de enfermagem e nas intervenções planeadas, estando mais centrada na transmissão dos diagnósticos médicos e nos antecedentes pessoais. Esta situação é justificada pelo sistema de informação utilizado no SU, que documenta os cuidados de enfermagem através das notas gerais, não utilizando o processo de enfermagem em todas as suas fases (levantamento de diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções e resultados esperados). A inexistência de processo de enfermagem a nível informático contribui para a omissão de diagnósticos de enfermagem que os enfermeiros detetam durante a prestação de cuidados, podendo comprometer a produção de indicadores que possibilitam mensurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Num dos turnos realizados na área laranja, observei uma situação de doente que tinha indicação de ser internada no serviço de oncologia, com diagnóstico de neutropenia febril o que me levou a questionar sobre as medidas de isolamento protetor que poderiam ser instituídas. Uma vez que trabalho numa instituição vocacionada para o doente oncológico, tal suscitou a minha reflexão com a tutora e a equipa, relacionada com as medidas de isolamento nesta situação e noutras, como por exemplo em caso de suspeita de tuberculose pulmonar.

Após reflexão, verificou-se que seria pertinente a elaboração do trabalho presente no apêndice I, panfleto sobre “Medidas de Isolamento e Principais Vias de Transmissão”, para fornecer aos profissionais de saúde, com o principal objetivo de constituir um documento de apoio de acesso rápido de consulta e com a exposição da informação relacionada com o tema de forma clara e sucinta. Pela estrutura do SU existem por vezes dificuldades na implementação das medidas de isolamento e é um tema que suscita algumas dúvidas relativamente às precauções necessárias. Existem precauções básicas universais e precauções dependentes das vias de transmissão.

*“Previamente designadas por Universais, constituem estratégia de primeira linha, para o controlo das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. São um conjunto de medidas que devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais*

*que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. São destinadas a todas as pessoas que tenham contacto com os doentes em todos os locais onde sejam prestados cuidados de saúde, seja qual for o diagnóstico ou a suspeita de diagnóstico”* (DGS, 2007, p.11).

Com base na bibliografia consultada, a utilização de precauções de contacto está indicada em todos os doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microrganismos que possam ser transmitidos por contacto direto com o doente (pele-a-pele, através das mãos dos profissionais de saúde) ou indiretamente, por contacto das mãos com as superfícies ou utensílios do ambiente do doente, com os quais este teve contacto. Deve ser instituído isolamento de contacto em doentes com infeções ou colonizações causadas por bactérias consideradas multi-resistentes, como por exemplo: *Staphylococcus Aureus* resistentes à Meticilina; *Enterococcus* resistentes à Vancomicina; *Pseudomonas Aeruginosa* multi-resistente e *Clostridium Dificile*. O doente deve ficar num quarto individual, se não existir quarto individual disponível, colocar o doente em enfermaria com outro(s) doente(s) com infeção pelo mesmo agente, mas sem outras infeções. Caso não seja possível, deve ser tida em consideração a epidemiologia do agente e a população dos doentes ao definir a localização do doente., bem como deve ser consultada a Comissão de Controlo de Infeção. Para este tipo de isolamento deve ser colocado equipamento de proteção individual como luvas e avental antes do contacto com o doente não esquecendo nunca a lavagem e desinfeção das mãos, DGS (2007).

Referente ao isolamento por gotícula, aplica-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas (partículas com dimensões superiores a 5 µm) e que podem ser geradas através da tosse, espirro, fala ou determinados procedimentos passíveis de gerar aerossóis como a aspiração de secreções, broncoscopia e cinesiterapia respiratória. Estas partículas só conseguem percorrer distâncias não superiores a um metro devido ao seu peso. As medidas de isolamento por transmissão através de gotículas aplicam-se em doentes que apresentem doença ou suspeita de, por exemplo: Gripe; Meningite por *Haemophilus Influenzae* e *Neisseria Meningitidis* e Pneumonia (*Haemophilus Influenzae* em crianças, *Mycoplasma Adenovirus*), DGS (2007).

As condições para alocar os doentes com este tipo de isolamento são semelhantes às do isolamento de contacto. As áreas de isolamento (se existem) devem conter os materiais, equipamentos e infraestruturas que permitam a contenção na fonte e a individualização de materiais. Para além do uso da bata e máscara no contacto com o doente em isolamento por gotícula também se deve usar óculos nos procedimentos potencialmente geradores de

salpicos de sangue, fluídos corporais, secreções ou excreções. O doente deve ser transportado com máscara de procedimento, DGS (2007).

Relativo ao isolamento por via aérea, aplicam-se a doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por partículas com dimensão inferior a 5 µm, transportadas pelo ar. Estas partículas podem permanecer suspensas no ar e podem ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar podendo depois ser inaladas. Nesta situação é necessário que o doente esteja em quarto individual preferencialmente, com pressão negativa. Este tipo de isolamento deve ser instituído em doentes com suspeita ou doença confirmada como por exemplo: Tuberculose pulmonar, *Herpes Zooster* disseminado ou herpes localizado em doentes imunodeprimidos. A máscara a ser utilizada pelas pessoas que entram em contacto com o doente deve cumprir as recomendações europeias, com capacidade de filtragem de 95% das partículas, equipamento de protecção respiratória (Respirador P1/P2 para os profissionais e visitas). O transporte do doente deve ser realizado com máscara cirúrgica, se possível com elevado ajuste facial, DGS (2007).

Ao doente deve ser realizado ensino sobre o uso de lenços de papel para expectorar e tapar a boca quando tosse ou espirra, a colocação da máscara quando tem de sair do quarto e a higienização das mãos após tossir, espirrar ou após se assoar.

Existem ainda outros tipos de medidas de isolamento que constituem o isolamento protetor, este é aplicado em doentes imunodeprimidos, pois estão em maior risco de contrair vários tipos de infeções durante o seu tratamento, por este motivo é sempre aconselhável minimizar a exposição dos doentes protegendo-os do risco de transmissão pelo ambiente hospitalar, pela equipa de saúde e visitas. Segundo um estudo de Larson & Nirenberg (2004), existe fraca base na evidência sobre as intervenções de enfermagem que podem ser úteis na prevenção ou controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde em pacientes neutropênicos, contudo o uso de ambiente protetor entre outras medidas podem se revelar prudentes e importantes.

Dentro das medidas necessárias ao isolamento protetor, com base em informação consultada no Manual de Controlo de Infeção do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP) e do CDC, os doentes devem ser colocados preferencialmente em quartos individuais equipados com pressão positiva e filtros Heppa, contudo quando a estrutura do serviço não o permite deve ser consultada a Comissão de Controle de Infeção. O transporte do doente deve ser feito com máscara cirúrgica com atilhos tipo II (EN 14683) ou máscara cirúrgica com elevado ajuste facial PCM 2000. Antes da abordagem do doente neutropénico, deve ser colocado equipamento como touca, máscara cirúrgica e bata.

Relacionado com a atuação na SE, são realizadas algumas atividades de rotina e tive oportunidade de colaborar na sua execução, como verificação de todas as unidades no que respeita a material necessário para punção, entubação endotraqueal entre outros procedimentos, realização de teste do desfibrilhador e preparação de duas seringas (uma com adrenalina 3cc a 1mg/ml e outra com SF 20cc) para o saco de emergência da equipa de reanimação intra-hospitalar (RIH) e da SE, estas são preparadas a cada 24h. O motivo pelo qual são preparadas as seringas com adrenalina e soro, é para em situação de PCR em que de acordo com o algoritmo se deva proceder à sua administração, poder ser logo administrada poupando tempo na sua preparação. É também verificado o stock de medicação relativo a antibioterapia e a fármacos utilizados na sedação e analgesia. Observei e colaborei durante os procedimentos de colocação de cateter venoso central (CVC), linha arterial para monitorização de pressão invasiva e entubação traqueal para ventilação mecânica invasiva, acompanhei o doente na execução de exames complementares diagnósticos, apreendi a dinâmica do trabalho multidisciplinar, bem como a metodologia na avaliação nas diferentes situações.

Das situações que tive oportunidade de observar e participar, verifiquei que a equipa de enfermagem do SU demonstrou sempre um excelente trabalho em equipa, de forma bem organizada e competente.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G**, para além das atividades descritas foi ainda realizada a seguinte atividade: adquirir conhecimentos sobre monitorização hemodinâmica, neuromonitorização, técnicas de substituição renal e substituição de função respiratória e suporte farmacológico em CI.

O estado crítico, a complexidade dos doentes e a necessidade de um controlo rigoroso, são algumas das maiores particularidades de um serviço de cuidados intensivos. Assim o doente crítico depende de meios avançados de monitorização e terapêutica durante 24 horas por dia. Estes meios por sua vez são complexos, sendo uma dificuldade sentida por mim numa fase inicial, que foi sendo diminuída à medida que o estágio ia decorrendo.

A nível de cuidados de enfermagem ao doente crítico, os procedimentos técnicos que executei durante o estágio, passaram pela abordagem à via aérea artificial, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica, neuromonitorização, técnicas de suporte da função renal, suporte farmacológico, técnica de suporte da função respiratória através de oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO).

Relativamente à monitorização hemodinâmica, sendo esta o estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea, é realizada de forma contínua e é obtida através de

dispositivos invasivos e permite identificar através dos dados fornecidos o estado de perfusão dos tecidos.

Podemos ainda observar através da electrocardiografia a atividade elétrica do coração, permitindo a determinação da frequência cardíaca, observação de anomalias de condução decorrentes de disritmias, enfarte agudo do miocárdio, efeitos devido a fármacos utilizados e alterações eletrolíticas (Silva & Lage, 2010).

A monitorização invasiva está indicada em qualquer situação clínica que comprometa o débito cardíaco e o volume de líquidos como é o caso da maior parte dos doentes que são internados em cuidados intensivos.

Para além da monitorização contínua, a administração de terapêutica é também uma intervenção realizada no tratamento do doente crítico. À medicação horária alia-se um conjunto de fármacos em perfusão contínua que exigem reajustes de dose constantes, em função da resposta hemodinâmica dos doentes e que podem ser decisivos na sua recuperação conforme referem, Swearingen & Keen, (2003). Deste modo é crucial o enfermeiro deter conhecimento sobre os fármacos utilizados, suas características específicas e modo de preparação e administração dos fármacos. Dentro dos fármacos mais utilizados no âmbito dos cuidados intensivos é de salientar o uso de analgésicos como a morfina, fentanil e tramadol, anestésicos como propofol, etomidato e midazolam, relaxantes musculares como o rocurónio e amins simpaticomiméticas como a dobutamina e noradrenalina.

Relativamente à administração de fármacos, pude observar que são identificados de forma legível e colocados de forma organizada tendo em atenção os seus efeitos e com o objetivo de evitar possível iatrogenia. Nomeadamente em relação aos fármacos vasopressores que têm de ser administrados por via central, são sempre colocados na via proximal do CVC, desta forma perfundem isoladamente e impedem a administração de bólus acidental.

Existem doentes com necessidade de neuromonitorização, como é o caso dos doentes com lesão cerebral aguda, decorrente de trauma ou patologia como por exemplo AVC. A pressão de perfusão cerebral (PPC), é um dado importante a obter neste tipo de doentes, assim pode ser obtida através da diferença entre a PAM e a pressão intracraniana (PIC). A PIC é a pressão causada pelo líquido cefalorraquidiano e pode ser medida através de um cateter colocado no sistema ventricular ao nível do Foramen de Monro (Silva & Lage 2010).

A monitorização da PIC permite detetar se existe ou não hipertensão craniana. Em doentes que apresentem hidrocefalia, é colocado ainda um sistema de drenagem ventricular externa. Neste contexto tive oportunidade de ver e prestar cuidados a um doente que foi

internado na UCIP-G por crises convulsivas decorrentes de lesão ocupante de espaço com hemorragia subaracnoideia e hidrocefalia e que apresentava drenagem ventricular externa com o intuito de auxiliar no alívio da PIC. Este tipo de dispositivos exige intervenções de enfermagem específicas, nomeadamente tratamento ao local de inserção de cateter de PIC, monitorização da quantidade e vigilância de características do líquido, vigilância do estado de consciência do doente. Observei que existem aspetos relacionados com as intervenções de enfermagem que podem influenciar a PIC, como é exemplo a aspiração de secreções e os posicionamentos. São cuidados necessários a ter com o doente com neuromonitorização, o controlo da temperatura e a normoglicemia. A hipertermia aumenta as necessidades metabólicas e consequentemente a PIC (Silva & Lage, 2010). Nestes doentes e não só, é importante otimizar a sedação através de escalas de sedação e monitorização do índice bispectral (BIS), este permite avaliar a resposta do doente à utilização de fármacos anestésicos e sedativos. Neste período decorrido pude observar o funcionamento do BIS e os cuidados na colocação e manutenção do sensor.

Relacionado com a ventilação, por ser uma função que muitas vezes está comprometida nos doentes em situação crítica, faz com que haja a necessidade de serem submetidos a ventilação mecânica, esta pode ser invasiva ou não invasiva. A ventilação mecânica permite o suporte ventilatório com utilização de pressão positiva nas vias aéreas que de forma artificial promove a ventilação e as trocas gasosas dos doentes com insuficiência respiratória de qualquer etiologia (Silva & Lage, 2010).

Relativamente à ventilação artificial, tive oportunidade de observar os ventiladores existentes na UCIP-G, os modos ventilatórios mais utilizados como a pressão controlada, volume controlado, pressão de suporte e ventilação espontânea com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). No que diz respeito aos parâmetros ventilatórios que são programados no ventilador, podemos observar a Fração inspiratória de Oxigénio, o volume corrente, a frequência respiratória e a pressão máxima ou pressão de pico. Através da gasimetria é possível verificar como está o doente relativamente a trocas gasosas e com base nesses dados reajustar os parâmetros ventilatórios.

Uma das falências orgânicas que ocorre com frequência para além das que foram mencionadas, é a falência renal, neste caso são implementadas técnicas de substituição renal de forma a preservar a função do rim, sendo a mais usada a hemofiltração venovenosa contínua, e a hemodiálise venovenosa intermitente.

No que diz respeito ao ECMO tive oportunidade de ver aplicado num doente com Pneumonia causada por H1N1, neste caso foi utilizado o modo veno-venoso, uma vez que o

doente apresentava disfunção de causa respiratória, tendo o ECMO como principal objetivo substituir o pulmão. Posteriormente será abordado este tema com mais pormenor, pois foi um tema pelo qual senti necessidade de pesquisar uma vez que possuía conhecimento reduzido.

Uma vez que os doentes são submetidos a vários procedimentos invasivos que podem provocar estímulos dolorosos, têm necessidade de estar sob efeito de sedoanalgesia. Desta forma é importante avaliar o nível de dor e sedação. Na UCIP-G a avaliação da dor é realizada através da escala *behavior pain scale* (BPS) e o nível de sedação através da escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). De acordo com a recomendação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2011), a avaliação da dor em doentes que não podem comunicar, que estejam sedados e/ou ventilados deve ser realizada através da observação subjetiva de comportamentos, utilizando a BPS. Para manter as escalas BPS e RASS nos níveis pretendidos são necessários ajustes relativamente aos fármacos utilizados na sedação e analgesia.

No entanto, o uso de sedativos também tem efeitos negativos, segundo as recomendações publicadas pela *Society of Critical Care Medicine* (2013), identificar as causas subjacentes à agitação precocemente, manter o conforto do doente, ajustar a analgesia, promover a otimização do ambiente para estabelecer um padrão de sono normal devem ser tentados antes de implementar a sedação.

Contudo, é necessário recorrer frequentemente a fármacos sedativos para manter o bem estar do doente. Nesses casos a evidência sugere que deve ser mantido um nível de sedação mais leve.

De acordo com a *Society of Critical Care Medicine* (2013) a utilização de escalas e protocolos de sedação com o objetivo de minimizar o recurso a fármacos sedativos, bem como fármacos não benzodiazepínicos, contribui para um menor tempo de ventilação mecânica, diminuição do tempo de internamento em cuidados intensivos, assim como diminui a incidência do delirium e disfunção cognitiva a longo prazo. Como escala de avaliação sugerem que a escala (RASS) é um dos instrumentos mais fidedignos para avaliar a qualidade e profundidade da sedação em doentes críticos.

Também com o objetivo de facilitar a ventilação através de uma melhor adaptação ventilatória e/ou manuseamento dos valores da PIC, era necessário curarizar o doente. Para avaliação do nível de curarização é utilizado o monitor de transmissão neuromuscular (Aceleromiógrafo - TOF-GUARD).

Durante o período de estágio foi visível a implementação precoce da alimentação no doente crítico, assim que este se encontrasse estável. A alimentação é administrada por fórmula entérica ou parentérica numa fase inicial, progredindo para dieta via oral logo que seja possível, levando a uma diminuição de complicações provenientes da desnutrição, como por exemplo a úlcera de stress ou úlcera de pressão.

Como já foi mencionado, manter os níveis de glicemia normais é importante para a manutenção da PIC, mas também para obter melhores resultados no tratamento. O doente crítico desenvolve hiperglicemia como resposta fisiológica ao stress, através da libertação de hormonas e também pelos efeitos causados pelas drogas vasopressoras e corticosteróides, desta forma a UCIP-G tem um protocolo de controlo glicémico que é instituído aos doentes que são internados com o objetivo de manter a normoglicemia.

**No módulo III de estágio realizado no INEM**, para além das atividades descritas foram ainda realizadas as seguintes: conhecer os meios de atuação do INEM e identificar as diferenças de atuação, especificamente AEM, Ambulância SIV e VMER e conhecer os protocolos de atuação referentes aos meios Ambulância de SIV e VMER.

Durante o estágio no INEM, tive oportunidade de desenvolver atividades de enfermagem relacionadas com a área de especialização que complementaram a minha formação teórica e permitiram aplicar na prática os conhecimentos anteriormente apreendidos, tais como: prestar cuidados ao doente crítico em contexto de emergência pré-hospitalar, promover o envolvimento da família/pessoas significativas respeitando sempre os valores, crenças e cultura de cada um; colaborar com a equipa fundamentando a minha prática com base na evidência e refletir sobre a minha prática e sobre situações novas.

Na área de Emergência pré-hospitalar é importante conhecer como funciona o SIEM em Portugal, conhecer as causas de doença súbita, mecanismos de trauma (cinemática do trauma), demonstrar conhecimentos no âmbito de SBV e SAV e ainda sobre medidas de prevenção e controlo de Infecção, uma vez que o doente em situação crítica tem risco acrescido de contrair infeção pelo facto de necessitar de cuidados que implicam o recurso a múltiplas medidas invasivas. Na caracterização do local de estágio foram descritos os meios de atuação do INEM, principais diferenças e equipamento disponível nos diferentes meios.

Referente aos protocolos de atuação pude conhecer e aplicar protocolos da SIV, nomeadamente protocolo de abordagem à vítima, abordagem ao traumatizado, alteração do estado de consciência, diabetes e alteração de glicemia, dispneia, disritmias, hemorragia, intoxicações, PCR no adulto, traumatismo crânio encefálico (TCE), trauma das extremidades e tecidos moles e sedação e analgesia. Para além destes existem outros

protocolos relativos à atuação em casos de afogamento/acidentes de mergulho; alergias; cefaleias; déficit motor ou sensitivo; dor abdominal; dor dorso lombar; ginecologia/gravidez; obstrução da via aérea; parto; PCR na criança; problemas psiquiátricos/suicídio; queimaduras; reanimação neonatal; trauma de abdómen/bacia; trauma torácico e trauma vertebromedular.

Consultei ainda os protocolos referentes à VMER dos quais fazem parte: Manual de abordagem à vítima; emergência médica; emergência pediátrica e obstétrica; situação de exceção; técnicas de extração e imobilização de vítimas de trauma; transporte do doente crítico e SIEM. Penso que a existência de protocolos de atuação é um contributo positivo porque funciona como guia orientador da ação. *“A orientação por protocolos e a orientação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes revelam-se uma ajuda preciosa que permite fundamentar as acções em linhas orientadoras pré-estabelecidas e que limitam o erro”*(Oliveira & Martins, 2013, p.120).

Após as ativações para vítimas de doença súbita ou trauma, procurei em conversa informal com os elementos da equipa refletir sobre o trabalho executado no sentido de identificar aspetos passíveis de serem melhorados. Exemplo de um aspeto a melhorar, fruto de reflexão, está relacionado com a saída para a vítima criança com dispneia. Esta situação revelou ser um momento gerador de alguma ansiedade, quer pelo facto de se tratar de uma criança e não estar familiarizada com crianças em situação de doença e no contexto de emergência e por se tratar de uma situação potencialmente grave (dispneia). Tive oportunidade de colaborar com equipa na abordagem da vítima e foi uma experiência enriquecedora, uma oportunidade de comunicação diferente por se tratar de uma criança de 6 anos, no sentido de adequar a linguagem, diferente também por se tratar de uma criança traqueostomizada, diferente ainda por exigir uma transmissão de segurança e confiança para o menino, uma vez que este se encontrava na escola e sem familiares no momento.

A dispneia não se verificou, contudo a criança encontrava-se muito sonolenta, e correria o risco de entrar em paragem respiratória por ser portador da Síndrome de Ondine, segundo Assencio-Ferreira, da Silveira & Ferri-Ferreira, (2009) esta é uma doença na qual os mecanismos da respiração involuntária não funcionam adequadamente, ao adormecer, os rectores químicos que recebem sinais (diminuição de oxigênio ou aumento de dióxido de carbono no sangue) não chegam a transmitir os sinais nervosos necessários para que se dê a respiração. No domicílio, durante o sono a criança usa ventilador em modo CPAP. Nesta situação também se verificou alguma dificuldade em perceber qual o problema exacto e as patologias do menino uma vez que as educadoras se mostravam bastante ansiosas com o

estado da criança. A presença das educadoras, revelou não ser benéfico devido ao seu estado e por transmitirem informação de forma confusa. No momento de reflexão concluiu-se que logo desde início que deveria ter permanecido junto da vítima apenas uma das educadoras, e ser aquela que se encontrava na condição ajustada à situação. Foi através desta educadora que se obteve a informação importante para o caso, a criança estava sonolenta uma vez que lhe terá sido administrado por uma das educadoras diazepam via rectal, embora não soubesse explicar em concreto os motivos.

Perante outra ativação, saída para vítima de agressão, levou-me a refletir sobre dois aspetos importantes relacionados com a segurança e recolha e preservação de provas, pelo que considero ser pertinente, ter conhecimentos nestas temáticas. Este caso trata de uma senhora idosa, vítima de violência física por parte do filho. Após transportar a vítima para a ambulância, foi realizada exposição corporal no sentido de visualizar lesões. A filha acompanhou a vítima no transporte para o hospital e durante o percurso referiu já existir história anterior de violência e já estar referenciado às autoridades e à segurança social. Ao falar do caso com o TAE, percebi que já teria sido ativado em momento anterior, para a mesma família mas em situação de convulsão do filho que agrediu a doente, referiu que o filho tem história de abuso de álcool, períodos de agressividade e patologia psiquiátrica com falta de adesão ao regime terapêutico, explicou que a abordagem da vítima no domicílio foi rápida e que se transportou logo que possível a vítima para a AEM, de forma a manter a vítima e a equipa em segurança.

Neste caso existe evidência de se tratar de um ambiente hostil, o que acarreta riscos quer para a equipa, quer para a vítima, uma vez que o agressor se encontrava no mesmo local. Um dos princípios que os profissionais têm de seguir na abordagem à vítima é previamente avaliar as condições de segurança. Nesta situação, foi realizada avaliação do estado da vítima no mais curto espaço de tempo e verificadas as condições de estabilidade para retirar a vítima do local, após em local seguro, foi então realizada a exposição no sentido de se visualizarem lesões. Por se tratar de uma situação de agressão, penso ser importante ter conhecimentos sobre recolha e preservação de provas, neste caso específico não se identificaram lesões aparentemente visíveis macroscopicamente, mas contudo se existissem, era necessário saber como proceder corretamente no sentido de identificar e preservar os vestígios que podem ser importantes numa investigação médico-legal. Situações de violência física, agressões sexuais, acidentes rodoviários, casos relacionados com violência por armas brancas e/ou fogo, tentativas de homicídio ou suicídio são situações de área forense com que o enfermeiro se depara, assim a Ordem dos Enfermeiros indica, no Código

Deontológico do Enfermeiro, nos artigos 99.º e 100.º que as intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, na sua relação profissional, os valores como a igualdade, a verdade, a liberdade responsável, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e a competência profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Toda a minha formação inicial, profissional e pós-graduada foi sendo construída com saberes técnicos e científicos atualizados, tendo permitido uma atuação fundamentada com a evidência do conhecimento que é constantemente produzido. Segundo a Ordem dos Enfermeiros “*a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12).

**Com a concretização destes objetivos foram alcançadas as seguintes competências:**

- ✓ Mobilizar conhecimentos e múltiplas habilidades;
- ✓ Demonstrar aptidão na prestação de cuidados ao utente em situação crítica;
- ✓ Adquirir capacidade de identificar/analisar questões problema relacionadas com o utente/família;
- ✓ Integrar de modo assertivo os conhecimentos apreendidos na prestação de cuidados

**D. Objetivo: Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;**

Para atingir este objetivo foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Promover um ambiente seguro e calmo e treinar técnicas de comunicação para estabelecer uma relação de ajuda com o doente/família; identificar as necessidades de informação do doente/família; demonstrar disponibilidade e adequar a informação a transmitir e verificar se a mesma foi compreendida; permitir espaço para expressão de sentimentos e demonstrar conhecimentos sobre o processo de luto e transmissão de más notícias.

Sentimentos como medo, insegurança, incerteza, impotência, ansiedade e angústia são muitas vezes experienciados pelos doentes e seus familiares durante o período em que necessitam de ser hospitalizados. O SU por ser um serviço onde recorrem em situações de instalação súbita de sinais e sintomas que podem ser significado de risco de vida ou comprometimento de funções vitais, contribui para o aumento desses sentimentos. A unidade de cuidados intensivos (UCI) por ser um ambiente desconhecido, rodeado pelas mais variadas tecnologias, transformam este espaço num conjunto de eventos complexos, principalmente pela gravidade da situação e pela incapacidade de controlo, desencadeando no doente e nos familiares que o visitam, sentimentos de tristeza, desânimo e solidão. Muitos dos doentes atendidos no contexto pré-hospitalar, desenvolvem doença súbita que geralmente provoca sintomas de dor, mal-estar e, por vezes sensação de morte. Desencadeando nos mesmos, níveis de ansiedade elevados, stress e angústia, acontecendo o mesmo com a sua família/pessoas significativas. Todas estas situações podem prejudicar a normalidade do funcionamento da estrutura familiar, segundo Casarini et al, (2009), pode ser identificado como um momento de crise no seio familiar.

A comunicação é uma atividade através da qual estabelecemos relações sociais, torna-se essencial neste contexto porque visa o esclarecimento das práticas dos profissionais de saúde e conseguir desta forma uma relação terapêutica eficaz entre profissional/utente/família. Assim, o desenvolvimento de competências comunicacionais é fundamental para a prática e formação em saúde. Segundo Simões (2008), a escuta é um aspeto essencial na promoção da relação de ajuda, ao escutar o enfermeiro demonstra

disponibilidade e vontade para escutar através da comunicação verbal e não verbal. A empatia surge também como uma capacidade fundamental, pois traduz-se pela aptidão do enfermeiro em saber colocar-se no lugar do doente, compreendê-lo e ter compaixão. Ao longo dos períodos de estágio decorridos nos diferentes locais, demonstrei preocupação em esclarecer acerca das normas e funcionamento do serviços e dúvidas dos utentes quando solicitada, procurei escutar de forma atenta e adotar uma postura calma, utilizei uma linguagem adequada às situações.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU**, os enfermeiros assumem um papel fundamental na tentativa de minimizar os efeitos decorrentes destas situações de crise e na forma como são sentidas pelos doentes e suas famílias. Porém, comunicar no serviço de urgência é uma tarefa difícil, pela forma como a situação é vivenciada pelo doente/família nomeadamente em momentos de transmissão de más notícias e porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação. Neste contexto pude observar uma situação em que o doente foi trazido pela VMER para a SE após PCR, com diagnóstico de carcinoma do esófago com invasão traqueal, em que foi decidido ficar sem indicação para SAV. Aquando da chegada do primeiro familiar foi transmitida a informação acerca do estado clínico do doente, permitindo a expressão de sentimentos e prestado apoio emocional através da escuta ativa e compreensão empática. Foi permitida a entrada do familiar e a permanência junto do doente, e foi demonstrada disponibilidade e atenção por parte da equipa. Este serviço possui uma sala de acolhimento à família, que revela ser um espaço físico importante nestas situações, pois proporciona um ambiente calmo e recatado de forma a poder transmitir a informação com a sensibilidade que a natureza da situação assim exige.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G**, pude observar que os enfermeiros acima de tudo eram extremamente humanos, na forma como falavam com os doentes mais acordados e principalmente como lidavam com as famílias. Têm a preocupação de perceber se os familiares e pessoas significativas do doente o visitam pela primeira vez, se for o caso, informam de forma detalhada acerca do funcionamento da unidade de cuidados intensivos, do funcionamento de alguns equipamentos que se encontram ligados ao doente no sentido de esclarecer dúvidas e dissipar alguns conceitos e ainda disponibilizam o número de contacto telefónico, bem como dão instruções sobre a forma mais fácil de chegar ao serviço e as horas de visita. Mostram disponibilidade para escutar e dar as informações de que os familiares necessitam, reencaminhando para o médico sempre que a situação o justifique no sentido de poderem ser informados acerca do prognóstico e plano terapêutico. Posso concluir

que o papel do enfermeiro é fundamental na prestação de cuidados ao doente internado em cuidados intensivos (CI), mas não é menos importante no que toca ao envolvimento e apoio prestado à família durante o processo de adaptação à doença grave do seu familiar.

A atenção precoce às necessidades do familiar e a orientação para uma boa adaptação e *coping* à doença crítica refletem-se nos resultados obtidos em termos de qualidade de vida dos doentes após a alta, bem como na qualidade de vida e stress do cuidador daqueles que serão os futuros prestadores de cuidados (Jones et al,2004; Kross et al,2008).

**No módulo III de estágio, realizado no INEM**, colaborei com a equipa em manobras de reanimação, contudo não tendo sucesso e assim ter sido declarado óbito, tive oportunidade de observar e participar na transmissão de más notícias, que revelou ser um momento difícil. Apesar de terem sido abordados previamente no processo de formação, conteúdos teóricos relativos a estratégias de comunicação e ter contacto frequente com a situação de morte no local onde trabalho, sinto que é um momento gerador de preocupação e desconforto, pelo impacto negativo que as más notícias podem causar. Ainda assim, penso que a notícia foi sempre dada de forma a minimizar esse impacto, possibilitando aos familiares a expressão de sentimentos e o esclarecimento verdadeiro às suas questões.

Neste período de estágio, a ativação para uma vítima criança, com 6 anos de idade e portador de traqueostomia, também permitiu aplicar estratégias de comunicação verbal e não-verbal. Esta situação revelou ser um desafio, pela dificuldade sentida na procura de uma relação terapêutica segura e eficaz. O facto de não ter experiência profissional com crianças provocou alguma ansiedade antes de comunicar com a vítima, contudo a experiência pessoal que possuo através de contacto com familiares e amigos nesta etapa da vida (infância) revelou ser uma mais valia na interação com a vítima.

**Desta forma consegui atingir as seguintes competências:**

- ✓ Demonstrar compreensão empática e escutar de forma ativa;
- ✓ Estabelecer relação terapêutica;
- ✓ Desenvolver perícias de comunicar com o doente, família e elementos da equipa multidisciplinar.

**E. Objetivo: Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;**

**F. Objetivo: Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente/família;**

No sentido de alcançar estes objetivos foram executadas as seguintes atividades:

Conhecer os protocolos de atuação existentes e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família; estabelecer prioridades no plano de cuidados de forma a responder em tempo útil e participar nas decisões da equipa multidisciplinar.

Para o alcance destes objetivos foi fundamental a receptividade de toda a equipa de enfermagem nos diferentes locais de estágio e saliento a disponibilidade e o apoio prestado pelos tutores no sentido de que como estudante pudesse obter o maior número de experiências possível. A preocupação demonstrada pelos tutores para o esclarecimento de todas as dúvidas e a forma como me ajudaram a ultrapassar as dificuldades sentidas contribuiu significativamente para que o período de estágio fosse um momento bastante agradável de aprendizagem. Procurei adaptar-me, adotando sempre uma postura humilde e adequada às situações, fomentando sempre uma comunicação empática com todos os elementos, edificando assim as relações interpessoais. Mantive uma atitude de empenho e interesse na aquisição de novos conhecimentos e consolidação de conhecimentos anteriormente adquiridos. Ao longo do estágio procurei adquirir a minha autonomia, colocando em prática intervenções de enfermagem que dessem resposta aos objetivos de estágio propostos, respeitando os princípios éticos e legais inerentes ao exercício das minhas funções.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU**, inicialmente consultei alguns protocolos e manuais do serviço, de forma a poder compreender a metodologia de trabalho de equipa. Relativamente à distribuição no plano de trabalho, os enfermeiros são destacados para as diferentes áreas mediante os critérios do Enfermeiro Chefe, e regra geral acompanhei sempre a minha tutora, porém mediante as oportunidades pude também estar com outros enfermeiros que contribuíram para a minha aprendizagem. Desempenhei as minhas funções de acordo com a metodologia do serviço e demonstrei disponibilidade para colaborar com a equipa. Contudo a gestão dos cuidados em tempo útil foi uma dificuldade que senti neste período de estágio.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G:** o processo de enfermagem nos CI encontra-se em contínua mudança, assim os enfermeiros verificam no início de todos os turnos possíveis alterações relativas a estratégias terapêuticas para poderem elaborar o plano de cuidados de forma mais eficaz.

O processo de enfermagem é o meio pelo qual o enfermeiro tem possibilidade de decidir sobre os diversos casos clínicos com que se depara no exercício das suas funções, implementando as intervenções mais ajustadas, tendo como finalidade produzir os melhores resultados em saúde (Silva & Lage, 2010). Para o plano de cuidados, bem como para os registos de Enfermagem é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o que possibilita uniformizar os registos, dando visibilidade aos cuidados e ao impacto dos cuidados na processo de recuperação do doente. Relacionado com o processo de enfermagem o plano de cuidados foi elaborado por vezes de forma informal e mentalmente, para dar uma resposta rápida e eficaz, identificando os diagnósticos de enfermagem, executando intervenções com vista à obtenção dos resultados esperados, estabilização/melhoria do doente.

A preparação da medicação é realizada no carro que se encontra atrás de cada unidade, este para além de facultar um acesso rápido ao material necessário, permite uma diminuição da propagação de infecção nosocomial, visto que aquele material pertence apenas aquela unidade, evitando que os enfermeiros tenham que recorrer a locais comuns para aceder ao material.

Na UCIP-G existe frequentemente a necessidade de os enfermeiros terem de se ausentar para acompanhar os doentes na realização de exames complementares de diagnóstico, transferência de serviço ou até transferência para outra unidade hospitalar. Atendendo ao facto de que o transporte do doente crítico é uma situação de potencial risco para a estabilidade deste, torna-se necessário ter em atenção alguns aspectos como por exemplo: confirmar previamente com o local que vai receber o doente, se está pronto para o receber, seleccionar os meios de monitorização, equipamento e terapêutica necessários para o transporte, ter em conta possíveis complicações que possam ocorrer e tomar medidas no sentido da prevenção. No período de estágio decorrido na UCIP-G tive oportunidade de acompanhar um doente ao serviço de imagiologia/radiologia para realizar Tomografia Computorizada, tendo oportunidade de verificar os aspetos referidos acima, como principais dificuldades sentidas no transporte do doente crítico, saliento a quantidade de equipamento que tem de acompanhar o doente, o trajeto que é feito desde a unidade até ao serviço, a

transferência do doente para o tabuleiro do equipamento Tomografia Computorizada, bem como observação dos parâmetros vitais e do doente durante a realização do exame.

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) referem que para a operacionalidade do transporte de doentes, é fundamental que a instituição contenha: uma política formal, com responsabilidades identificadas; a organização de equipas com preparação específica e experiência; considere a formação essencial e implemente programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico, com o envolvimento e o compromisso das instituições.

A decisão de transportar um doente crítico é uma atitude que deve ter sempre em atenção potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos, sendo que os cuidados durante o transporte não devem nunca ser inferiores aos prestados no local de origem.

Relativamente ao índice de carga de trabalho, os enfermeiros efetuam a avaliação de pontuação de intervenções terapêuticas através do TISS 28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*). Esta atividade é realizada no turno da noite e antes do doente ser transferido para outro serviço. A avaliação do índice de carga de trabalho é importante porque, permite quantificar as intervenções de enfermagem que os doentes necessitam. Segundo Elias et al (2006) além de identificar as necessidades de recursos de enfermagem, o TISS 28 engloba 28 itens de avaliação que ao serem analisados equivalem a uma determinada pontuação que corresponde a uma das classes de gravidade, possibilitando desta forma avaliar o perfil de evolução do doente, identificando quais os aspectos em que o doente está evoluir favoravelmente no seu estado clínico ou por outrem se está a regredir.

**No módulo III de estágio, realizado no INEM:** Desenvolvi a minha autonomia, porque me foi permitido participar ativamente durante as saídas para as quais os meios do INEM eram ativados, cumprindo e respeitando as normas de segurança na abordagem das vítimas. Relativamente aos procedimentos realizados durante a prestação de cuidados, tive oportunidade de realizar eletrocardiograma; monitorização de sinais vitais; oxigenoterapia e inaloterapia; auscultação pulmonar; aspiração de secreções; colocação de acesso venoso periférico; fluidoterapia, colaborar na execução de manobras de reanimação; colaborar na aplicação de técnicas de extração e imobilização de vítimas de trauma.

**Através das atividades propostas para o alcance dos objetivos acima descritos foram adquiridas as seguintes competências:**

- ✓ Gerir eficazmente a utilização dos recursos disponíveis visando a otimização da qualidade na prestação cuidados;
- ✓ Prestar cuidados respondendo em tempo útil e de forma holística;
- ✓ Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar.

**G. Objetivo: Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente/família na área de EMC;**

**H. Objetivo: Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC;**

**I. Objetivo: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**

Para atingir este objetivo foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Desenvolver capacidade para implementar estratégias para a resolução de problemas recorrendo a habilidades técnicas, científicas, humanas e sociais; esclarecer dúvidas e promover o debate em equipa para a implementação das medidas mais ajustadas para a resolução de problemas; fundamentar a tomada de decisão com base em evidência científica e atuar de acordo com os princípios éticos/legais e orientações presentes no Código Deontológico.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU**, identifiquei uma situação problema que está relacionada com a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2007), a IACS pode ser definida como a infeção que é adquirida pelos doentes e que resulta dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua profissão. Estando também incluídas as infeções adquiridas no hospital que só se manifestam após a alta. Podem ser fatores que contribuem para a IACS a utilização do sistema porta-tubos aquando a

colheita de sangue, em que o sistema é reutilizado de doente para doente, não se procedendo à sua desinfecção, podendo ser um veículo de transmissão cruzada de microorganismos, bem como a não desinfecção de dispositivos de uso clínico como saturímetro ou máquina de pesquisa de glicemia capilar, podendo ser uma solução para estas situações os assistentes operacionais colaborarem na desinfecção dos dispositivos após a utilização.

Existiram outras situações complexas que foram alvo de reflexões informais com a tutora, nomeadamente, doentes que recorrem ao SU e que referem ser vítimas de atos de violência, percebi que existindo um posto de PSP no SU, pode ser utilizado no sentido de os doentes apresentarem queixa caso ainda não tenham apresentado e desejem fazê-lo. No entanto a participação depende sempre da vontade do doente. Estas situações são de extrema complexidade e o enfermeiro tem de atuar de acordo com os princípios éticos como o respeito pelo princípio da autonomia, da justiça, da beneficência e não maleficência e da vulnerabilidade. Outras situações que foram alvo de reflexão informal com a tutora relacionam-se com episódios urgentes do foro psiquiátrico, nomeadamente tentativas de suicídio por mutilação e intoxicações medicamentosas, requerem a utilização de perícias na comunicação utilizada na abordagem destes doentes, pois normalmente são doentes que se apresentam à chegada ao SU tristes e por vezes demonstram revolta para com a vida, referindo em muitas situações não terem sentido para sua existência.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G:** relacionado com o uso de dispositivos invasivos está o risco acrescido de poderem causar complicações como por exemplo infeções, desta forma os cuidados de enfermagem são importantes a nível de prevenção. Pude observar que é utilizada técnica asséptica na manipulação dos sistemas de CVC e cateter arterial, descontaminação das conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool antes da administração de fármacos ou outros e substituição das tampas. É observado o local de inserção dos cateteres, e realizado tratamento ao local conforme estipulado, de 2 em 2 dias se utilizarem penso com compressa ou de 7 em 7 dias se utilizarem penso impermeável transparente, ou em sos, caso o penso se encontre visivelmente sujo. Para desinfecção do local é utilizado o antisséptico estipulado pelas recomendações da DGS (2015) presentes na Norma nº 022/2015 de 16/12/2015 referente à Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central.

As intervenções relacionadas com a manutenção do CVC e realização de penso também estão de acordo com as recomendações da DGS (2015). Os sistemas de perfusão são trocados a cada 4 dias com a exceção de sistemas lípidicos (devido ao potencial risco de infeção associado) como é o caso do propofol e alimentação parentérica em que é substituído

a cada 12h e 24h respetivamente. Nas situações em que se efetue a troca de cateteres todos os sistemas de perfusão e linhas são substituídos com o objetivo de prevenir a infeção.

Associado ao uso da ventilação mecânica invasiva está o risco de contrair Pneumonia associada à Ventilação (PAV), “*a pneumonia associada à intubação é a pneumonia que surge em doente com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em doente que foi extubado há menos de 48 horas*”(Norma nº 021/2015 de 16/12/2015, DGS, p.5). Para prevenir a PAV é necessário implementar medidas, tais como, medidas universais de precaução ou específicas de acordo com o agente causal, manter a cabeceira elevada de 30 a 45° para reduzir o risco de aspiração, executar cuidados orais frequentes utilizando a clorhexidina a 0,2%, realizar a aspiração da cavidade oral antes da aspiração do tubo endotraqueal, verificando previamente a pressão do cuff (20 a 30cmH<sub>2</sub>O), utilizar técnica asséptica na aspiração traqueobrônquica.

Apesar de toda a complexidade que envolve os CI pude observar que os enfermeiros cuidam do doente como um todo, onde mesmo sedados e analgesiados é sempre tido em conta os seus direitos, principalmente o da privacidade. Embora nem sempre o serviço disponibiliza essas condições, devido ao limite de recursos materiais disponíveis para o efeito.

**No módulo III de estágio, realizado no INEM:** durante o período de estágio estive perante variadas situações, no entanto considero pertinente descrever algumas porque foram particularmente complexas.

A primeira situação trata-se de mulher com 31 anos, antecedentes de *Diabetes Mellitus* e patologia cardíaca na infância não especificada, estivemos em manobras de reanimação durante aproximadamente 40 minutos, foi possível visualizar procedimentos em situação de ritmo desfibrilhável e não desfibrilhável, uma vez que a vítima durante as manobras apresentou os dois tipos de ritmo. Tive oportunidade de contactar com 3 meios de atuação diferentes (bombeiros, SIV e VMER) e ver a sua articulação. Foi uma situação particularmente desgastante a nível físico e emocional, quer pelas condições onde se encontrava a vítima, pelo tempo de atuação e ainda por se tratar de uma pessoa bastante jovem.

Referente à segunda situação, um senhor que terá apresentado uma queda superior ou igual a cerca de 3 metros de altura. Nesta situação observei um obstáculo à equipa de emergência pré-hospitalar no que diz respeito ao acesso à vítima em condições de segurança. A equipa teve que subir um muro lateral para conseguir chegar à vítima, conseguindo superar

o obstáculo com sucesso, no entanto não deixa de ser uma situação com risco para os profissionais, tendo em conta a dificuldade encontrada.

Outra situação complexa foi o caso de um jovem com 22 anos que apresentava hemorragia ativa em grande quantidade pelo antebraço direito, após se ter cortado num vidro de uma porta. Apresentava o membro superior direito elevado com penso compressivo e garrote aplicado, pela descrição dos bombeiros (que já se encontravam no local), pela quantidade de sangue perdida e pela forma como sangrava, teria origem arterial. Como apresentava cianose das extremidades foi aliviado o garrote por períodos.

Foi puncionado em veia periférica e procedeu-se a analgesia do doente, foram transmitidos dados ao CODU e efetuado o transporte para a Unidade de Saúde, que decorreu sem intercorrências, manteve-se sempre estável do ponto de vista hemodinâmico. À chegada ao hospital encontrava-se mais calmo e com a dor mais controlada. Foi triado com o grau muito urgente.

A última situação mais complexa que tive oportunidade de observar, foi o caso de uma senhora com 77 anos de idade, vítima de intoxicação voluntária de um produto utilizado para polir carros. A situação sensibilizou-me, pelo facto de a senhora ter referido ingerir de forma voluntária o produto, com o objetivo de pôr termo à sua vida.

Foram transmitidos dados ao CODU, houve um contacto com o CIAV, e a indicação dada foi para não colocar sonda nasogástrica, uma vez que a ingestão do produto teria sido já de manhã, e por se tratar de um produto potencialmente corrosivo, não estaria indicada a entubação no sentido de evitar perfuração.

Estes casos que descrevi, são exemplos de situações complexas com as quais pude contactar durante o período de estágio, que revelaram ser uma experiência enriquecedora, por serem situações novas e por permitirem aplicação de cuidados diversos e a mobilização de conhecimentos adquiridos anteriormente em contexto teórico. Para além disso, são casos que devido à sua carga emocional, implicam um autocontrolo no que diz respeito à gestão de sentimentos e emoções .

Em todas as ativações demonstrei respeito pela individualidade do doente/família, dando-lhe espaço para exercer a sua vontade. Quanto ao consentimento informado no pré-hospitalar existe um documento de recusa aos cuidados de saúde, que tive oportunidade de observar, tendo sido explicado à vítima/família, através de uma linguagem adaptada ao contexto social, o motivo pelo qual deveria ir ao hospital, tendo mesmo assim recusado.

Para que o consentimento informado seja válido, ele deve ser obtido de forma livre e esclarecida, assim existem elementos essenciais que devem compor o consentimento,

como a competência, a comunicação, a compreensão, a voluntariedade e o consentimento. Existem casos em que não é possível obter o consentimento informado, mas que se pode falar em “consentimento presumido” e que estão previstas na lei como é o caso das situações de urgência em que possa representar perigo para a vida, de acordo com o *artigo 8º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina* aprovada pela Resolução da Assembleia da República nº1/2001 de 3 de Janeiro (citado por Deodato, 2012, p.139) *“Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.”*

As intervenções executadas durante as manobras de reanimação são agressivas e podem provocar lesões na vítima, contudo de acordo com o artigo 150º do Código Penal (citado por Deodato, 2012, p.140) *“As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.”*

**Desta forma foram adquiridas as seguintes competências:**

- ✓ Demonstrar capacidade para implementar estratégias para a resolução de problemas;
- ✓ Desenvolver uma conduta profissional e ética.

**J. Objetivo: Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC;**

**K. Objetivo: Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde detetados;**

Para o alcance destes objetivos foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Reconhecer situações de emergência e mobilizar recursos no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta; prever possíveis complicações resultantes do tratamento e intervir no sentido de minimizar o impacto das complicações ocorridas à pessoa em situação crítica; interpretar e divulgar, dados resultantes da evidência que contribuam para o saber e progresso da enfermagem e avaliar/reformular o plano de cuidados sempre que necessário aplicando o processo de enfermagem.

Os momentos vividos permitiram a aquisição e o aprofundamento de conhecimentos em situações complexas e urgentes/emergentes, na medida em que exigem uma identificação dos problemas do doente crítico em tempo útil, uma destreza no manuseamento do material, capacidade de tomar decisão, relacionar sinais e sintomas com a terapêutica utilizada no doente em situação crítica, estabelecer prioridades nas ações de enfermagem e atuar com a equipa multidisciplinar de forma dinâmica.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU** em particular a SE, pela instabilidade hemodinâmica e elétrica dos doentes que recebe, bem como pela sua diversidade de patologias, exige uma equipa de Enfermagem preparada para atuar em situações de carácter emergente. Sendo necessário conjugar a fundamentação teórica com a capacidade de tomada de decisão, coordenação, organização e eficácia no modo de agir, e ainda a estabilidade emocional, de forma a serem uma mais-valia para o doente. Embora não tendo oportunidade de observar em concreto situações de doentes em PCR, pude observar doentes em situações no pós PCR em que foram prestados cuidados pós reanimação, ou em situações igualmente preocupantes, o que me levou a recordar conhecimentos relacionados com aplicação de SAV.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G:** exemplo de situações complexas, saliento a colaboração durante a realização de provas de morte cerebral e prestação de cuidados ao doente submetido a ECMO.

Referente ao ECMO, segundo a *Extracorporeal Life Support Organization (ELSO, 2014)*, é um dispositivo que permite o suporte ventilatório prolongado com oxigenadores de membranas, é utilizada em doentes que apresentam insuficiência respiratória aguda ou agudizada (ECMO Veno-Venoso) e/ou insuficiência cardíaca severa (ECMO Veno-Arterial), com potencial de resolução quando a terapêutica convencional já não é eficaz.

De acordo com Maksoud-Filho (2000), ambos promovem suporte respiratório, mas apenas o ECMO venoarterial promove, também, suporte hemodinâmico. Em ambas as modalidades de ECMO, há necessidade de manter o doente sob o efeito de anticoagulação, usualmente com heparina, para prevenir a coagulação no sistema.

O ECMO é uma técnica de suporte temporário de vida, que conecta a circulação a um dispositivo externo, constituído por uma bomba e um oxigenador de membrana (pulmão artificial). Uma das cânulas é inserida na veia femoral ou jugular interna e transporta o sangue não saturado para a bomba e desta para o oxigenador de membrana, onde ocorre a troca do dióxido de carbono por oxigênio. O sangue com alta saturação de oxigênio, retorna à circulação venosa ou arterial.

Alguns dos cuidados importantes a ter no doente submetido a ECMO:

- Garantir que o oxigênio se encontra ligado ao oxigenador;
- Vigiar ventilação do doente;
- Vigiar condição hemodinâmica do doente;
- Gerir sedação, analgesia e bloqueadores neuromusculares;
- Verificar que não existe hemorragia em nenhum dos locais de inserção das cânulas;
- Fixar de forma segura todo o circuito ECMO;
- Colocar penso esterilizado no local de inserção das cânulas.
- Manter a cabeceira elevada (> 30°), promovendo o alinhamento da cabeça;
- Vigiar a temperatura e a cor das extremidades;
- Avaliar se há formação de coágulos nas linhas, bombas e oxigenador;

Relacionado com as provas de morte cerebral foram realizadas num doente de 54 anos vítima de TCE, resultante de queda de telhado com 5 metros de altura, foi submetido a craniotomia descompressiva bifrontal, apresentava midríase fixa bilateral, diabetes insípida e por labilidade tensional terá sido iniciado suporte vasopressor com noradrenalina para manter a PAM>90, por ser um potencial dador. As primeiras provas de morte cerebral são realizadas, e se o doente passar é necessário repetir ao fim de 6 horas, só após é possível concluir que o doente está em morte cerebral.

*A Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte. Assim de acordo com a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no Artigo 12.º da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril “A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.” Para se poder*

diagnosticar morte cerebral é necessário que a causa da lesão esteja perfeitamente esclarecida e se verifiquem as seguintes condições:

- 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- 3) Ausência de respiração espontânea;
- 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- a) Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
- b) Reflexos oculocefálicos;
- c) Reflexos oculovestibulares;
- d) Reflexos corneopalpebrais;
- e) Reflexo faríngeo.

A realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

A verificação da morte cerebral requer:

- a) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade;
- b) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;
- c) A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);
- d) Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

Tendo presente que o quadro de morte cerebral é irreversível, existe a possibilidade de aproveitamento de órgãos para transplante, deste modo as ações dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros são imprescindíveis à manutenção desse corpo, para que aguarde em condições hemodinâmicas adequadas, a doação dos órgãos aproveitáveis.

De acordo com Cavalcante et al (2014), a família, em geral, apresenta-se vulnerável e necessita de cuidado e atenção por parte da equipa, pois enfrenta um momento de sofrimento, pelo diagnóstico de morte encefálica e perda de um ente querido, pois na maioria das vezes, a sua morte ocorre de forma trágica e inesperada.

**No módulo III de estágio, realizado no INEM:** no momento da reunião intercalar tive oportunidade de realizar uma visita ao CODU, o que me permitiu compreender melhor o seu funcionamento. Foi uma experiência agradável porque não tinha noção da realidade do CODU, pude observar e sentir que é um trabalho exigente, no que diz respeito ao atendimento do pedido de ajuda. Existe bastante dificuldade quer na escuta do pedido, devido à qualidade da chamada em si, quer pela dificuldade em expressar a situação de emergência por parte de quem faz o pedido.

Ainda no decorrer do estágio, pude colaborar no planeamento e prestação de cuidados a pessoas vítimas de trauma por acidente de viação, trauma por queda, trauma por agressão, situações de doença súbita por intoxicação, disritmia (Bradicardia), alteração do estado de consciência, hipoglicemia, hemorragia, dor torácica, dor retroesternal, obstrução da via aérea, dispneia no adulto e na criança e PCR. Estas são situações que com maior ou menor gravidade, exigem uma atuação rápida, adequada e eficiente.

Segundo (Oliveira & Martins, 2013) na assistência pré-hospitalar, os enfermeiros desenvolvem e melhoram as competências técnicas e científicas, porque, ademais da destreza que têm que possuir nos procedimentos e técnicas realizadas, também têm de ser detentores de um conjunto de conhecimentos científicos para as saber aplicar de forma coerente e oportuna, contribuindo para uma diferenciação e melhoria dos cuidados no contexto pré-hospitalar.

É de salientar o papel do enfermeiro no meio SIV, assume extrema importância na prestação de cuidados em meio pré-hospitalar quer pela responsabilidade de atuação quer pela capacidade de decisão, de acordo com Oliveira & Martins (2013, pág.119), *“A autonomia e a exigência no exercício das funções de Enfermagem neste contexto advêm do facto de o Enfermeiro trabalhar em equipa apenas com um Técnico de Ambulância de Emergência, recaindo sobre si a responsabilidade da avaliação e decisão no momento de cada ocorrência sobre as intervenções a realizar, uma vez que é o elemento mais diferenciado”*.

**Desta forma consegui atingir as seguintes competências:**

- ✓ Prestar cuidados à pessoa em situação crítica em tempo útil e de forma holística;
- ✓ Cuidar da pessoa que desenvolve processos complexos de doença crítica e falência orgânica;
- ✓ Utilizar argumentação válida para justificar atividades da prática clínica;

**L. Objetivo: Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;**

**M. Objetivo: Refletir na e sobre prática, de forma crítica;**

De modo a permitir atingir os objetivos foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Consultar bibliografia científica sempre que necessário; realizar reflexões com o en<sup>o</sup> tutor e a orientadora, de forma a promover o crescimento pessoal e profissional e perceber se existem aspetos relacionados com a prática, que é necessário corrigir ou que podem melhorar, no sentido de caminhar para a excelência; identificar as limitações pessoais e profissionais; manter uma atitude de abertura a novos conhecimentos e perspectivas e incentivar à mudança sempre que colabore na melhoria da prestação dos cuidados.

Os estágios proporcionam momentos de observação e intervenção, com a finalidade de desenvolver e alcançar competências. Possibilitaram a mobilização de saberes adquiridos durante a minha formação inicial, profissional e pós-graduada e a aplicação destes na prática nos diferentes contextos. Todos os estágios foram alvo de uma avaliação intercalar e terminaram com uma avaliação final, estes momentos permitiram em conjunto com a orientadora e os respetivos tutores reflexões sobre a prática, contribuindo para uma evolução na prestação de cuidados e para uma melhoria de alguns aspetos.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU:** senti necessidade de pesquisar bibliografia relativamente ao sistema de triagem de Manchester, prevenção e controlo de infeção, ventilação não invasiva com dispositivo de boussignac e intoxicação por organofosforados.

Em relação ao tema da intoxicação por organofosforados, segundo Cavaliere et al (1996), os organofosforados são um grupo de compostos químicos utilizados na área da

agropecuária como inseticidas, podendo levar a intoxicações acidentais em animais e humanos, e por vezes são utilizados em tentativas de suicídio. De acordo com Tourinho et al (2013) os organofosforados são bem absorvidos por via oral, inalatória ou cutânea, podendo a sua semi-vida durar de minutos a horas, após a absorção são distribuídos em pouco tempo e extensamente para vários órgãos e tecidos.

Na intoxicação aguda alguns dos sintomas podem incluir cefaleias, irritação ocular, sudorese, respiração superficial, fasciculações entre outros, sendo a atuação de enfermagem importante no atendimento ao doente intoxicado, com o objetivo de manter as funções vitais, descontaminação do doente, bem como a administração de antídotos quando aplicáveis, Tourinho et al (2013).

Relativamente ao tema relacionado com aplicação da máscara de Boussignac, é um dispositivo que fornece oxigénio em altas concentrações, superiores a 15l/min, e através do fluxo de altas concentrações cria uma pressão positiva contínua nas vias aéreas. Segundo um estudo de Dieperink et al (2009), o início precoce da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), aplicada por meio de máscara beneficia pacientes com edema agudo pulmonar cardiogênico. Este sistema é aplicado com frequência em ambiente pré-hospitalar, pelo que pude observar da sua aplicação na SE é de fácil colocação e podemos verificar melhoria significativa de sinais e sintomas num curto espaço de tempo, quando o doente se encontra bem adaptado ao dispositivo. Como vantagem pode evitar a necessidade de entubação traqueal e ventilação invasiva.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G:** após reflexão informal com a tutora verificou-se a existência de algumas situações problema/necessidades do serviço, nomeadamente a não existência de um guia de acolhimento para a família e de um guia de integração para os profissionais novos na equipa. Decorrente da informação com base em dados transmitidos pela enfermeira chefe, verificou-se a existência de uma taxa elevada de bacteriémias associadas ao CVC e hipoglicemia.

Relativamente ao Manual de Integração para Enfermeiros e ao Guia de Acolhimento à Família, obtive a informação de que estariam em processo de desenvolvimento, no sentido de serem elaborados documentos comuns a todas as unidades de cuidados intensivos da instituição. Na reunião intercalar com a tutora, a orientadora e a enfermeira chefe, concluiu-se que seria pertinente a realização de pesquisa sobre as novas evidências relacionadas com o controlo glicémico em cuidados intensivos, que deu origem ao trabalho intitulado “Importância do Controlo Glicémico em Cuidados Intensivos” e que se encontra no apêndice II. Este trabalho foi entregue à enfermeira tutora, para posteriormente ser disponibilizado à

restante equipa e ser analisado no sentido de, rever o protocolo de controlo glicémico implementado no serviço.

Vários estudos demonstraram que a hiperglicemia é prejudicial para o doente crítico e está associada à disfunção imunológica, disfunção endotelial, alterações de coagulação, distúrbios hidroeletrólíticos, risco aumentado de infeção nosocomial, aumento da área de enfarte em situação de enfarte agudo do miocárdio, e aumento de catabolismo protéico após lesão por queimaduras.

A hiperglicemia é uma resposta metabólica que ocorre com frequência em doentes críticos diabéticos e não diabéticos. Durante muito tempo foi considerada apenas como uma resposta fisiológica ao trauma ou à infeção cuja amplitude se correlacionava com a gravidade da patologia subjacente. Demonstraram também existir relação entre a hiperglicemia e a mortalidade em diversas condições clínicas críticas (Silva, 2013).

Com a realização do trabalho “ Importância do Controlo Glicémico nos Cuidados Intensivos” procurei conhecer quais os efeitos causados pela hiperglicemia em doentes em situação crítica, quais as medidas necessárias a implementar para manter a normoglicemia, quais as recomendações para os níveis de glicemia ideais e como controlar os efeitos adversos resultantes das medidas implementadas.

Na doença crítica as hormonas do stress estão aumentadas e promovem o aparecimento da diabetes de stress, que resulta da resistência à insulina, intolerância à glicose e hiperglicemia.

A glicemia encontra-se em níveis elevados por existir um aumento endógeno da produção hepática, mas também pode ser causada por aporte glicídico elevado em dietas enterais e parenterais, soluções dialíticas, uso de glucocorticóides e substâncias vasopressoras que são frequentemente utilizadas em terapia intensiva. O aumento da produção de causa endógena faz-se através da segregação de hormonas como glucagon, adrenalina, hormona do crescimento e cortisol que estimulam a gluconeogênese hepática. A libertação de citocinas pró-inflamatórias como interleucina 6 e fator de necrose tumoral alfa diminui a resposta periférica de tecidos dependentes de insulina promovendo, assim, uma resistência a sua ação (Silva, 2013).

Além de influenciar o balanço hídrico, a hiperglicemia aguda, provoca alterações na resposta inflamatória e imunológica, alterando também a adesão de células inflamatórias, quimiotaxia e fagocitose. São também efeitos causados pela hiperglicemia, aumento da permeabilidade vascular, angiogênese e oclusão capilar que provocam agravamento da função de órgãos (Silva, 2013).

A perfusão de insulina é a modalidade de tratamento preferido no ambiente hospitalar uma vez que é o agente mais eficaz para diminuir a glicose no sangue, é facilmente titulada, tem um início rápido e curto de ação (o que permite alterar rapidamente os níveis de glicose) e não tem contraindicações absolutas. No entanto, a insulina pode provocar efeitos adversos e como tal requer uma monitorização precisa e protocolos padronizados para minimizar os riscos (Janet, PharmD & BC-ADM, 2014).

Alguns factores que também podem influenciar o controlo glicémico, prendem-se com o tipo de instrumento utilizado e sua precisão para medir as concentrações de glicose no sangue, com o nível de experiência dos enfermeiros e também com a forma de infundir insulina. A evidência mostrou que, quando a insulina é infundida através de um lúmen do cateter venoso central que também é utilizado para administração de outra medicação, pode induzir variações de glicose e causar hipoglicemia iatrogénica, ambas passam despercebidas na prática clínica de medição intermitente de glicose no sangue. Assim, não só devem os sensores de glicose serem precisos e padronizados como os enfermeiros devem ser treinados (Van den Bergh, 2013).

Um protocolo de infusão de insulina intravenosa de sucesso consegue alcançar e manter a glicose no sangue dentro do intervalo ideal especificado, minimizando a hipoglicemia (contém ainda orientações específicas para o tratamento da hipoglicemia se ela ocorrer). O protocolo deve ter um algoritmo claro, de forma a possibilitar aos enfermeiros fazerem alterações na taxa de infusão de insulina de acordo com o grau de alteração da sensibilidade à insulina (Bogun & Inzucchi, 2013).

Recentemente a *Society of Critical Care Medicine* publicou em 2012 as suas novas orientações que recomendam um intervalo alvo de 100-150 mg/dL com base na sua revisão da literatura (Marvin, Inzucchi & Besterman 2013).

Com base na informação pesquisada, é possível elaborar um Guia de Boas Práticas de Controlo Glicémico em Cuidados Intensivos, com algumas das intervenções mais importantes para obter controlo glicémico eficaz. Dentro das recomendações referidas pela *Society of Critical Care Medicine num artigo publicado por Jacobi, J. et al (2012)*, saliento as seguintes:

- Instituir o protocolo com o objetivo de atingir níveis de glicemia entre 100-150 mg/dL;
- A partir de valores de glicemia  $\geq 150$  mg/dl deve ser iniciada a terapêutica com perfusão de insulina, titulada para manter o nível  $< 150$  mg/dL;

- Valores de glicemia <100 mg/dL devem ser evitados durante a perfusão de insulina em doentes com lesões cerebrais;
- Sempre que se verifique hipoglicemia <70 mg/dl a perfusão de insulina deve ser imediatamente interrompida e deve ser administrada glicose hipertónica em doses que permitam alcançar valores >70 mg/dL, mas que evitem a hipercorreção;
- Preferencialmente a amostra para avaliação de glicemia deve ser colhida através de sangue arterial ou venoso em vez de capilar;
- Em doentes em estado de choque, submetidos a terapia vasopressora, ou com edema periférico grave não deve ser efetuada colheita de sangue capilar;
- O protocolo de controlo glicémico deve incluir instruções claras para situações em que haja necessidade de interrupção de qualquer forma de infusão de carboidratos não planeada;
- O protocolo de perfusão de insulina deve incluir a exigência de administração contínua de glicose ou perfusão de alimentação, titulação de dose de perfusão mediante os valores de glicemia, frequência de avaliação de glicemia e ainda dose de glicose hipertónica a administrar de forma imediata em caso de hipoglicemia (hipoglicemia moderada <70 mg/dl; severa  $\leq$  40 mg/dL).

**No módulo III de estágio, realizado no INEM:** a situação de criança com dispneia, levou-me a refletir pelo facto de sentir, que por se tratar de uma criança, é por si só um fator gerador de stress e ansiedade nos profissionais. Com o intuito de aprofundar melhor o conhecimento sobre os sentimentos que os profissionais sentem quando são ativados para vítimas crianças, foi elaborado um trabalho “Assistência Pré-Hospitalar a Vítimas Pediátricas” que se encontra no apêndice III.

Assim, foi realizada entrevista informal aos enfermeiros SIV e teve como principais objetivos: identificar quais os sentimentos dos profissionais quando são ativados para socorrer uma criança; perceber quais as situações relacionadas com a criança que podem provocar stress e identificar o que é possível desenvolver no sentido de diminuir ou eliminar sentimentos de stress e ansiedade nos profissionais, aquando ativação para situação de vítima criança.

Foram recolhidos alguns dados dos participantes, relativamente à idade, sexo, formação, experiência profissional, tempo de serviço no INEM e número de filhos. A

confidencialidade dos dados foi absoluta e totalmente respeitada, não sendo nunca reveladas informações que possam denunciar a identidade do entrevistado.

Durante a realização da entrevista informal, os enfermeiros demonstraram também alguma preocupação pelo tema, considerando este um tema pertinente para explorar.

Em relação aos sentimentos, todos referiram sentir ansiedade e stress quando são ativados para casos em que a vítima é uma criança, embora as situações que levam à existência desses sentimentos sejam diferentes entre os entrevistados.

Com a exceção de apenas um entrevistado, que referiu a gestão pessoal como medida necessária ao controle das emoções, os restantes referiram a importância da formação para combater esses sentimentos.

**Com a concretização destes objetivos foram alcançadas as seguintes competências:**

- ✓ Desenvolver o autoconhecimento e projeto profissional;
- ✓ Aumentar o nível do saber, saber fazer e saber ser;
- ✓ Demonstrar capacidade de análise e autoavaliação.

**N. Objetivo: Zelar pelos cuidados prestados na área de EMC;**

De acordo com o objetivo acima descrito foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica, identificar fatores de risco para a saúde da pessoa/família e adotar atitude responsável na prestação de cuidados ao doente/família em situação crítica.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU:** no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, elaborei um trabalho sobre medidas de isolamento e principais vias de transmissão, para a realização do mesmo revelou ser importante a consulta das orientações do CDC (Centers for disease Control) e das Recomendações para as precauções de isolamento/Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão da DGS.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G:** Como foi referido anteriormente, através da realização do trabalho “Importância do Controlo Glicémico em Cuidados

Intensivos” foi possível elaborar um Guia de Boas Práticas com algumas intervenções importantes para o controlo glicémico eficaz, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, desenvolvendo uma prática reflexiva e baseada na evidência.

**No módulo III de estágio, realizado no INEM:** à medida que ia tendo mais ativações, pude observar que ainda existem dúvidas e algum embaraço nos condutores relativamente à forma como têm de se colocar para ceder a passagem aos veículos em marcha de urgência, existindo mesmo por vezes atos pouco cívicos por parte dos condutores. A fim de poder ser útil na sensibilização aos condutores, foi elaborado um *flyer* “Marcha de Urgência – Como proceder”, que se encontra no apêndice IV.

**Com este objetivo foi desenvolvida a seguinte competência:**

- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;

**O. Objetivo: Realizar a gestão dos cuidados na área da EMC;**

Atividades desenvolvidas para a consecução do objetivo proposto:

Conhecer o papel dos Enfermeiros Especialistas, na supervisão de outros profissionais de enfermagem e na gestão de cuidados; analisar a dotação de enfermeiros e de recursos humanos em cada serviço e observar a dinâmica do serviço no que concerne à eficiência da gestão de cuidados nos diferentes locais.

A gestão em enfermagem é uma área de atuação que visa estabelecer estratégias, de forma a garantir a qualidade da prestação de cuidados.

Uma das características que um gestor deve ter é a liderança, de acordo com Fradique & Mendes (2013), um gestor com capacidade de liderança é decisivo para o eficaz funcionamento da organização, promove a motivação da equipa que lidera e desenvolve um ambiente de confiança que resulta no melhor desempenho e maior colaboração por parte dos profissionais. A liderança está presente na forma como se observa o líder, se é visto como um modelo/exemplo a seguir, se apresenta uma atitude ativa na procura da excelência, se incentiva os elementos da equipa a procurar novos conhecimentos, se exige rigor na

execução da acção e também se demonstra atitude crítica construtiva no sentido de contribuir para a motivação dos elementos, com o objetivo de se evitar riscos e possíveis erros.

Tendo em conta a situação social e económica actual, a racionalização dos recursos disponíveis e a eliminação de custos desnecessários torna-se indispensável. Estar sensibilizado de que se pode fazer mudanças na prática clínica e que isso leva a uma atitude mais eficiente é importante. Ter uma atitude mais reflexiva, questionar o porquê de se executar certas tarefas, indagar se realmente não existe uma forma de se executar que seja mais rentável e implique menor custo e que corresponda às expectativas do utente, contribui para a prestação de cuidados de modo eficaz e com eficiência.

Relacionado com o rácio de enfermeiro-doente, sabe-se que as dotações de enfermeiros adequadas são essenciais para a qualidade dos cuidados prestados, de acordo com o *International Council of Nurses (ICN)*, 2006, existe um aumento na investigação que demonstra que o nível das dotações tem um impacto sobre os resultados dos doentes, nomeadamente no que se refere à segurança, morbidade e mortalidade. Sendo que as dotações seguras demonstram a manutenção da qualidade dos cuidados, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados das instituições.

**No módulo I de estágio que decorreu no SU:** relativamente ao rácio de enfermeiros, estes são distribuídos por áreas conforme estipulado e de acordo com as necessidades, sendo que no turno da manhã e tarde habitualmente são 18 enfermeiros e no turno da noite são 15 enfermeiros. A maneira como são distribuídos pelas áreas está relacionada com a formação/experiência de cada um. Pois existe a necessidade de em cada área estar presente pelo menos um enfermeiro com formação em SIV ou SAV, sendo que na SE têm de estar presentes pelo menos dois enfermeiros com SAV, ainda na área de triagem tal como mencionado anteriormente, os enfermeiros têm de ter o curso de Triagem de Manchester.

Em relação às especialidades, existe um grande número de enfermeiros do SU que têm o título de enfermeiro especialista, nomeadamente sete na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, quatro na área de Enfermagem de Reabilitação, um na área da Enfermagem Comunitária e um na área de Enfermagem de Saúde Mental.

Referente à formação aconselhada/obrigatória, realizam formação no âmbito do transporte do doente crítico, emergência e catástrofe, SIV e SAV, Triagem de Manchester, Vias Verdes, Tratamentos de feridas e Gestão de conflitos.

Os riscos a que os profissionais de saúde estão expostos no SU são variados, mas verifiquei que a prevenção é um princípio que está bem presente na atuação dos enfermeiros, nomeadamente no uso de equipamento de proteção individual sempre que necessário,

cumprem as normas na técnica de punção venosa e administração de terapêutica, uso de luvas para contacto com fluídos orgânicos, entre outros.

Relativamente à gestão de materiais, relacionado com a situação socio-económica atual do País, observamos uma preocupação constante com a racionalização dos custos.

Em relação aos fármacos, a reposição no armazém central é efetuada pelo técnico da farmácia, enquanto que a reposição de *stock* das áreas funcionais no turno da manhã é realizada pela enfermeira coordenadora do SU e nos restantes turnos é feita sempre que o enfermeiro detete essa necessidade.

**No módulo II de estágio realizado na UCIP-G:** Cada equipa de enfermagem tem 10 enfermeiros e cada equipa assume um turno, mas apesar de terem doentes atribuídos, os enfermeiros não descoram o trabalho em equipa, ajudando-se mutuamente na prestação dos cuidados. O responsável de equipa tem um papel muito activo, ficando como coordenador, mobilizando os restantes enfermeiros de forma a obter um melhor cuidado. O responsável de equipa normalmente é detentor do título de Enfermeiro Especialista, podendo observar neste contexto a importância do enfermeiro especialista, na supervisão de outros profissionais de enfermagem e na gestão de cuidados. Também em cada turno estão sempre presentes, dois a três médicos intensivistas, que na presença do enfermeiro coordenador, reavaliam os cuidados de saúde prestados implementando novas estratégias ou mantendo as mesmas.

No turno da manhã durante o fim de semana uma vez que não se encontra o enfermeiro de apoio à gestão, esta função fica a cargo do enfermeiro coordenador, especificamente consiste na verificação dos indicadores do Serviço Médico Intensivo e os Indicadores presentes no programa de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea. Dentro dos Indicadores do Serviço Médico Intensivo, é verificado em todos os doentes, a colocação da cabeceira  $\geq 30^\circ$ , a existência ou não de VMI e VNI; a presença de tubo orotraqueal ou traqueostomia; nº de CVC; presença de drenagem ventricular externa; prescrição de antibioterapia; se estão instituídas medidas de prevenção de hemorragia gastrointestinal, se estão instituídas medidas de prevenção de tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda; nº de hipoglicemias graves  $\leq 40\text{mg/dl}$  em função do nº de avaliação de pesquisa de glicémia capilar; nº de hipoglicemias moderadas (de 40 a 70mg/dl) em função do nº de avaliação de pesquisa de glicémia capilar, se tem diagnóstico de PAV, se tem diagnóstico de bacteriémia associada ao CVC, se tem diagnóstico de infeção do trato urinário associado ao cateter vesical, se tem diagnóstico de meningite associado ao sistema de drenagem ventricular externa; se ocorreu extubação não programada; se houve

necessidade de re-entubar após extubação não programada, se tem presente imobilização cervical, se tem úlcera cervicocefálica associada à imobilização cervical e se tem úlcera da face associada à VNI.

**No módulo III de estágio, realizado no INEM:** para alcançar este objetivo, foi averiguada a eficiência de gestão de recursos, verificando que todos os meios possuem uma lista com todo o material disponível, e no final de cada saída é repostado o material gasto sendo posteriormente enviado uma lista com esse material para a logística.

No que diz respeito à composição das equipas, no capítulo da caracterização dos locais de estágio foram mencionados quais os elementos que compõem os diferentes meios, nomeadamente naqueles onde realizei o estágio.

Relativamente à formação, os enfermeiros SIV realizam formação obrigatória mensal que inclui bancas práticas nas instalações do INEM. Nos meios SIV onde realizei estágio, é ainda realizada formação para os elementos da base, habitualmente de dois em dois meses ou três em três, os elementos comunicam ao responsável pela formação em serviço, quais os temas que levantam mais dúvidas ou pelos quais sentem necessidade de aprofundar os conhecimentos e posteriormente é elaborado o plano de formação.

**Com este objetivo foi desenvolvida a seguinte competência:**

- ✓ Desenvolver a capacidade de gestão de cuidados e recursos disponíveis
- ✓ Desenvolver uma atitude crítico reflexiva perante situações pontuais ou novas

## 4. CONCLUSÃO

A elaboração do relatório de estágio permitiu uma reflexão acerca do desempenho demonstrado enquanto estudante e profissional ao longo do percurso realizado. Sendo este relatório, o reflexo do trabalho produzido durante as 750 horas (540 horas de contacto em contexto clínico e 210 horas de trabalho individual), espero que represente na sua composição o caminho percorrido. Considero que senti dificuldade em traduzir por palavras e de forma objetiva, o trabalho desenvolvido na prática. No entanto, foram explanadas e fundamentadas, um conjunto de experiências selecionadas, no sentido de servirem como melhor exemplo, para complementar e enriquecer o campo do conhecimento e dar continuidade ao processo de aprendizagem.

O traçado prévio dos objetivos e o delineamento das atividades/competências, estabeleceram uma linha condutora para o trabalho que executei ao longo dos três estágios.

As competências do Enfermeiro Especialista, são diferenciadas em competências comuns e específicas. Os domínios de competências comuns incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências específicas da EEMC visam cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (falência orgânica e/ou risco de vida), intervir de forma eficaz em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, assim como potenciar a intervenção ao nível de prevenção e controlo de infeção.

No domínio da prestação de cuidados, cumpri os cuidados de enfermagem ao doente crítico e sua família, tendo por base o processo de enfermagem em todas as suas fases, e as evidências científicas, agi de acordo com os princípios éticos/legais e orientações presentes no Código Deontológico.

Consegui visualizar as dificuldades com que a equipa de emergência pré-hospitalar se depara diariamente, nomeadamente no que diz respeito à atuação prática e à tomada de decisões no terreno, impondo uma decisão adequada perante situações complexas em que muitas vezes o tempo útil é escasso, sendo um fator que interfere na mesma.

O serviço de cuidados intensivos é na realidade um local complexo, que exige do enfermeiro um conhecimento aprofundado e o mais atualizado possível, na medida em que se utilizam as mais variadas tecnologias na tentativa de ajudar no tratamento e recuperação do doente que apresente doença que ameace a vida ou risco de falência funcional.

Os momentos vividos durante os três módulos de estágio, permitiram a aquisição e o aprofundamento de conhecimentos em situações complexas e urgentes/emergentes, na medida em que exigem uma identificação dos problemas do doente crítico em tempo útil, uma destreza no manuseamento do material, capacidade de tomar decisão, relacionar sinais e sintomas com a terapêutica utilizada no doente em situação crítica, estabelecer prioridades nas ações de enfermagem.

No domínio da melhoria da qualidade foram desenvolvidos trabalhos, nomeadamente relacionado com a prevenção e controlo de infeção, no módulo I de estágio – serviço de urgência, foi elaborado o panfleto sobre “medidas de isolamento e principais vias de transmissão”. No módulo III assistência pré-hospitalar, a fim de poder ser útil na sensibilização aos condutores, foi elaborado um *flyer* “Marcha de Urgência – Como proceder”, ainda no mesmo módulo em resultado de uma situação de ativação para vítima criança, foi elaborado um trabalho “Assistência Pré-Hospitalar a Vítimas Pediátricas” que consistiu através de entrevista informal aos enfermeiros, identificar as medidas que os profissionais pensam ser úteis implementar no sentido de reduzir ou eliminar esses sentimentos.

No módulo II UCIP-G, a hiperglicemia é prejudicial para o doente crítico e está associada à disfunção orgânica, risco aumentado de infeção nosocomial, e é uma resposta metabólica que ocorre com frequência em doentes críticos, e pode resultar de resposta fisiológica ao trauma ou à infeção. Como medida mais eficaz para controlar a glicemia em cuidados intensivos, está a perfusão endovenosa de insulina. Porém existem efeitos adversos que podem resultar desta administração. Assim foi efetuado o trabalho intitulado “Importância do Controlo Glicémico em Cuidados Intensivos”

No domínio da gestão, demonstrei perceber a metodologia adotada na gestão dos serviços ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem. É de salientar a importância do papel do enfermeiro especialista na supervisão de outros profissionais bem como na coordenação e gestão de cuidados.

Relativamente às aprendizagens profissionais, procurei fundamentar as atividades desenvolvidas com base na pesquisa bibliográfica, demonstrar espírito de abertura para

aquisição de novos conhecimentos e partilha de experiências e ainda manter uma atitude crítico-reflexiva em relação ao trabalho por mim realizado.

Numa perspetiva global do percurso efetuado, considero que os objetivos propostos foram alcançados de forma positiva.

Terminado o período de estágio, é de salientar o contentamento que resultou da realização deste, especialmente o módulo II que decorreu na UCIP-G.

Concluo que os momentos foram vividos de forma gratificante e que a aprendizagem que deles proveio, foi fundamental para a aquisição de competências na área de EEMC.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assencio-Ferreira, V., da Silveira, M. & Ferri-Ferreira, T. (2009) - Era uma vez Ondina... relato de caso. *Distúrbios da Comunicação*. ISSN 2176-2724, 21(3).

Bogun, M. & Inzucchi, S. (2013) – *Inpatient Management of Diabetes and Hyperglycemia*. *Clinical Therapeutics*, 35(5), 724-733 10p.

Campos, L. (2014) - Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014\\_4\\_Rede-de-urg%C3%A4ncias-no-PNS-2012-2016-v-3-11-2014-Luis-Campos.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_4_Rede-de-urg%C3%A4ncias-no-PNS-2012-2016-v-3-11-2014-Luis-Campos.pdf), consultado em Maio de 2015.

Casarini, K., Gorayeb, R. & Filho, A. (2009) - *Coping by Relatives of Critical Care Patients*. *Heart&Lung* 2009, vol.38,3,pp.217-227

Cavalcante, L., Ramos, I.; Araújo, M.; Alves, M. & Braga, V. (2014) - *Nursing care to patients in brain death and potential organ donors*. *Acta Paulista de Enfermagem*,27(6), 567-572

Cavaliere, M., Calore, E., Perez, N. & Puga, F. (1996) - Miotoxicidade por organofosforados. *Revista de Saúde Pública*, 30(3), 267-272.

Deodato, S. (2012) – *Direito da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina,S.A.

Despacho n.º 10319/2014 do Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11/08/2014 pág. 20673

Diário da República - 1 Série-B, N.º 235, 11/10/1994, página 6160

Dieperink, W., Weelink, E., Van Der Horst, I., de Vos, R., Jaarsma, T., Aarts, L. & Nijsten, M. (2009) - *Treatment of presumed acute cardiogenic pulmonary oedema in an ambulance system by nurses using Boussignac continuous positive airway pressure*.

*Emergency Medicine Journal: EMJ*, 26(2), 141-144

DGS. (2007) - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde-Lisboa, Março de 2007. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf> Consultado em Junho de 2015;

DGS. (2007) - Recomendações para as precauções de isolamento/Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf> Consultado em Junho de 2015;

DGS. (2010) - Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010 “Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

DGS (2015) - Norma nº 022/2015 de 16/12/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>

DGS (2015) - Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>

DGS (2015) – Norma nº 002/2015 de 06/03/2015 “Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata”. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

Elias, A., Tiemi, M., Cardoso, L. & Grion, C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 324-329.

*Extracorporeal Life Support Organization (ELSO)*. (2014) – *Guidelines for ECMO Centers*, disponível em: <https://www.elseo.org/Resources/Guidelines.aspx>

Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(10), 45-53

*International Council of Nurses (ICN). (2006) – Dotações Seguras Salvam Vidas*

Copyright © 2006 do ICN International Council of Nurses

INEM (2009) - Instituto Nacional de Emergência Médica, disponível em: [www.inem.pt](http://www.inem.pt)

Janet L., PharmD, BC-ADM (2014). *Continuous Insulin Infusion: When, Where, and How?* Diabetes Spectrum Volume 27, Number 3

Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C. & Gager, M. (2004) - *Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care*. Intensive Care Medicine.vol.30, pp456-460

Jacobi J, Bircher N, Krinsley J, Agus M, Braithwaite S, Deutschman C , Freire A, Geehan D, Kohl B, Nasraway S, Rigby M, Sands K, Schallom L, Taylor B, Umpierrez G, Mazuski J & Schunemann H. (2012) - *Guidelines for the use of an insulin infusion for the management of hyperglycemia in critically ill patients - Crit Care Med Vol. 40, No. 12*

Kross, E., Gries, C. & Curtis, J. (2008) - *Posttraumatic stress disorder following critical illness*. Critical Care Clinics.vol.24, pp.875-887

Larson, E. & Nirenberg, A. (2004) - *Evidence-based nursing practice to prevent infection in hospitalized neutropenic patients with cancer*. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 717-725

Le Boterf, Guy. (2005) - *Construir as competências individuais e coletivas*, Porto: ASA

Lei n.º 141/99 de 28 de Agosto disponível em:

[http://ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao\\_Nacional/Legislacao\\_Transplantaao\\_Lei\\_141\\_1999.pdf](http://ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Transplantaao_Lei_141_1999.pdf)

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro - (A presente lei procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de abril) Diário da República, 1.ª série — N.º 180 — 16 de Setembro de 2009

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril

Maksoud-Filho, G. (2000) – ECMO (Oxigenação extracórporea por membrana). Revista: *Pediatria Moderna*, disponível em:  
[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=230](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=230)

Marvin, M., Inzucchi, S. & Besterman, B. (2013) - *Computerization of the Yale insulin infusion protocol and potential insights into causes of hypoglycemia with intravenous insulin. Diabetes Technology & Therapeutics*, 15(3), 246-252.

Oliveira, A. & Martins, J. (2013) - Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 115-124.

Ordem dos Enfermeiros. (2001) - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar, (p.1-112).

Ordem dos Enfermeiros - Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Consultado em Novembro de 2015

Ordem dos Enfermeiros. (2010) - Princípios Enformadores de Regulamentação do Modelo de Desenvolvimento Profissional. Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, Lisboa, 3 de Fevereiro

Ordem dos Enfermeiros. (2015) - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008) - Transportes de Doentes Críticos  
Recomendações

Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003) - *Enfermagem Médico-Cirúrgica (conceitos e prática clínica)*, Lusociência;

Siegel, J., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. & *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (2007) - *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*.

Silva, A. & Lage, M. (2010) - Enfermagem em Cuidados Intensivos, Coimbra: FORMASAU

Silva, WO. (2013) - Controle glicêmico em pacientes críticos na UTI. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*.12(3):47-56

Swearingen, P. & Keen, J. (2003) - Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos, 4ª edição. Lusociência, Lisboa.

Simões, R. (2008) - Competências de Relação de Ajuda no Desempenho dos Cuidados de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Orientação do Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2011) – Programa Nacional de Avaliação da Dor. Published in: Educação, Saúde e Medicina. Disponível em:  
<http://pt.slideshare.net/gad-spci>

*Society of Critical Care Medicine* (2013) – Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive care unit. *Crit Care Med*; 2013; 41 263-306. Disponível em:  
<http://www.sccm.org/Research/Guidelines/Pages/Guidelines.aspx>

Tourinho, F., Ribeiro, J., Pereira, C., Fernandes, L., Medeiros, P. & Medeiros, S. (2013). *Organophosphate poisoning: Nursing Diagnosis and Interventions*. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(3), 218-226.

Van den Berghe, G. (2013) - *What's new in glucose control in the ICU? Intensive Care Medicine*, 39(5), 823-825.



## **6. APÊNDICES**



## **6.1. APÊNDICE I**

### **Panfleto “Medidas de Isolamento e Principais Vias de Transmissão”**



## **6.2. APÊNDICE II**

### **Trabalho: “Importância do Controle Glicêmico em Cuidados Intensivos”**



### **6.3. APÊNDICE III**

#### **Trabalho: “Assistência Pré-Hospitalar a Vítimas Pediátricas”**



#### **6.4. APÊNDICE IV**

#### **Flyer “Marcha de Urgência – Como Proceder”**