



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

VIVÊNCIAS DO CUIDAR EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Um desenvolvimento pessoal até à especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

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

Por
Joana Filipa das Neves Costa

Porto – setembro de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

VIVÊNCIAS DO CUIDAR EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Um desenvolvimento pessoal até à especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

EXPERIENCES OF CARING IN A CRITICAL SITUATION
A personal development up to specialization in Medical-Surgical
Nursing

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

Por
Joana Filipa das Neves Costa

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto – setembro de 2021

RESUMO

O presente documento reflete uma análise e reflexão pessoal do cuidar da pessoa em situação crítica, onde serão enunciadas as diferentes vivências e aprendizagens refletindo uma construção pessoal no cuidar em situação crítica. Portanto, tem como objetivo analisar, de forma descritiva e fundamentada, um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica que culminarão na obtenção do grau de Mestre. Para isso, basear-se-á na descrição e análise de atividades desenvolvidas em contexto de estágio, em meio hospitalar, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e num Serviço de Urgência Central de um Centro Hospitalar da Região Norte, tendo sido serviços enriquecedores e facilitadores na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Cuidado à Pessoa em Situação Crítica. A vivência em estágio, nos serviços acima referidos, além de evidenciar a importância de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em diferentes contextos, possibilitou, também, a mobilização de novos conhecimentos teóricos, consolidação de competências e aprimoramento da reflexão crítica de uma prática baseada em evidência. Assim, permitiu o desenvolvimento de competências específicas à área de especialização tendo em conta os princípios de segurança, qualidade e prevenção/controlo de infeção.

Numa fase inicial do documento será abordada a pertinência das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica e seguidamente será realizada a caracterização dos locais de estágio e as atividades desenvolvidas para a consecução dos objetivos previamente estabelecidos. No decorrer deste estágio surgiu a curiosidade em refletir e investir numa revisão integrativa de modo a culminar os conhecimentos numa melhor prática e, nesse sentido o desenvolvimento e análise das atividades em contexto de estágio foram realizados com base em fundamentação teórica e evidência atual.

A vivência em estágio e posterior reflexão permitiu um crescimento pessoal na abordagem à pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, à minha prática profissional especializada.

Palavras-Chave: Pessoa em situação crítica, Cuidados de Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Competências; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRAT

The present document reflects an analysis and personal reflection regarding the care of a person in critical condition, in which several experiences and learnings will be expounded, reflecting a personal construct in critical care. It thus has the objective of analysing, in a descriptive and justified manner, a pathway of acquisition of specialized skills to care for a person in critical condition, which will culminate in gaining the degree of Master. In order to do so, this document will base itself on the description and analysis of activities performed within the context of an internship in a polyvalent ICU and in a central emergency department of a hospital centre in the Região Norte, which were enriching and facilitated the acquisition and development of general and specific skillsets of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, namely in Care for People in Critical Condition.

The previously mentioned experiences during the course of the internship not only made the importance of a Clinical Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing clear within different environments, but also provided for the mobilization and acquisition of new theoretical knowledge, the consolidation of abilities, as well as proficiency in critical reflexion of a practice based on evidence. It thus allowed for a further development of competencies specific to the area of specialization taking into consideration security, quality, and prevention/control of infections principles.

The pertinence of the competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing will be studied, after which the characterisation of the internship environments will be made as well as of the activities performed in order to achieve the previously set goals. During this internship curiosity to reflect and invest in an integrative literature review arose, so as to advance the knowledge acquired to create a better practice and so the development and analysis of activities within the context of the intership were done with theoretical substantiation and current evidence.

The experiences during the internship and the following reflection allowed for a personal growth in approaching a person in critical condition and, consequently, in my own specialised professional practice.

Keywords: Person in critical condition, Care in Nursing, Clinical Nurse Specialist, Competencies, Medical-Surgical Nursing

“Let us never consider ourselves finished, nurses.

We must be learning all of our lives.”

Florence Nightingale

A todos os que contribuíram para a conclusão deste caminho com sucesso.

À professora Patrícia Coelho pela disponibilidade, apoio, ânimo e dedicação.

Ao meu Pai, minha Mãe e minha Irmã por serem os meus maiores suportes. O vosso amor inunda-me de força e coragem, sempre.

Ao João, por estares sempre aqui...

O meu mais sincero obrigada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BACVC -Bacteriemia Associada ao Cateter Venoso Central

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CI – Cuidados Intensivos

CP – Cuidados Paliativos

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FiO₂ – Fração de Oxigênio Inspirado

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

IACV - Infecção Associada ao Cateter Vesical

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SDRA – Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SU – Serviço de Urgência

TOT – Tubo Orotraqueal

UCD – Unidade de Curta Duração

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	17
2.1. Caracterização dos locais de estágio	21
2.2. Desenvolvimento de Competências: uma análise reflexiva.....	24
3. CONCLUSÃO	49
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
5. APÊNDICES.....	61
5.1 Apêndice I - Importância de um enfermeiro líder numa UCI	62
5.2 Apêndice II - Transporte inter-hospitalar do doente crítico	75

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, sendo o culminar da mesma e, conseqüentemente, seu produto final de avaliação. Esta unidade está inserida no plano de estudos do Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa.

Dada a importância elementar do conhecimento na tomada de decisão de qualquer profissional e, sabendo que a Enfermagem é uma ciência e que, como qualquer ciência, está em constante evolução, procurei meios de desenvolvimento do meu conhecimento para uma melhor prestação profissional. Após 7 anos do término da licenciatura e com ambição de aprofundar conhecimentos, a nível profissional, sigo por este percurso académico com o objetivo de alcançar a especialidade, assim como o grau de mestre, numa área de grande interesse pessoal.

A escolha nesta área deve-se à minha experiência profissional atual, numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, tornando-se evidente a necessidade em adquirir e desenvolver competências mais específicas à minha intervenção na pessoa em situação crítica.

A escolha do título deste relatório pretende ser uma síntese de toda a minha prática vivenciada nos estágios sendo que, mesmo numa área tão fortemente ligada à medicalização e tecnologia, o cuidar deve ser sempre o foco da prática de enfermagem, devendo, como defende Jean Watson, orientar a prática de enfermagem numa simbiose de racionalidade e sensibilidade (Watson, 2002).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. No entanto, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos

de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, este é capaz de prestar cuidados de enfermagem de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, dando resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Reconhece ainda que, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se caracterizam como importância máxima (Regulamento nº124/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Durante este percurso curricular tive a oportunidade de contactar com dois contextos de estágio diferentes, onde a valência de cuidado à pessoa em situação crítica esteve sempre presente. Realizei 360 horas totais de contexto prático de estágio numa unidade de cuidados intensivos polivalente e num serviço de urgência central de um centro hospitalar da região norte. Este, devido à sua vastidão de especialidades - tais como neurocirurgia e cardiologia - abrange atualmente mais de 5 concelhos,

Este relatório pretende, através de uma metodologia descritiva, demonstrar as atividades desenvolvidas relacionando-as com os objetivos previamente traçados, e, também, descrever e analisar todo o percurso de aprendizagem, relacionando-o com as competências específicas do Enfermeiro Especialista, publicadas em Diário da República. Tendo em conta que os objetivos pessoais traçados se prendem com a aquisição das competências do EE este estará organizado relacionando a concretização dos objetivos propostos com a aquisição de competências do EEEMC e, conseqüentemente, todo o percurso de aprendizagem realizado nos estágios, focando as atividades desenvolvidas relacionadas com a evidência científica pesquisada para melhor consolidação de conhecimentos e das aprendizagens. De salientar que este terá como base as normas evidenciadas no Guia de Estágio da Universidade Católica Portuguesa e as orientações dadas pela Professora Doutora Patrícia Coelho.

Este documento tem como meta demonstrar como foi conseguida a aquisição de competências nos cuidados à pessoa em situação crítica e tem como objetivos primordiais:

- Refletir sobre os vários contextos clínicos, assim como a abordagem teórica do curso, tendo como base o cuidado à pessoa em situação crítica;
- Analisar a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Encontra-se organizado pela presente introdução, seguidamente de um capítulo constituído por dois subcapítulos, sendo o primeiro a enumeração e caracterização dos locais de estágio e o segundo a análise e reflexão do percurso na aquisição de competências em estágio, tendo em conta os objetivos previamente traçados e as competências adquiridas, culminando na conclusão.

2. UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem é considerada a ciência, disciplina e profissão que tem vindo a procurar responder a todos os desafios que surgem numa sociedade em constante mudança. Para isso, tem vindo a desenvolver um corpo de conhecimentos para ser capaz de dar as respostas adequadas em tempo útil, permitindo também uma tomada de decisão e uma abordagem mais complexa nos cuidados à pessoa.

Deste modo, e indo ao encontro do percurso pessoal atual, percebe-se que é exigido ao enfermeiro que, na sua prática profissional, vá mais além do que é expectável, e que, perante os acontecimentos que vão surgindo na sua prática, demonstre iniciativa, responsabilidade e investimento pessoal, com um objetivo de evoluir nas competências que já possui, assim como desenvolver novas competências (Le Boterf, 2003).

Segundo o Dicionário Larousse, competência é definido como sinónimo de direito, aptidão, habilidade e pode ser considerada como a capacidade decorrente do conhecimento que alguém tem sobre um determinado assunto. (Loiola, 2013) Existem autores que referem competência como a capacidade de mobilizar conhecimentos numa situação complexa sendo, portanto, uma mobilização e integração de conhecimentos, recursos e habilidades com o intuito de melhor atuação profissional, e referem também que a competência se caracteriza pela relação entre três eixos: a pessoa, a formação e a sua experiência profissional (Le Boterf, 2003).

Um profissional competente é capaz de atuar com pertinência em situações complexas, fundamentando as suas ações e decisões, sendo assim, importante a criação e renovação de conhecimentos (Sapeta, 2013). Também, seguindo a mesma fonte, a individualidade de cada pessoa é cada vez mais tida em consideração na sua prática profissional, destacando-se características comportamentais como o rigor, a convicção, a curiosidade, a capacidade de escuta, as atitudes de acolhimento, de iniciativa, e também a consistência e a autoconfiança (Sapeta, 2013).

Existe um modelo de aquisição de competências, baseado no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, defendido por Benner em 2005, que identifica cinco níveis de competências na prática de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito, enumerando as características e comportamentos de cada nível de desenvolvimento e identificando as necessidades de aprendizagem de cada nível. Esta

autora defende que um enfermeiro torna-se competente quando tem consciência dos seus atos e os analisa de forma crítica e reflexiva, planejando e priorizando as suas intervenções de forma adequada (Benner, 2005).

Em 2011, foi publicado, pela Ordem dos Enfermeiros, um regulamento que especifica as competências comuns ao enfermeiro especialista, sendo estas as competências comuns a todas as áreas de especialidade. Os domínios destas competências são o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento de aprendizagens pessoais (Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011). O título de enfermeiro especialista presume o domínio destas competências e, também, o domínio de competências específicas à sua área de especialização. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente de pessoa em situação crítica tem acrescidas também as seguintes competências: cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De modo a desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica realizei estágio, em dois contextos, num serviço de Medicina Intensiva Polivalente e num serviço de Urgência Central de um centro hospitalar central de referência da zona norte, com uma grande área de influência.

Nestes dois contextos vivenciei cuidados à pessoa em situação crítica, com planos de cuidados complexos, facilmente mutáveis e de vigilância contínua. São cuidados a pessoas que estão a vivenciar situações e experiências súbitas e inesperadas bastante complexas, e podemos até relacionar com a Teoria das Transições, de Alaf Meleis, sendo que vivenciam processos de transição (passagem de uma condição para outra) saúde-doença inesperados. Esta autora afirma que, durante a sua vida, a pessoa passa por vários momentos de transição, no entanto, a forma como lida e responde a essas transições vai variar consoante a sua própria individualidade (Meleis A. S., 2010). A aceitação e compreensão da natureza da transição, assim como das circunstâncias facilitadoras ou inibidoras do desenvolvimento da mesma e a própria resposta são essenciais ao

desenvolvimento de um plano de cuidados em concordância com a singularidade do indivíduo e da família promovendo, assim, respostas saudáveis a essa transição (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, & Schumacher, 2000). Podemos, então, afirmar que, o enfermeiro é o principal cuidador da pessoa e da família que se encontram num processo de transição, tendo como função preparar e facilitar os seus processos de aprendizagem e desenvolvimento de novas competências (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, & Schumacher, 2000).

A pessoa e a família, perante uma situação inesperada de doença, experienciam um processo de transição em saúde-doença e, nesse processo, vivenciam sentimentos e emoções inesperadas, tais como medo e incerteza. O significado que dão, baseados no seu ambiente e crenças, irão traduzir-se em fatores inibidores ou facilitadores a este processo, como já foi abordado.

Na abordagem à pessoa em situação crítica e sua família torna-se então importante a avaliação e orientação na sua transição, sendo o plano de cuidados um facilitador da mesma. É importante uma correta avaliação inicial, um estabelecimento de uma relação terapêutica que transmita confiança e empatia e uma abordagem presente às necessidades pois o plano de cuidados deverá permitir a dotação da pessoa e sua família de conhecimentos e competências que os preparem para esta mesma transição.

Deste modo, demonstro que a minha atuação particular nas vivências em estágio teve como foco principal a pessoa/ família e toda a sua complexidade associada à transição saúde-doença, vendo a enfermagem como um facilitador de transições para aumentar o sentimento de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994). Neste aspeto saliento a relação empática criada com o utente e família, na priorização da sua intervenção nos cuidados, mesmo em contexto de pandemia, utilizando recursos facilitadores como as chamadas e videochamadas entre o utente, o profissional de saúde e a família, focando que a empatia deverá sempre prevalecer nos cuidados de saúde, mesmo em situação crítica onde a medicalização e tecnologia tenta sempre prevalecer. Dou como exemplo uma situação de um utente internado no serviço de cuidados intensivos onde, devido ao contexto atual, as visitas se encontravam suspensas e, através de videochamada com a família, pude interagir com a mesma e o utente, explicando o ambiente que rodeava o mesmo e tranquilizando a família por poder ver e ouvir o seu familiar, e assim, deste modo, tendo também a família como foco no meu plano de cuidados.

Seguidamente serão expostos dois subcapítulos onde, em primeiro lugar, irei enunciar e caracterizar os locais de estágio e, num segundo subcapítulo, irei então analisar todo o percurso nos mesmos, baseado em objetivos definidos.

2.1. Caracterização dos locais de estágio

Os estágios foram realizados num centro hospitalar da região norte que abrange quatro unidades hospitalares, prestando cuidados de saúde a uma grande área geográfica. A escolha neste centro hospitalar recaiu pela proximidade com o meu local de residência e, também, com o fato de ser o meu local de trabalho atual.

Como já foi antes referido os estágios realizados nesta unidade curricular e neste centro hospitalar foram realizados no Serviço de Urgência Central e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, sendo estes serviços opção obrigatória do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Cuidar da Pessoa em Situação Crítica.

A **Unidade de Cuidados Intensivos**, atualmente designado de serviço de Medicina Intensiva, após a reformulação estrutural do serviço, nasceu em 1988, e desde a sua origem, apresenta-se dotada de recursos materiais, humanos e técnicos para cuidados de excelência à pessoa em situação crítica com risco ou falência de órgãos. A grande maioria dos doentes que recebe são do foro médico e cirúrgico, estando dividido em dois setores de cuidados, cuidados intermédios e cuidados intensivos, no entanto, como este estágio decorreu de 02 de novembro de 2020 a 06 de janeiro de 2021, a maior parte dos doentes foram coincidentes com a pandemia atual de COVID-19, das duas valências.

A Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as unidades em três níveis de cuidados e defende que as unidades de nível III, como o caso da que abordamos, deverá ter uma equipa médica e de enfermagem altamente qualificada durante 24 horas, com acesso a meios de monitorização contínua, meios de diagnóstico e meios de terapêutica necessários e adequados (OE, Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2014).

A Unidade de Cuidados Intensivos localiza-se no pavilhão central, junto do serviço de urgência central, e é composto por duas unidades interligadas, a unidade de intensivos e a unidade de intermédios sendo que, existem 16 camas no lado dos intensivos, 4 em quartos de isolamento, e 12 camas no lado dos intermédios, 2 em quartos de isolamento. Os quartos de isolamento têm a possibilidade de ajustar a pressão, negativa ou positiva. Todas as camas estão integradas numa unidade individual, com sistema de renovação do ar de 6 em 6 minutos, com entrada de luz natural se desejado, e equipadas de base com

todos os equipamentos necessários para a abordagem ao doente, nomeadamente monitor com sistema de monitorização contínua e passagem de dados para a central da unidade, ventilador equipado e previamente testado, rampa de ar comprimido,ambu (previamente verificado e funcional) e rampa de oxigénio, máquinas perfusoras de terapêutica, sistema de aspiração com vácuo, e quatro gavetas onde se encontra o material descartável e previamente definido pelo serviço para os cuidados frequentes ao doente. As camas das unidades são de tecnologia de ponta permitindo alternar posicionamentos de forma programada, com colchões de pressão alterna, proporcionando aos utentes conforto e prevenção de úlceras devido ao internamento. O serviço dispõe de uma sala denominada área técnica onde se encontram outros equipamentos que sejam necessários acrescentar à unidade como é o caso de equipamentos para técnicas de substituição renal, equipamentos de oxigenação por membrana extracorporal, equipamentos de monitorização cerebral, equipamentos de oxigenoterapia de alto fluxo, entre outros. Ao nível de recursos humanos, nomeadamente de enfermagem, o serviço tem uma equipa de 102 enfermeiros, incluindo a enfermeira-chefe, que são distribuídos 16 elementos por cada turno e, durante a semana, no turno da manhã acresce um elemento de apoio à gestão do serviço. Esse elemento é um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como a enfermeira-chefe. O método de trabalho da equipa de enfermagem, após a passagem de turno coletiva e respetiva distribuição dos enfermeiros é o método individual, sendo que cada enfermeiro organiza e presta todos os cuidados necessários ao seu doente, em todas as suas vertentes. O rácio preconizado é de 1:2 em doentes de nível II e 1:3 em doentes de nível III.

O **Serviço de Urgência Central** do mesmo centro hospitalar é a maior entrada de fluxo de utentes para o hospital em questão, maioritariamente entrando em situação crítica. É um contexto clínico onde reina a imprevisibilidade e é exigida uma adaptação constante aos profissionais que lá se encontram, nomeadamente aos enfermeiros, exigindo uma resposta eficaz, eficiente e em tempo útil, tendo sempre em conta a qualidade dos cuidados de enfermagem (Noivo, 2015). Este momento de estágio decorreu de 7 de janeiro a 22 de abril, tendo tido uma interrupção pelo meio devido à situação pandémica atual.

O serviço de urgência central é um serviço polivalente, abrangendo todas as especialidades médicas e cirúrgicas. A sua estrutura física foi remodelada tendo todas as condições físicas e estruturais necessárias ao atendimento da pessoa, nomeadamente em

situação crítica. Neste serviço é notória a dinâmica interdisciplinar necessária ao bom funcionamento e conseqüentemente bom atendimento ao utente. Verifiquei que o enfermeiro tem um papel fundamental na cerne do serviço de urgência sendo que desempenha um papel fundamental no cuidado à pessoa e, também, na gestão do serviço, dos cuidados, da equipa e de todos os contratemplos que possam surgir. Foi facilmente verificada a necessidade de um coordenador de turno que era sempre um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, também.

No serviço de urgência pude vivenciar o cuidar da pessoa em situação crítica em diversos setores sendo que esta se dividia pela triagem, área amarela/verde/laranja (concentradas numa só área devido a reformulação do serviço pela pandemia atual), área cirúrgica e ortopédica, sala de emergência e unidade de curta duração (UCD). Como a minha experiência em estágio se focou nas áreas que o tutor era alocado, o que se revelou benéfico pois ia de encontro com os meus objetivos pessoais, nomeadamente triagem, área laranja, UCD e sala de emergência, foi notória a necessidade de um enfermeiro com competências acrescidas no cuidar da pessoa em situação crítica pois este reflete uma atitude mais atenta e eficiente na gestão destes doentes, da instabilidade que tão bem os caracteriza.

Neste serviço o método de trabalho, exceto na UCD, é o método de tarefa, sendo que os enfermeiros trabalham em equipa de modo a obter uma resposta rápida e eficaz às prescrições médicas.

2.2. Desenvolvimento de Competências: uma análise reflexiva

Refletir sobre a prática nos cuidados à pessoa em situação crítica exige uma abordagem tendo presente a definição do mesmo sendo que, segundo a Ordem dos Enfermeiros, pessoa em situação crítica é aquela cuja vida encontra-se ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº124/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Durante a minha vivência nos estágios, em ambos os contextos, pude contactar com uma realidade atual do cuidar da pessoa em situação crítica e, assim, refletir acerca da prática construindo a minha identidade profissional enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente de cuidar da pessoa em situação crítica.

Seguidamente, será feita, uma reflexão crítica das vivências em estágio mediante cada contexto, que estarão destacados a negrito, tendo como forma de orientação a concretização dos objetivos inicialmente traçados, a realização das atividades para o culminar dos mesmos e, por último, mas não menos importante, a aquisição de competências de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Objetivo Geral: Desenvolver competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

Objetivo Específico: Cuidar da pessoa, família /cuidador que vivencia um processo complexo de doença crítica ou falência orgânica.

Principais atividades desenvolvidas: Ter presente os princípios éticos, legais e deontológicos da profissão; acompanhar a pessoa, família/ cuidador, de modo a diminuir o sofrimento e anseio de ambos; transmitir, assertivamente, segurança e confiança à pessoa e/ou família; lidar com a pessoa holisticamente, respeitando os seus ideais e crenças.

A Enfermagem é uma disciplina e profissão onde frequentemente surgem situações complexas, com dilemas e problemas éticos, que exigem, por parte dos profissionais, uma tomada de decisão fundamentada, atentando na relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com o utente/família. De acrescentar, ainda, que o Enfermeiro Especialista deve apresentar uma maior capacidade de tomada de decisão ética, analisando o

conhecimento e a experiência na qual se baseia a sua ideia, e liderando, de forma efetiva, todos os processos de tomada de decisão (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A ética profissional enumera princípios e valores, relacionados com um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma profissão a uma deontologia profissional (Nunes L. , 2015). Portanto, a deontologia profissional surge numa profissão, resultante de uma reflexão sobre a prática da mesma (Nunes L. , 2008).

Deontologia pode ser definida como um conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, baseadas nos princípios da moral e do direito, que procuram definir as boas práticas, considerando as características próprias da profissão (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015).

Deontologia e ética diferem da origem das normas, uma vez que as normas deontológicas são descritas e instituídas pelos próprios profissionais, tendo como base o que favorece e prejudica a profissão (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015). No nosso país, a profissão de enfermagem está dotada de um Código Deontológico, sendo este um documento jurídico, perante o qual os enfermeiros têm o dever de dar resposta às promessas e compromissos assumidos perante a sociedade, respeitando a dignidade de cada indivíduo. Este documento encontra-se descrito no Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

O desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, tem presente uma série de desafios. Isto deve-se, não somente devido à diversidade de ambientes onde são prestados cuidados, mas também pelas vezes em que são colocadas em causa certos princípios e valores, que até então se pensava serem indubitáveis.

Em ambos os contextos de estágio foi notória a preocupação dos enfermeiros com o respeito pela privacidade da pessoa. Contudo, existiram algumas situações onde me confrontei com limitações, maioritariamente estruturais, que comprometeram a intimidade e privacidade do utente. Saliento algumas situações, no serviço de urgência, onde, por afluência extrema do mesmo, não são preservados estes princípios. No contexto de **Serviço de Urgência**, foi possível observar, numa sala de observação, macas e cadeirões com distância mínima entre eles, onde toda a informação comunicada e partilhada entre utente e profissionais era facilmente escutada por outros. Apesar dessa curta distância existiam cortinas que, pelo menos, durante procedimentos, eram

privilegiadas. Muitas destas situações encontram-se claramente influenciadas pela pandemia que estamos a vivenciar que obrigou a uma reestruturação dos serviços e equipas que para atender um maior número de pessoas que a estes serviços recorriam.

Na **Unidade de Cuidados Intensivos** verifiquei que, por vezes, pela carga excessiva de trabalho e pelo estado de consciência da maior parte dos utentes a privacidade e intimidade era subvalorizada em detrimento com os cuidados, considerados mais urgentes pela equipa de profissionais. Neste sentido detonei uma preocupação acrescida da minha parte no sentido de responsabilidade na medida de, considerando as barreiras já existentes, as quais não poderia sobrepor, valorizar e priorizar a privacidade e respeito pela intimidade de cada pessoa, mesmo em cuidados de emergência, vivenciados nos dois serviços.

O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa é uma demonstração do respeito pelo ser humano e pela sua autonomia, reconhecendo em si a capacidade de assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos (Norma da Direção Geral de Saúde nº 15/2013, 2013). Ao longo dos dois contextos verifiquei, devido à condição crítica dos utentes, além das suas faculdades estarem comprometidas pela sua situação atual, a referência ao consentimento presumido, como referenciado no artigo 8º da Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina onde, citando, 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 (Convenção para a proteção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina, 1997). Isto acontece, pois, perante a gravidade da situação, presume-se que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado. Estamos perante casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir (Norma da Direção Geral de Saúde nº 15/2013, 2013). Dou como exemplo, aquando a entrada de utentes na sala de emergência, do **serviço de urgência**, onde, por alterações do estado de

consciência e/ou gravidade da situação o consentimento para variadas intervenções era o presumido, prevalecendo o princípio da beneficência.

No **serviço de cuidados intensivos**, durante a admissão no serviço, quando aplicável, aquando da explicação e partilha de informação entre profissional e utente, não verifiquei ser questionado ao utente qual a sua vontade, tendo em conta o seu prognóstico, por parte da maior parte dos profissionais. Da experiência vivenciada, pude constatar que a realidade para estes profissionais acaba sempre por ser muito metódica e taxativa, focada muito na condição clínica do utente, o que facilmente se justifica como já mencionado, com a situação pandémica atual onde tudo é novidade e onde a resposta dos diferentes indivíduos ao mesmo problema é diversificada e imprevisível. Neste sentido, verifiquei que, apesar disso, os enfermeiros ainda eram os profissionais mais atentos na humanização dos cuidados de uma forma mais empática, sendo que denotei uma maior preocupação, por parte destes, com a partilha de informação com o familiar, com o estabelecimento de uma relação terapêutica facilitadora para a pessoa e sua família.

Também no serviço supracitado, verifiquei vários casos de pessoas em situação crítica de falência grave, onde não se verificavam melhorias, nem benefícios do plano terapêutico instituído, onde foi possível verificar várias atuações, por parte de diferentes profissionais, que revelavam dificuldade em lidar com o processo de morte e, mais do que isso, dificuldade em se resignarem ao prognóstico mais provável da pessoa. Na verdade, profissionais de uma UCI deverão estar sensíveis e atentos aquando não é possível reverter as causas que levaram ao internamento do indivíduo numa UCI, de modo a serem capazes de mover o objetivo primordial de curar para o de paliar.

Paliar deriva da palavra *pallium* que era a designação dada a um manto que os cavaleiros utilizavam para os proteger das tempestades nos seus caminhos e, portanto, significa proteger, proteger como forma de cuidar amenizando a dor e sofrimento (Meu Cuidado. Meu direito., 2021). Atualmente é socialmente considerada a prática numa UCI como sendo orientada para o prolongar da vida dos doentes, devido à constante evolução de conhecimentos na área da saúde (Carlet, et al., 2004). Desse modo percebe-se que os profissionais, nomeadamente o enfermeiro, esteja preparado para a estabilização e recuperação da pessoa em situação crítica, não estando preparado para a passagem de uma abordagem curativa para uma paliativa (Hansen & Goodell, 2006). Portanto, sendo os cuidados paliativos os “cuidados intensos do conforto” urge a necessidade de introduzir os conceitos fundamentais destes cuidados em detrimento do conforto e bem-

estar da pessoa doente com a filosofia dos cuidados intensivos promovendo uma parceria e articulação entre estas duas tipologias de cuidados (Coelho, Silva, Costa, & Capelas, 2014). Assim, torna-se notória a necessidade de aprofundar a questão de fim de vida nestes contextos na medida que poderão ser fatores de stress para o profissional. Reforço que na minha prática de estágio em UCI nunca verifiquei a abordagem paliativa em cuidados intensivos e quando questionei sobre esta área referiram-me que nunca aconteceu um doente em cuidados intensivos ser considerado um doente em cuidados paliativos. Saliento que aliar a filosofia dos cuidados paliativos aos cuidados intensivos evita um sofrimento inquantificável da pessoa e sua família, respeitando assim a vida humana na medida que se evita a procura incessante da cura num processo de negação da morte. Numa UCI a pessoa deve morrer sem sofrimento e com todos os recursos que lhe proporcionem tranquilidade, conforto e respeito (Coelho, Silva, Costa, & Capelas, 2014). Nesse sentido, e tendo em conta experiências que vivi, nomeadamente num desmame ventilatório abrupto e posterior remoção de TOT sem priorizar o tempo e o conforto necessário ao doente em causa, algo que era expectável e de bastante benefício para o mesmo se, por exemplo nesta situação, tivesse sido reportado e pedido colaboração à equipa de Cuidados Paliativos e tivesse sido realizado um plano de cuidados em parceria visto que existe uma equipa de CP no hospital. Também nesta situação verifiquei um sentimento de impotência e tristeza da equipa de enfermagem pois foi notória a sensação de que os cuidados de dignidade e conforto em fim de vida não estavam adequados à pessoa em questão, mas, verifiquei que, quando um enfermeiro sugeriu uma intervenção diferente à equipa médica esta mesma não valorizou como expectável embora tenha justificado a sua decisão. Verificando-se a importância da cooperação e comunicação clara entre a equipa multidisciplinar em situações de fim de vida e, apesar de fazerem parte da equipa, os enfermeiros não têm um papel tão ativo como desejável, nas tomadas de decisão, sendo que as recomendações e indicações são destinadas à equipa médica (Kirchhof & Kowalkowski, 2010).

Os enfermeiros consideram que, nestes casos, existe falta de comunicação entre a equipa, não se analisando os diferentes pontos de vista, nomeadamente quais os limites de intervenções excessivas e o porquê de se prolongar o processo de morte aumentando o sofrimento da pessoa e sua família (Fernandes & Coelho, 2014). Sabe-se que não é função do enfermeiro estabelecer prognósticos, no entanto com a sua prática e atenção pode recolher informação útil que colabore na tomada de decisão da equipa (Martin & Koesel,

2010). O enfermeiro deverá, também, possuir toda a informação necessária e discutida em equipa de modo a responder às questões e inquietações da família (Holms, Milligan, & Kydd, 2014), no entanto o que verifiquei, nesta situação, foi que a abordagem à família, ao se definir em equipa que o utente se encontrava em fim de vida, foi apenas realizada pela equipa médica.

Importa, ainda, focar que nos cuidados à pessoa em situação crítica, tanto em contexto de **unidade de cuidados intensivos** e **serviço de urgência**, uma abordagem holística por parte de toda a equipa é muito importante, sendo que um internamento/ admissão nestes contextos exige alterações significativas em toda a estrutura familiar, funcional e emocional. Desse modo esta abordagem não pode separar as necessidades da pessoa e da sua família sendo que todos dentro de uma família dependem uns dos outros para dar apoio emocional, físico e económico (Gavaghan & Carrol, 2002).

Uma admissão em **serviço de urgência** ou internamento numa **unidade de cuidados intensivos** ocorre de uma forma inesperada sendo um momento de grande stress para a pessoa e sua família, na medida que origina um desequilíbrio nos papéis e funções familiares, podendo manifestar-se no surgimento de dificuldades em reconhecer e mobilizar recursos internos e externos de apoio, um ambiente tenso e comunicação familiar ineficaz (Gavaghan & Carrol, 2002).

Face ao mencionado, foi notória a necessidade de refletir, em contexto prático, com ambos os tutores dos dois contextos, de que modo poderíamos envolver a díade família-pessoa no plano de cuidados, principalmente no contexto atual de pandemia, de modo a colmatar as necessidades dos mesmos traduzindo-se numa diminuição de sentimentos como angústia e ansiedade (Ferreira, Freitas, & Kimura, 2007). Com informações adequadas partilhadas os familiares apresentam sentimentos de controlo promovendo-se uma transição saudável do papel de cuidador informal (Defloor, Duijnste, Grypdonck, Verhaghe, & Zureen, 2005). Apesar de concordarmos e constatararmos com fontes da importância do mesmo, tornou-se difícil contornar as medidas de segurança impostas pela instituição, nomeadamente a suspensão de visitas e acompanhantes.

No **serviço de urgência** verifiquei que, com a carga excessiva de trabalho e com a ausência de contatos preferenciais registados, era muito complicado para a equipa a partilha e resposta às necessidades da família. No entanto, no **serviço de cuidados intensivos** estava preconizada uma chamada telefónica diária com a família sendo que, se a família assim o preferisse, poderia ser realizada em videochamada. Durante alguns

destes momentos pude intervir, tentando definir necessidades e colmatar dúvidas e fatores de stress, nomeadamente com a primeira abordagem visual do doente em cuidados intensivos e toda a panóplia de mecanismos que o rodeia. Posso reforçar ainda que, tanto no **serviço de urgência** como no **serviço de cuidados intensivos**, a pessoa e a família, maioritariamente a família, vivenciam momentos de grande ansiedade, medo, revolta, e é muito importante o papel do enfermeiro no estabelecimento de uma relação com a família, onde a base será a comunicação, pois não existe o processo de cuidar sem que se constitua uma ação comunicativa (Thalita, 2013), e toda a informação fornecida deverá ser ponderada e adequada, dando espaço para a manifestação de sentimentos e, posterior apoio para dar lugar a sentimentos de esperança e segurança (Defloor, Duijnste, Grypdonck, Verhaghe, & Zureen, 2005).

Desse modo, durante o estágio, tive oportunidade de contornar os obstáculos para a comunicação com a família e, assim, ter como foco de cuidados também a família, estando atenta às suas manifestações de sentimentos perante a situação atual do seu familiar, inclusive tive oportunidade de, aquando a entrada de um doente na sala de emergência, no **serviço de urgência**, devido ao seu mau prognóstico vital intervir avaliando a possibilidade da sua filha, que estava na sala de espera, após ter já conhecimento da situação por parte da equipa médica, poder estar perto do pai. Foi então, excecionalmente autorizada a sua presença na sala de emergência e foi referida pela mesma como muito importante no sentido que dizia sentir que o pai precisava da sua presença. À parte disto, tive uma presença constante respondendo às suas questões, partilhando o silêncio e acolhendo as suas manifestações e sentimentos.

Em suma, durante os estágios pautei a minha atuação de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, bem como respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, adquirindo competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Promovi e desenvolvi uma prática baseada na proteção dos direitos humanos, tendo em consideração a pessoa como um ser holístico. Deste modo enumero as seguintes competências do domínio de **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, domínio das **Aprendizagens Profissionais** trabalhadas e adquiridas, consoante a prévia reflexão: desenvolve uma prática profissional e ética na sua área de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desenvolve o autoconhecimento e assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Objetivo Específico: Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.

Atividades desenvolvidas: Integrar, de forma adequada, a equipa multidisciplinar dos serviços de Urgência Central e Unidade de Cuidados Intensivos; demonstrar iniciativa de aprendizagem e aproveitamento de oportunidades fomentadoras de conhecimento; integrar conhecimentos adquiridos na formação teórica do curso de especialização; tomar decisões fundamentadas, relacionadas com a prática especializada de assistência à pessoa em situação crítica, tendo como base evidência científica; gerir os cuidados, em situação de emergência.

Enfermeiro é aquele que dirige o processo de pensamento para objetivos concretos, por vezes em situações complexas e em que a destreza é imperativa e o erro inaceitável (Vieira, 2009). Precisa de compreender e aceitar o cuidar como uma prática, revelando as competências e o conhecimento que cuidados de qualidade exigem. O Código Deontológico do Enfermeiro refere que o enfermeiro assume o dever de manter os seus conhecimentos em atualização contínua, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Código Deontológico, 2009).

Durante os dois estágios, a observação, partilha multidisciplinar e a reflexão individual e conjunta com os diversos elementos das equipas, de forma informal foram fulcrais para o desenvolvimento de competências. Pude constatar novos métodos de trabalho, técnicas de cuidado à pessoa em situação crítica que não estava familiarizada na prática. Acima de tudo, permitiu-me atuar *in loco* e, assim, aperfeiçoar competências, mais especificamente as competências específicas ao nível do cuidado da pessoa em situação crítica. Procurei que a minha atuação e abordagem fosse transmitida, dentro da equipa multidisciplinar, como uma prática sustentada e baseada em evidência, sempre com o objetivo primordial de mostrar a particularidade e importância de um enfermeiro especialista, sendo este detentor de competências específicas que elevam as suas funções extravasando o domínio dos cuidados gerais.

Emergência e urgência médica é caracterizada como sendo uma situação clínica de início súbito na qual se verifica ou apresenta risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (Despacho n.º 18459/2006).

Neste contexto, o estágio no **serviço de urgência** foi realizado num SUP (Serviço de Urgência Polivalente) de um hospital central de elevada diferenciação, sendo este o nível

mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (Despacho n.º 18459/2006).

Num serviço de urgência torna-se fulcral a rápida mobilização de conhecimentos e respetiva atuação em tempo adequado e útil de modo a responder de forma eficaz a várias situações críticas, sendo de importância extrema uma triagem efetiva para priorização dos utentes. Em todos os serviços de urgência é obrigatória a implementação de sistemas de triagem (Despacho n.º 10319/2014, 2014). No serviço onde efetuei o estágio está preconizada a Triagem de Manchester, sendo que assim, existe uma identificação clara e sistematizada de critérios de gravidade que nos indica qual a prioridade clínica de atendimento do utente e o tempo recomendado de espera até observação médica. Esta consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão. A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min) (Norma nº 002/2015, 2015). Tive oportunidade de participar na triagem de utentes podendo verificar a complexidade e importância da mesma sendo que, neste campo, é notória a necessidade de realização de uma priorização efetiva e em tempo útil. Verifiquei que o enfermeiro que faz a triagem é o primeiro profissional de saúde que contacta com o utente e este deve estar sensível às queixas do mesmo adotando uma postura empática mas com rápido raciocínio, de modo a priorizar cuidados não caindo no erro de fazer os seus próprios diagnósticos e, por vezes, até, juízos.

Já no âmbito de UCI foi possível observar a atuação e vivência dos profissionais que atuam numa unidade de nível III (destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida), onde os cuidados ao doente crítico impõem decisões estabelecidas em critérios de qualidade, eficácia, eficiência com a preocupação de garantir o exercício ético nos limites da função orgânica (Paiva, et al., 2016).

O ambiente nestes serviços, devido à complexidade de utentes, apresenta algumas particularidades e possui uma série de características que podem ser consideradas indutoras de stress. O utente nestas unidades exige dos profissionais conhecimentos específicos, elevados níveis de responsabilidade e capacidade de tomar decisões imediatas e habilidade em ligar-se com novas tecnologias. Numa UCI, o enfermeiro deverá aliar a qualificação adequada a uma capacidade de mobilização das suas

competências profissionais, numa prática que una os conhecimentos técnicos e científicos, não esquecendo a humanização do cuidado e, encarando, holisticamente, o utente como um individuo único (Teixeira & Vieira, 2021).

A primeira abordagem ao utente, em ambos os contextos, foi segundo a abordagem ABCDE. Esta é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da pessoa, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo algoritmo, sendo *A – Airway*, *B – Breathing*, *C – Circulation*, *D – Disability* e *E – Exposure* (INEM, Manual de Suporte Avançado de Vida, 2020). Também era a partir desta abordagem que os enfermeiros, em ambos os contextos, passavam as informações, associada à metodologia ISBAR onde *I – Identify*, *S – Situation*, *B – Background*, *A – Assessment* e *R – Recommendation*. Esta é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, Norma 001/2017, 2017), sendo que representa cinco componentes-chave do processo de comunicação na transição de cuidados (Ratajczyk & Cushway, 2013) e tem como vantagem ser um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal (DGS, Norma 001/2017, 2017). Em ambos os contextos pude verificar a exequibilidade desta abordagem ao utente, priorizando as intervenções à pessoa em situação crítica e, posteriormente, a passagem de informação de forma eficiente e concisa pela metodologia supracitada.

Seguindo esta priorização de abordagem, em ambos os contextos fui confrontada com situações de necessidade de permeabilização de via aérea, nomeadamente com introdução de tubo orotraqueal (TOT) e posterior ventilação mecânica invasiva (VMI). A intubação traqueal é um procedimento bastante frequente em cuidados à pessoa em situação crítica, sendo uma técnica de suporte avançado de vida. É indicação para iniciar suporte ventilatório mecânico em falência respiratória, sendo que as principais causas para início de VMI associam-se a insuficiência respiratória, patologias cerebrais e a necessidade de sedação. Apesar desta ser mais predominante em **unidade de cuidados intensivos**, também foi possível observar em contexto de **serviço de urgência**, na sala de emergência. Torna-se importante a presença de um enfermeiro especialista destacando-lhe os conhecimentos e destreza para a sua colaboração eficaz (Pinho, 2020). Este enfermeiro apresenta competências específicas ao nível de cuidar da pessoa em situação crítica

permitindo-lhe maior conhecimento e destreza na priorização e efetivação dos cuidados ao mesmo, como é o caso da permeabilização da via aérea e posterior suporte ventilatório. Neste sentido, com a prática dos contextos, também me foi possível observar e realizar as principais intervenções de enfermagem associadas a um utente em VMI, nomeadamente intervenções associadas à prevenção e controlo de infeção. Todos os utentes em VMI são entubados nasogastricamente ou orogastricamente para posterior alimentação e hidratação entérica. Está preconizado no serviço de **cuidados intensivos**, que de 6/6 horas, avalia-se conteúdo gástrico no sentido de progredir com dieta ou introduzir drogas anti-eméticas. Em todos os turnos, verificam-se o correto posicionamento e nivelação do TOT, verificando se a fixação se encontra íntegra e correta e verifica-se, também, o valor de pressão do cuff (20-30cmH₂O) (Pinho, 2020). Segundo literatura, é recomendada a observação do cuff de 12/12h, pois o balão desinsuflado poderá levar a uma extubação acidental ou ventilação ineficaz e o balão insuflado acima dos valores poderá levar a lesões como necrose da traqueia ou fístula traqueo-esofágica (Melo, et al., 2014). Também é prática a aspiração de secreções pelo TOT e pela orofaringe, realizando-se cuidados de higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0.2%, pelo menos 3x dia, e mantendo a cabeceira do leito elevada, pelo menos a 30º e substitui-se o filtro hidrostático e o cachimbo, a cada 24 horas ou sempre que haja presença de condensação de água ou secreções. Com estas intervenções e, de acordo com evidências, os enfermeiros estão a intervir de modo a evitar pneumonia associada à ventilação tendo em vista que a colonização da mucosa oral assim como a acumulação de secreções, pela presença do TOT e ausência de reflexo de tosse, podem levar à PAV, e, também, situações de hipoxemia e atelectasia (Melo, et al., 2014).

Na sala de emergência, devido ao curto espaço de tempo que estes utentes lá se mantêm verifiquei que a maior preocupação dos enfermeiros está relacionada com a correta fixação do TOT e aspiração de secreções apenas se necessário, no entanto, reforço que após estabilização destes utentes o tempo até a sua transferência para a unidade de cuidados intensivos é muito curto.

Devido à situação atual pandémica COVID-19, tive oportunidade de desenvolver competências no cuidado ao utente com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), maioritariamente em VMI, na **unidade de cuidados intensivos**, nomeadamente na colocação do utente em decúbito ventral conforme as diretrizes da Surviving Sepsis Campaign e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Alhazzani, Møller, & Arabi,

2020; WHO, 2020) face aos benefícios da posição em decúbito ventral em situações de Síndrome de Pneumonia Aguda Grave, recomendam esta posição por períodos de 12h-16h diárias, em adultos com COVID-19. Os efeitos benéficos deste posicionamento na função pulmonar fazem com que, habitualmente, seja utilizado como coadjuvante em utentes com hipoxemia grave, pois permite-se uma diminuição das áreas de atelectasia, existindo uma melhor distribuição da ventilação e redução do shunt pulmonar, facilitando ainda mobilização de secreções (Gomes & Diz, 2013). Deverá ser hipótese em situações de ventilação mecânica invasiva com hipoxemia e com valores da relação de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ mmHg, após otimização da ventilação com $\text{FiO}_2 \geq 0,6$ e $\text{PEEP} \geq 5$ cmH₂O (Guérin, et al., 2018), no entanto a decisão final de realização deste procedimento deverá partir do médico responsável, e, com o resto da equipa interdisciplinar deve-se decidir a execução do mesmo, assim como a sua duração (Oliveira, et al., 2017).

Durante o estágio pode participar ativamente na realização deste procedimento, verificando a preparação do material necessário, nomeadamente a colocação de prolongadores e correta fixação dos sistemas de terapêutica contínua e sondas, a aproximação do carro de emergência, no caso de necessário, a correta limpeza e lubrificação ocular com soro fisiológico a 0.9%, a desinfeção e aspiração da orofaringe prévia ao posicionamento e a aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados nas proeminências ósseas, de forma a prevenir possíveis lesões por pressão.

Perante uma pessoa em situação crítica é expectável que os enfermeiros avaliem e monitorizem continuamente, coordenem, implementem, avaliem e revejam os planos de cuidados; administrem, simultaneamente, vários fármacos; e antecipem, previnam e reconheçam situações que possam prejudicar o doente, priorizando intervenções (Teixeira & Vieira, 2021). Neste sentido, em ambos os contextos, fui confrontada com técnicas complexas de monitorização, administração de terapêutica que não me eram familiares e, também, com reformulações constantes de planos de cuidados, devido à instabilidade tão própria destes doentes. Destaco, então, a monitorização contínua, muito presente em sala de emergência, no serviço de urgência, e em unidades de cuidados intensivos.

A monitorização hemodinâmica tem sofrido uma constante evolução, cada vez mais com uma abordagem mais objetiva e invasiva (Boerma, 2017). Na monitorização hemodinâmica não invasiva utilizam-se técnicas em que não é necessária a implantação de dispositivos invasivos. Apresenta como vantagem, além da diminuição de riscos iatrogénicos, a facilidade e rapidez de uma monitorização em tempo útil. A monitorização

hemodinâmica invasiva requer obrigatoriamente a introdução de um cateter venoso central (CVC) para vigilância hemodinâmica venosa e cateter arterial (CA) para vigilância hemodinâmica arterial, com todos os riscos iatrogênicos inerentes, pois são dispositivos que estabelecem uma ligação entre uma área não estéril com uma área estéril e, por isso, provocam um aumento do risco de desenvolvimento de infecções associadas aos cuidados. Realço que a complexidade existente nestes ambientes de cuidado à pessoa em situação crítica exige uma coordenação profissional e uma prática colaborativa interprofissional (Panunto & Guirardello, 2013). Portanto, a capacidade de comunicação do enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crítica, seja ela em contexto de serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos ou outros serviços, entre os pares e interprofissionalmente é de extrema importância (Bucknall, 2000). Uma comunicação efetiva promove e otimiza os resultados obtidos para o utente e, a equipa deverá estar desperta e comunicar entre si a necessidade destes mesmos dispositivos.

Para a monitorização invasiva venosa, através do CVC, tive oportunidade de assistir na colocação do mesmo. Este cateter, além de permitir a monitorização dita, permite a infusão rápida de fluidos e de vasoconstritores. Esta é uma técnica realizada por um médico, experiente, e verifiquei o uso de ecografia como guia da colocação do mesmo. A escolha do local advém de vários fatores, entre eles a escolha pessoal do médico ou o risco de infeção. Ao nível do controlo da infeção verifiquei uma menor escolha em abordagens femorais pela proximidade com a região do períneo e verifiquei a desinfeção do local de inserção com técnica asséptica e colocação de pensos impregnados com clorhexidina, tendo como benefício, além da desinfeção do local de inserção, permitir uma menor manipulação, sendo que têm a durabilidade, quando íntegros, de 7 dias (González, Casas, Armada, & Barcia, 2014).

A monitorização invasiva arterial provém da implantação de um cateter arterial, frequentemente colocado na artéria radial. Tive a oportunidade de assistir na colocação do mesmo, técnica realizada por um médico, também. Esta monitorização tem como indicação primordial aquando da instabilidade do doente, nomeadamente pressão arterial muito instável, administração de drogas vasoativas de ação rápida, como vasodilatadores, vasopressores ou inotrópicos, e a necessidade frequente de colheitas de amostra arterial para gasimetrias (Pinho, 2020). Verifiquei que eram cateteres suturados e com um apósito de filme transparente de alta permeabilidade, mantendo a pele seca no local de inserção. A gestão deste apósito era realizada sempre que este não se encontrava íntegro ou então

como rotina diária dos cuidados, com técnica asséptica e desinfecção com solução alcoólica e de clorohexidina. No entanto, verifica-se que ainda não existe evidência científica suficiente que comprove que a desinfecção dos locais de inserção de cateteres com solução alcoólica e clorohexidina tenha maior sucesso na prevenção de infeção em relação à não desinfecção do mesmo (Lai, et al., 2016). O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica apresenta competências especializadas em controlo de infeção pelo que estará mais desperto para a gestão destes dispositivos na medida da prevenção de infeção associada aos cuidados.

Nestes dois tipos de monitorização é necessária a utilização de um sistema de *flush* contínuo, mantidos com uma manga de pressão de 300 mmHg. Para o sistema de *flush* está preconizado em ambos os serviços o cloreto de sódio 0.9%, no entanto em alguns serviços ainda se preconiza o uso de solução heparinizada. Como não existe evidência suficiente para demonstrar que a manutenção/ *flush* intermitente com solução heparinizada leva a menor risco de oclusão da via comparativamente à utilização de solução salina (López-Briz, et al., 2018) existem autores que reforçam a utilização de cloreto de sódio 0.9% reduzindo a exposição do utente à heparina (Encarnação & Marques, 2013).

Associada à VMI e instabilidade do utente surge também uma temática, a sedação. Sabe-se que, atualmente, a sedação deverá ser evitada pois uma sedação profunda está associada a um aumento da mortalidade, aumento do tempo de internamento e de VMI. A sedação em situação crítica tem como objetivos tratar doença subjacente, como convulsões, hipertensão craniana ou abstinência alcoólica, facilitar a tolerância às terapêuticas instituídas, como a VMI, e ainda, manter a segurança do utente e da equipa em casos de delírio, reduzir o consumo de oxigénio e para tratamento paliativo (Monte, 2020). Existem escalas que nos permitem avaliar o nível de sedação sendo que, nos contextos de estágio já referidos, encontra-se preconizada a escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*), estando preconizada a avaliação da mesma por parte dos enfermeiros, pelo menos de 6/6h.

A avaliação do grau de sedação deve estar clara e documentada perante a equipa e ser ajustado pelos enfermeiros responsáveis pelo doente (Monte, 2020). Pode-se concluir que na maioria dos doentes em situação crítica, deverá privilegiar-se uma estratégia segura e eficaz que garanta o conforto do mesmo, mantendo um nível de sedação ligeiro, sendo que, assim, diminuámos o tempo de permanência em UCI. A sedação é um processo

dinâmico determinado pela condição da pessoa em cada momento (Estilita, 2015). Utentes sedados revelam-se desafios para os profissionais na avaliação da dor. Ao longo do meu percurso, em ambos os estágios, pude desenvolver competências ao nível da monitorização e gestão da dor. A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão potencial ou já existente (DGS, Circular Normativa nº 09, 2003). Para uma correta monitorização da mesma existem escalas definidas pela DGS. Na minha prestação pude verificar que o enfermeiro, sendo o profissional de saúde mais próximo do doente, pelo tempo e atenção que lhe dispensa, tem como função crucial a correta monitorização da dor, observando as alterações comportamentais e fisiológicas e procedendo ao seu respetivo registo, procedendo às intervenções necessárias para o alívio da mesma.

Mesmo sabendo que a dor é uma das principais causas da recorrência aos serviços de urgência, seja aguda, crónica ou crónica agudizada, ainda existe uma subvalorização da mesma em contexto de SU (António, 2013). Neste sentido, pude constatar, em contexto de prática que, devido à afluência e ritmo de trabalho, a monitorização e correto registo da dor não era feito de forma contínua, sendo, inconscientemente, desvalorizado, excetuando no primeiro contato com o utente, na triagem. Perante isto, refleti com o meu tutor de que modo poderíamos mudar a realidade atual e permitir aos enfermeiros uma maior atenção a este sinal vital sendo que, segundo o mesmo, estava relacionado com a carga de trabalho e que era imperativo a contratação de mais enfermeiros para obter um rácio mais equilibrado no sentido de poder dar resposta a todas as necessidades e monitorizações dos utentes.

Como verifiquei, em UCI está preconizada a avaliação da dor de 4/4 horas ou sempre que o profissional considere necessário. Em doentes sedados e ventilados é utilizada a escala BPS (Behavioral Pain Scale), que se baseia em três itens (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória) avaliados individualmente de 1 a 4, sendo que um score total de 3 corresponde a ausência de dor e score de 12 a dor extrema (Ahlers, Van Der Veen, Van Dijk, Tibboel, & Knibbe, 2010). Já neste contexto verifiquei que era um foco de atenção presente, onde todos os enfermeiros da unidade mostravam uma atenção especial para que os doentes estivessem corretamente analgésicos e confortáveis, utilizando a escala e registando devidamente a sua avaliação. Em ambos os serviços através da correta monitorização da dor fui capaz de gerir a mesma através de terapêuticas farmacológicas instituídas e, também por terapêuticas não farmacológicas,

como é o caso do posicionamento, da massagem terapêutica ou simplesmente do correto estabelecimento de uma comunicação eficaz e empática com o doente, quando possível.

Deste modo enumero as seguintes competências do domínio de **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, domínio das **Aprendizagens Profissionais** e domínio da **Melhoria Contínua de Qualidade** trabalhadas e adquiridas, consoante a prévia reflexão: desenvolve uma prática profissional e ética na sua área de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desenvolve o autoconhecimento e assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; garante um ambiente terapêutico e seguro.

Objetivo Específico: Atuar na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Atividades desenvolvidas: Conhecer as medidas de prevenção e controlo de infeção preconizadas nos serviços onde o estágio se irá realizar; prestar cuidados à pessoa em situação crítica, com base nas medidas de prevenção e controlo de infeção instituídas; enumerar os principais constrangimentos na realização das medidas supracitadas.

Em toda a sua prática o enfermeiro deve estar desperto e atentar nas suas ações tendo em conta a prevenção de infeção. As IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde) constituem um dos maiores desafios atuais na prestação de cuidados de saúde. Os serviços de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente as unidades de cuidados intensivos e a sala de emergência no serviço de urgência, apresentam características suscitadoras de desenvolvimento de infeção, tais como características intrínsecas do utente (a sua condição clínica, comorbidades, extremos de idade e desnutrição), o elevado número de procedimentos e dispositivos invasivos, alteração do microbioma, a imunossupressão e as características estruturais do próprio serviço (Eggimann & Pittet, 2001), como já tem vindo a ser abordado. Nesse sentido verifiquei e adotei uma postura ativa na prevenção das mesmas, conhecendo os protocolos existentes na instituição e discutindo com os respetivos tutores quais as medidas a adotar e a justificação pelas mesmas. A PAV (Pneumonia Associada à Ventilação), a BACVC (Bacteriemia Associada ao Cateter Venoso Central), a IACV (Infeção Associada ao Cateter Vesical), e a ILC (Infeção do Local Cirúrgico) representam mais de 80% do total de IACS em CI (McDonald, et al., 2016). No entanto, os profissionais de saúde destes serviços e, posso até extravasar, de outros serviços de cuidados à pessoa em situação crítica, por vezes,

mesmo que despertos, falham nalgumas situações preventivas devido à emergência da situação. Por exemplo, na sala de emergência, em cuidados emergentes, na ânsia de administrar terapêutica, por lapso, não era prática corrente a desinfeção da porta de entrada de um cateter previamente à administração de terapêutica. Também se verificava que a desinfeção das mãos nos 5 momentos preconizados não era totalmente respeitada. A higienização das mãos, com solução alcoólica a 70% é uma das medidas mais eficazes no controlo da infeção (Longtin, Sax, Allegranzi, Schneider, & Pittet, 2011). Associando a correta higienização das mãos com o uso adequado de EPI (Equipamento de Proteção Individual) estamos a prevenir a transmissão de microrganismos e, estas medidas deverão ser aplicadas a todos os utentes, independentemente de terem uma infeção diagnosticada.

Pessoalmente, fui partilhando e refletindo com ambos os tutores nos 5 momentos de higienização das mãos, nos equipamentos necessários para cada abordagem ao doente e, perante a situação, tive atenções especiais ao controlo de infeção como é o caso da desinfeção das torneiras antes de qualquer administração de terapêutica, seja em cateter venoso periférico ou central, e substituição da tampa por uma nova e estéril, manipular somente os cateteres quando estritamente necessários, manter as vias dos cateteres centrais em meio asséptico, nomeadamente dentro de um campo cirúrgico, conforme as normas do grupo local de controlo de infeção, entre outros. Estas partilhas e reflexões foram profícuas pois com o decorrer do estágio fui denotando algumas mudanças de comportamento e cuidados na manipulação de alguns dispositivos seguindo as recomendações vigentes.

Durante a minha prática, em contexto de **serviço de urgência** e **cuidados intensivos**, fui confrontada com utentes com infeção por SARS-COV 2. Nestes casos eram, além das medidas já implementadas para todos os utentes, implementadas medidas de isolamento por transmissão por via aérea, sendo que eram utilizados fatos de proteção de corpo completo, óculos de proteção e máscara de alta eficiência (FP2). Como estes utentes eram de foro respiratório e em VMI foram prestados todos os cuidados de prevenção de PAV já abordados previamente.

Deste modo enumero as seguintes competências do domínio de **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, domínio das **Aprendizagens Profissionais** e domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade** trabalhadas e adquiridas, consoante a prévia reflexão: desenvolve uma prática profissional e ética na sua área de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

desenvolve o autoconhecimento e assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; garante um ambiente terapêutico e seguro.

Objetivo Geral: Conhecer a organização e a dinâmica de um serviço de Urgência Central e de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em contexto de pandemia.

Objetivo Específico: Prestar cuidados especializados e diferenciados à pessoa em situação crítica em contexto de pandemia, num serviço de Urgência Central e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Atividades desenvolvidas: Observar e compreender a dinâmica física e funcional do serviço; identificar a disposição dos recursos materiais existentes no serviço, e sua respetiva função; demonstrar espírito de equipa e interajuda na integração à equipa multidisciplinar; gerir o tempo e prioridades de acordo com a situação clínica da pessoa em situação crítica; prestar cuidados à pessoa em situação crítica considerando os critérios preconizados pelo serviço, nomeadamente ao nível de preparação e administração de terapêutica e controlo de infeção; conhecer as diferentes áreas/ valências de um serviço de urgência central; observar o circuito do utente desde a sua chegada ao serviço de urgência; observar a articulação de informação clínica com os diferentes serviços hospitalares; conhecer protocolos de controlo de infeção; prestar cuidados especializados em contexto de pandemia.

Neste ponto saliento a minha preocupação em integrar e conhecer o serviço onde me inseria, procurando fazer parte integrante do mesmo. Demonstrei sempre uma atitude proativa em busca do conhecimento especializado, procurando perceber onde as competências especializadas fazem a diferença, como tenho vindo a abordar ao longo do relatório. Tive oportunidade, inclusive, de fazer a ponte entre os dois serviços quando, no serviço de urgência, nomeadamente na sala de emergência, recebemos uma senhora, trazida pela VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), já com via aérea assegurada por TOT devido a uma alteração do estado de consciência que, depois se verificou, devido a uma intoxicação medicamentosa voluntária. Esta senhora foi assistida pela equipa de enfermagem da sala de emergência e equipa médica destacada que, neste caso, eram de medicina intensiva. Após abordagem e estabilização da mesma esta foi transferida para a unidade de cuidados intensivos, e além de poder vivenciar todo o processo de transferência de um utente pude ver a ligação tão frequente entre os dois serviços, no cuidado à pessoa em situação crítica.

Ao nível do contexto atual aquando da realização dos estágios pude vivenciar um cenário repleto de incertezas e novidades que foi a pandemia Covid-19. A primeira notícia oficial da chegada do vírus no nosso país foi em março de 2020 e nessa fase inicial ainda muito pouco se sabia da verdadeira transmissão do mesmo, sabendo-se com certeza da transmissão por gotícula, mas com dúvidas acerca da transmissão por contato. Desse modo pude verificar a constante reformulação dos serviços onde estive, consoante a realidade atual sendo que, posso dizer, que a cada dia parecia que mais novidades surgiam. Desde a reformulação física, à gestão dos profissionais de saúde nas diferentes equipas e em diferentes horários, vivenciei e assisti a desabafos, por parte dos mesmos, de cansaço e medo, essencialmente medo.

No entanto, nunca deixei de ver a força, dedicação e empatia, que tão bem caracteriza os profissionais de saúde, nos seus cuidados, e posso até dizer que, como estagiária e como enfermeira, senti na grande parte dos profissionais um exemplo, uma gratificação e, consequentemente, um reconhecimento pessoal daquilo que nós, enfermeiros, podemos ser para as pessoas que vão cruzando no nosso caminho. Acrescento ainda, como enfermeira especialista e reconhecendo todas as competências acrescidas que daí advêm, os cuidados de excelência que podemos ter perante uma situação pandémica fazendo ainda mais a diferença, como a que vivemos.

O doente infetado com Covid-19 na minha perceção é um doente assustado, inseguro, que a única presença na sua mente é o desfecho final, influenciado pela comunicação social, pelas notícias que diariamente emergem desta pandemia com números e finais excruciantes. Contudo, conseguir, dentro de tantas condicionantes, fazer a diferença, fazê-lo sentir-se compreendido e não renegado, fazê-lo sentir esperança é foco de cuidados de excelência e foi o meu foco como enfermeira especialista. E eu pude viver isto, pude sentir o enorme orgulho por ser enfermeira e por sentir o quanto nós somos pilares para as pessoas. Também, devido ao contexto, foram contratados inúmeros profissionais que não tiveram possibilidade de serem devidamente integrados, e pude verificar a atenção e disponibilidade que os “meus” tutores, ambos com elevada experiência e especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, tinham para com os colegas, entreadjudando-se e disponibilizando-se como suporte para os mesmos, deixando-os muito mais seguros.

Como ganhos desta experiência, numa fase tão vulnerável para os doentes e não esquecendo os familiares, como enfermeira especialista em enfermagem médico-

cirúrgica no contato com o doente crítico infetado com Covid-19 destaco a capacidade de relacionar as principais competências específicas, cuidando da pessoa que vivencia um processo complexo de doença crítica, num contexto de emergência nacional, controlando e gerindo, tendo em conta a complexidade da situação, a infecção. Neste sentido realço a complexidade dos cuidados realizados, nomeadamente cuidados ventilatórios e monitorização contínua em doentes muito instáveis, a capacidade em circundar dificuldades encontradas ao nível da comunicação, principalmente com as famílias, e a atenção e promoção de atitudes no controlo da infecção.

Em suma, a adaptação e conhecimento da realidade destes dois serviços permitiu-me reconhecer as competências necessárias para cuidar da pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, vivenciar, conjuntamente com os tutores, ambos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, a importância de um enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica. Enumero, então, as seguintes competências do domínio de **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, domínio das **Aprendizagens Profissionais** e domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade** trabalhadas e adquiridas, consoante a prévia reflexão: desenvolve uma prática profissional e ética na sua área de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desenvolve o autoconhecimento e assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; garante um ambiente terapêutico e seguro.

Objetivo Específico: Compreender o processo de gestão, relacionada com os recursos humanos e processo de enfermagem, num Serviço de Urgência Central e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Atividades desenvolvidas: Observar a gestão e organização do serviço, por parte das equipas de chefia do mesmo.

A gestão é considerada um domínio da área de competência do enfermeiro de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados. A constante inquietação na racionalização dos custos tem originado uma crescente preocupação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de Enfermagem são avaliados pelos ganhos em saúde e pelos recursos utilizados para os obter (Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, 2011).

A enfermagem como gestora do cuidado numa unidade hospitalar tem, por assim dizer, um papel muito importante ao nível da coordenação do mesmo. E é aqui que podemos dividir a coordenação em dois grandes patamares: a coordenação clínica e a coordenação funcional. Na coordenação clínica o enfermeiro é responsável pela circulação de informações clínicas, pertinentes para o cuidado do paciente, perante toda a equipa multidisciplinar. Na coordenação funcional o enfermeiro é responsável pela definição das prioridades do serviço e na promoção da organização do mesmo (Cenedési, Bernardino, Lacerda, Dallaire, & Lima, 2012).

Podemos definir gestão de cuidados como sendo um conjunto de processos integrados que se destinam a possibilitar suportar e coordenar os cuidados ao doente (Urden, 2008). Então, neste domínio, o enfermeiro especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, procurando promover a qualidade dos mesmos. Em ambos os serviços onde estagiei esta função está inerente ao enfermeiro chefe conjuntamente com o enfermeiro responsável de turno/ enfermeiro coordenador de equipa. O estabelecimento de dotações seguras em enfermagem permite estabelecer o equilíbrio entre os recursos de enfermagem e as necessidades de cuidados, de modo a assegurar cuidados de qualidade (Freitas, 2015).

No **serviço de cuidados intensivos** estava preconizado um rácio de dois utentes para cada enfermeiro, no entanto, esta gestão não era linear sendo que, sempre que possível, utentes com maior grau de complexidade ficavam atribuídos apenas para um enfermeiro. Também era tido em conta toda a experiência profissional de cada enfermeiro. Como já foi abordado na caracterização do serviço o modelo de trabalho é o modelo individual onde cada enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados do doente a si atribuído e, também foi falado que, durante a semana, no turno da manhã, existia um enfermeiro, especialista em enfermagem médico-cirúrgica que dava apoio na gestão do serviço, conjuntamente com o enfermeiro-chefe. Com a prática em estágio verifiquei que este enfermeiro, devido à dimensão do serviço, tinha o seu trabalho mais centrado na gestão dos recursos físicos pelo que questionei e refleti com o meu tutor se alguma vez tinham pensado na hipótese de, em cada turno, ter um enfermeiro responsável pela gestão da equipa e dos cuidados, um pouco similar ao que encontrei na urgência com o chamado enfermeiro coordenador onde verifiquei uma melhor coordenação na equipa multidisciplinar e, conseqüentemente um melhor ambiente de trabalho onde os enfermeiros se sentiam mais apoiados e seguros, nomeadamente os enfermeiros com menor tempo de experiência. Desta reflexão surgiu a ideia de propor à enfermeira chefe,

numa primeira fase experimental, um enfermeiro responsável de cuidados e verificar os reais benefícios para o serviço e para equipa deste “cargo”.

No **serviço de urgência** o enfermeiro coordenador avaliava cada setor e reformulava a alocação de enfermeiros consoante a carga de trabalho. Verifiquei que estes enfermeiros, assumindo a liderança da equipa durante o turno, eram sempre especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, pois este será o profissional com as competências para essa função. Além disso pude verificar que este profissional é um elemento-base na equipa estando atento e sendo um suporte para toda a equipa, estando constantemente em ligação com todos, harmonizando o ambiente de trabalho, transmitindo segurança e reforço positivo, amplificando, assim e também, a qualidade dos cuidados.

O papel do líder deverá requerer por parte do enfermeiro maior visibilidade no âmbito da organização e maior disponibilidade de tempo com a sua equipa de modo a promover um ambiente de trabalho e relações interpessoais saudáveis (Conz, et al., 2019). Desse modo o enfermeiro líder deverá estar mais atento e conhecer quais as fragilidades da equipa e quais os constrangimentos de cada elemento da mesma. Sabendo que o serviço de cuidados intensivos é um cenário de alta complexidade, dinâmico e com pacientes graves e instáveis a exigir cuidados especializados, é importante que a equipa esteja coesa e que se possa atentar em quais as maiores dificuldades da mesma. Uma boa liderança faz com que o serviço seja rodeado por um trabalho em equipa eficiente e justo o que trará inúmeros resultados, entre eles um agradável relacionamento interpessoal (Correio, Vargas, Carmagnani, Ferreira, & Luz, 2015). Assim, após reflexão com o tutor na **unidade de cuidados intensivos**, realizei uma pesquisa bibliográfica para demonstrar a importância de um enfermeiro líder numa UCI, nomeadamente a importância de este ser especialista em enfermagem médico-cirúrgica, sendo este o profissional capacitado com competências acrescidas em gestão e liderança (Apêndice I). Do meu ponto de vista a coordenação funcional de um serviço de cuidados intensivos é tão exigente que, involuntariamente, as necessidades da equipa de enfermagem, nomeadamente de cada elemento, acabam por passar para segundo plano. E é maioritariamente por isto que, após a pesquisa realizada, defendo a importância de um enfermeiro com capacidades e formação em liderança e com capacidade de realizar uma prática de liderança de proximidade com os seus pares e outros profissionais.

Verifica-se que as principais dificuldades e aspetos que devem ser atenção por parte de um líder, numa UCI, são: escassez de recursos humanos, a falta de valorização

profissional, o excesso de trabalho, equilíbrio emocional, questões éticas e a tomada de decisão (Correio, Vargas, Carmagnani, Ferreira, & Luz, 2015; Miri & Lorenzini, 2015). Verifica-se, também, que a educação ética, o diálogo, a relação com os restantes elementos da equipa, a autonomia profissional, os valores pessoais, a comunicação efetiva e os resultados positivos constituem componentes importantes da sensibilidade moral dos enfermeiros, e que esta sensibilidade ajuda os enfermeiros na tomada de decisões (Schallenberger, et al., 2019). Portanto, o enfermeiro líder deverá ser capaz de identificar interferências na sensibilidade, espiritualidade e emoções de cada elemento e, perante isto, reunir estratégias para auxiliar o elemento de uma forma individual mas em equipa. Um líder deverá criar na sua equipa alicerces que alberguem cada fragilidade de cada elemento e que juntos consigam fortalecê-la. Obviamente que o líder, com a sua experiência, trará mais estratégias, experiências, que, como exemplo, possam ajudar a equipa a adaptar-se às diferentes quebras emocionais que possam surgir. Também com uma boa relação interpessoal em equipa, o líder, perante situações de dilemas éticos, poderá reunir a equipa e juntos dialogarem e discutirem, de forma a que cada elemento se sinta seguro para argumentar e questionar. Este enfermeiro deverá reconhecer o valor de cada elemento da sua equipa, visando estabelecer um modo de liderança responsável, onde a confiança e a procura pelo conhecimento predomine. Também é de referir que é importante que este profissional tenha a preocupação de ir aperfeiçoando os seus conhecimentos de maneira a responder às necessidades da instituição e da equipa (Camelo, 2012).

Era expectável a transposição desta análise bibliográfica reflexiva para o serviço e era meu objetivo a exposição da mesma de modo a demonstrar perante as chefias os ganhos e a melhoria de qualidade dos cuidados se fosse implementada em cada turno a existência de um enfermeiro-líder da equipa. No entanto, devido à situação atual não foi possível a exposição pelo que, conforme indicação do tutor, foi apenas exposto à chefia e esta optou por executar esta atribuição de mais um elemento por turno, especialista em enfermagem médico cirúrgica e com valiosa experiência em cuidados intensivos, de modo a experimentar quais os ganhos para a equipa e para os cuidados ao doente.

Posso concluir que uma gestão adequada de recursos humanos e de recursos materiais, conjuntamente com uma prática de cuidados alicerçada com um bom líder, é muito importante atender ao grau de satisfação dos profissionais e consequentemente, dos utentes/ famílias, pela qualidade dos cuidados.

Também ao nível de melhoria dos cuidados, no **serviço de urgência**, verifiquei uma dificuldade por parte dos enfermeiros acerca da preparação do material necessário para a realização de um transporte inter-hospitalar, principalmente pelos enfermeiros que não faziam sala de emergência e, por esse motivo, não tinham acesso ao controlo e observação da mala de transporte. Por esse motivo, em conjunto com o meu tutor, achamos que seria benéfico a criação de uma lista de verificação prévia ao transporte inter-hospitalar de uma pessoa em situação crítica (Apêndice II).

A decisão de transportar um doente crítico deve considerar sempre os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. Este tipo de doentes implica riscos aumentados de morbilidade e, até, mortalidade aquando do transporte, no entanto estes riscos podem ser minorizados quando é realizado um planeamento rigoroso e cuidadoso, com uma seleção de equipa adequadamente preparada, e com o meio de transporte igualmente adequado. É igualmente importante, no planeamento do transporte, ter sempre presente a premissa de que o nível de cuidados prestados durante o transporte deverá ser igual aos cuidados prestados na unidade de origem.

O transporte de doentes críticos envolve três fases: decisão, planeamento e efetivação, sendo que as duas primeiras fases são da responsabilidade técnica e legal do serviço onde o doente se encontra e a fase da efetivação é da responsabilidade da equipa que realiza o transporte (INEM, Transporte do Doente Crítico, 2012).

Tendo em conta que o meu objetivo era a criação de uma lista de verificação prévia ao transporte do doente crítico a minha pesquisa recaiu na fase do planeamento e esta é a primeira fase de intervenção do enfermeiro. Neste sentido, o enfermeiro, responsável pelo doente é o interveniente major no planeamento do transporte.

No sentido de prevenir complicações, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos sugerem às instituições hospitalares, a criação de algoritmos que organizem e garantam a segurança do doente no transporte. Existem também estudos que confirmam a utilização de listas de verificação que permitem fornecer instruções simples de serem aplicadas, de modo a aumentar a segurança do doente durante o transporte e diminuir os riscos adjacentes. Estas listas de verificação devem contemplar dados referentes à avaliação do indivíduo em si, triagem do mesmo quanto ao tipo de transporte necessário e lista de verificação dos equipamentos do meio escolhido (Sobreiro, 2017; SPCI, 2008). Acrescento ainda que, ao longo dos anos, existe um aumento de estudos e literatura publicada referindo os riscos associados ao transporte do doente crítico. O

doente crítico é transportado, muitas vezes, por equipas inexperientes, que conhecem mal o equipamento de suporte de vida que o acompanha e em ambulâncias com condições deficientes. Portanto, cabe às instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário, de modo a reduzir a taxa de complicações inerentes ao mesmo.

Também não foi possível a partilha em modo de exposição/formação à equipa devido à situação pandémica e por não haver autorização pelo conselho de administração hospitalar para a realização da mesma. No entanto, em jeito de síntese da pesquisa e posterior elaboração da lista de verificação, concluo que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é dotado de formação humana, técnica e científica que, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, lhe permite mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para uma resposta holística e em tempo útil. Também tem capacidade de gestão de equipas, de forma sistematizada, para uma resposta eficiente na abordagem ao doente crítico e tem, também, uma atenção redobrada, pela sua formação e experiência, ao risco de infeção associado à complexidade de situações e diferenciação dos cuidados exigidos. Pelo que se expõe, considero que o profissional mais indicado para integrar e, também, gerir uma equipa de transporte de doente crítico é, preferencialmente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Pessoa em Situação Crítica.

Enumero, então, as seguintes competências do domínio de **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, domínio das **Aprendizagens Profissionais**, , domínio da **Gestão de Cuidados** e domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade** trabalhadas e adquiridas, consoante a prévia reflexão: desenvolve uma prática profissional e ética na sua área de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desenvolve o autoconhecimento e assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro; garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

3. CONCLUSÃO

Analisando todo o percurso realizado até aqui, surgem um conjunto de sentimentos de gratidão por todas as vivências que, no fim, se revelaram de extrema importância na construção do corpo de conhecimento e competências como Enfermeira especialista em EMC. Desde as aulas, ao contato e troca de experiências com os professores, até aos estágios, onde se desenvolve e articula a teoria apreendida, houve uma aquisição de conhecimentos que se revelaram muito importantes na aquisição de competências como especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

A dificuldade acabou por estar relacionada com a situação súbita da pandemia de COVID-19 que protelou a realização de estágios e, conseqüentemente, com a carga excessiva de trabalho que fomos tendo na nossa área profissional. Mesmo após a retomada dos estágios, sentia-se um cansaço e desgaste por parte dos enfermeiros de ambos os contextos, o que é de fato compreensível e que devia ser mais valorizado pelas entidades empregadoras. Apesar disso, não posso deixar de salientar, o carinho, orientação e ensino que me foi dado pelos enfermeiros tutores de cada contexto de estágio. O apoio que me fizeram sentir deu-me motivação, sentindo-me como parte integrante de ambas as equipes.

O percurso realizado nos serviços de Urgência e Cuidados Intensivos revelou-se muito enriquecedores ao nível da aquisição/ consolidação de competências na área de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, pois toda a equipa que me acolheu é dotada de aptidões distintas no cuidado à pessoa em situação crítica.

No serviço de urgência destaco a aquisição de competências ao nível da atuação na primeira abordagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente na triagem e priorização de planos de cuidados, revelando-se uma mais-valia na capacidade de gestão de prioridades e sintetização/ execução de um plano de cuidados eficaz para o cuidado urgente à pessoa. Também pude pesquisar e analisar a importância do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica num outro contexto paralelo ao serviço de urgência, o transporte inter-hospitalar.

No serviço de cuidados intensivos realço a atividade constante de monitorização, vigilância e registo minucioso da evolução da pessoa em situação crítica sendo que, neste sentido, os enfermeiros têm um papel fundamental pois são os profissionais mais atentos

e presentes para atentar na mínima instabilidade que possa surgir à pessoa e com perícia para atuar imediatamente, em conjunto com toda a equipa. Realço ainda a questão individual que me surgiu, baseada na experiência em contexto de serviço de urgência e na teoria abordada ao longo do curso, acerca da importância de um enfermeiro líder por turno na equipa. Além de ser um contributo para o serviço em questão permitiu-me, também, refletir acerca da gestão dos cuidados de uma forma prática e vivenciada.

Fico grata e feliz com a escolha pessoal da instituição onde foi desenvolvido o estágio, pois sendo um centro hospitalar com uma área tão abrangente permitiu-me diversas experiências contribuindo de forma inequívoca para o meu percurso. Apesar da situação pandémica ter travado muitas atividades, entre elas atividades formativas e comunicação com familiares e cuidadores, estou ciente que aproveitei ao máximo as experiências que me foram surgindo, contribuindo, assim, para o meu desenvolvimento profissional.

Quanto aos objetivos que me propus para cada um dos contextos de estágio, foram atingidos, embora de forma gradual face aos interregnos fruto da pandemia, conforme fui abordando ao longo deste documento.

Esta formação chega ao seu término mas o caminho da minha prática especializada não, apenas acabou de começar, com vontade de ainda aprender mais e mais. A aprendizagem tem de ser contínua para basear e alicerçar todas as tomadas de decisão como profissional, como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente alicerçar a minha autonomia como tal. A autonomia influencia a qualidade dos cuidados sendo que, níveis diminuídos de autonomia estão relacionados com surgimento de stress, menor cooperação entre o médico-enfermeiro e menor comprometimento organizacional (Papathanassoglu, et al., 2012). Sabendo que a autonomia na tomada de decisão de um enfermeiro em cuidados à pessoa em situação crítica é negativamente influenciada pela perceção de falta de conhecimento, pelo controlo médico e pela incompatibilidade entre o elevado nível de formação exigente e a baixa responsabilidade (Bucknall, 2000), o enfermeiro deverá assumir uma aprendizagem contínua devendo, para isso, ter as ferramentas e apoios, necessários ao seu empoderamento (Teixeira A. , 2012). Através da aprendizagem contínua, o enfermeiro garante a manutenção da sua competência profissional (Camelo H. , 2012).

Findo este relatório com a sensação, também, de que muito ficou por dizer, por explorar, por refletir... Sei que se deve ao cansaço associado a toda a situação atual que estamos a viver como profissionais de saúde e, também, conseqüentemente à falta de tempo. Esta é

uma situação inesperada, que nos inquieta, e que em muito nos afetou e afeta... No entanto sei que este relatório é apenas uma pequena análise, que pretende refletir todas as minhas vivências que, apesar dos constrangimentos que foram surgindo, foram muito importantes e refletem a minha construção como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlers, S., Van Der Veen, A., Van Dijk, M., Tibboel, D., & Knibbe, C. (2010). The use of the behavioral pain scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesthesia and Analgesia*.
- Alhazzani, W., Møller, M., & Arabi, Y. e. (2020). Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med* 46.
- António, C. (2013). *Gestão da dor no serviço de urgência: práticas dos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Avaliação da Situação Actual das UCI* . (Julho de 2020). Obtido de Ministério da Saúde - Governo de Portugal : <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Quarteto.
- Boerma, C. (2017). Haemodynamic Monitoring - Stuff we never talk about. *ICU Management & Practice*.
- Bucknall, T. (2000). Critical care nurses decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Critical Nursing*.
- Camelo, S. (Fevereiro de 2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* .
- Carlet, J., Thijs, L., Antonelli, M., Cassel, J., Cox, P., & Hill, N. (2004). Challenges in end-of-life care in ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium. *Intensive Care Medicine*.
- Cenedési, M., Bernardino, E., Lacerda, M., Dallaire, C., & Lima, K. (2012). Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*.
- (2009). *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros.

- Coelho, S., Silva, A., Costa, T., & Capelas, M. (2014). Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*.
- Coimbra, N., & Amaral, T. (Fevereiro de 2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*.
- Comeau, O., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. (2015). Safety First! Using a Checklist for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*.
- Convenção para a proteção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina. (1997). *CONVENÇÃO SOBRE OS*
- Conz, C., Aguiar, R., Reis, H., Pinto, M., Mira, V., & Merighi, M. (2019). Atuação de enfermeiros líderes de Unidade de Terapia Intensiva: Abordagem compreensiva. *Enfermagem Foco*.
- Correio, R., Vargas, M., Carmagnani, M., Ferreira, M., & Luz, K. (2015). Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enfermagem Foco*.
- Defloor, T., Duijnste, M., Grypdonck, M., Verhaghe, S., & Zureen, F. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*.
- Deontologia Profissional de Enfermagem*. (2015). Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). *Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11*.
- Despacho n.º 18459/2006. (s.d.). *Diário da República n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12*.
- DGS. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência.
- DGS. (2003). Circular Normativa nº 09.
- DGS. (2017). Norma 001/2017.
- Droogh, J., Smith, M., Absalom, A., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*.
- Eggimann, P., & Pittet, D. (2001). Infection Control in the ICU. *Chest*.
- Encarnação, R., & Marques, P. (2013). Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*.

- Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e Delirium. Em *Manual de Medicina Intensiva* .
- Fernandes, A., & Coelho, S. (2014). Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Cuidarte*.
- Ferreira, L., Freitas, S., & Kimura, M. (2007). Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado . *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Freitas, M. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde*. Universidade Católica Portuguesa.
- Frota, L., Camponogara, S., Arboit, É., Tolfo, F., Beck, C., & Freitas, E. (Setembro de 2015). The nurse's visibility in intensive care units: perceptions of workers. *Revista Eletrónica de Enfermagem* .
- Gavaghan, S., & Carrol, D. (2002). Families of critically ill patients and the effects of nursing interventions . *Dimensions of Critical Care Nurse*.
- Gomes, M., & Diz, E. (2013). O doente com ventilação mecânica: o papel do enfermeiro no posicionamento em decúbito ventral. . *I Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde - IPB*.
- Gonçalves, M. N. (2008). *Estilos de Liderança - Um estudo de Auto-Percepção de Enfermeiros gestores* . Universidade Fernando Pessoa .
- González, A., Casas, A., Armada, S., & Barcia, M. (2014). Uso del apósito con gluconato de clorhexidina 3m™ tegaderm™ en la cura del catéter central. *Enfermería Nefrológica*.
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Guérin, C., Beuret, P., Constantin, J., Bellani, G., Garcia-Olivares, P., Roca, O., & Mercat, A. (2018). A prospective international observational prevalence study on prone positioning of ARDS patients: the APRONET (ARDS Prone Position Network) study. *Intensive Care Medicine*.
- Guida, T., & nascimento, A. (2019). Fatores associados ao estresse e coping da equipe de enfermagem de UTI: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*.

- Hansen, L., & Goodell, T. (2006). Nurse's perceptions of end-of-life care after multiple interventions of improvement. . *American Journal of Critical Care*.
- Holms, N., Milligan, S., & Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. . *International Journal of Palliative Nurse*.
- INEM. (2012). *Transporte do Doente Crítico*.
- INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* .
- Kirchhof, K., & Kowalkowski, J. (2010). Current practices for withdrawal of life support in intensive care units. *American Journal of Critical Care* .
- Lai, M., Lai, N., O'Riordan, E., Chaiyakunapruk, N., Taylor, J., & Tan, K. (2016). Antissepsia da pele para redução de infecções relacionadas a cateter venoso central. *Cochrane Library*.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed Editora.
- Loiola, L. (2013). Breve histórico do termo competência. *Revista HELB*.
- Longtin, Y., Sax, H., Allegranzi, B., Schneider, F., & Pittet, D. (2011). Hand Hygiene. *New England Journal of Medicine*.
- Lopes, H., & Frias, A. (Fevereiro de 2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central . *Revista Investigação em Enfermagem*.
- López-Briz, E., Ruiz Garcia, V., Cabello, J., Bort-Martí, S., Carbonell Sanchis, R., & Burls, A. (2018). Heparin versus 0.9% sodium chloride locking for prevention of occlusion in central venous catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* .
- Macedo, A., Padilha, K., & Puschel, V. (2019). Práticas profissionais de educação/formação dos enfermeiros em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Martin, B., & Koesel, N. (2010). Nurse's role in clarifying goals in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*.
- McDonald, D., Ackermann, G., Khailova, L., Baird, C., Heyland, D., & Kozar, R. (2016). Extreme Dysbiosis of the Microbiome in Criticall Illness. *mSphere*.

- Meleis, A. S. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). *Facilitating transitions: edefinition of the nursing mission*. Nursing Outlook.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science.
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., Frota, N., & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista Referência*.
- Meu Cuidado. Meu direito*. (20 de Julho de 2021). Obtido de Biblioteca Virtual em Saúde: <https://bvsm.sau.gov.br/meu-cuidado-meu-direito-12-10-dia-mundial-dos-cuidados-paliativos/>
- Mezomo, C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Editora Manole.
- Miri, C., & Lorenzini, E. (2015). Enfermagem e relações grupais em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista de Enfermagem*.
- Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Noivo, C. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência. Em OE, *Livro de resumos do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica*.
- Norma nº 002/2015. (2015). *Direção Geral de Saúde*.
- Nunes, F. (2009). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Nursing*.
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista de Bioética*.
- OE. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*.

- OE. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Assembleia Extraordinária do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, V., Piekala, D., Deponti, G., Batista, D., Minossi, S., Chisté, M., . . . Vieira, S. (2017). Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* .
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., . . . Coutinho, P. (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*.
- Paixão, H. M. (2009). Formação em Serviço: das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional. *Revista Sinais Vitais* .
- Panunto, & Guirardello. (2013). Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Papathanassoglu, Kranikola, Kalafi, Giannakopoulou, Lemonidou, & Albarran. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*.
- (2017). *Parecer n° 09/2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Pires, A., Santos, B., Santos, P., Brasil, V., & Luna, A. (s.d.). Transporte Seguro de Pacientes Críticos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*.
- Ratajczyk, E., & Cushway, S. (2013). ISBAR for Intensive Care Nurses. *HNE Handover: For Nurses and Midwives*.
- Regulamento n°124/2011 da Ordem dos Enfermeiros*. (2011).
- Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. (2011). Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República*.
- Regulamento n° 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros*. (2011).
- Regulamento n° 140/2019. (2019). *Diário da República* .

- Santos, F., & Camelo, S. (2015). O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. *Cultura de los Cuidados*.
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco*.
- Schallenberger, C., Tomaschewski-Barlem, J., Barlem, E., Rocha, L., Dalmolin, G., & Pereira, L. (2019). Componentes da sensibilidade moral identificados entre enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Silva, R., & Ferreira, M. (2011). Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. *Acta Paul Enfermagem*.
- Sobreiro, J. (2017). *Perfil de Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Saúde de Leiria.
- SPCI. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações.
- Teixeira, A. (2012). *Empoderamento profissional em Enfermagem: tradução, adaptação e validação do Conditions of Work Effectiveness Questionnaire- II e do Pshycological Empowerment Instrument*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Teixeira, A., & Vieira, F. (2021). Perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Thalita, R. (2013). A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. *Enfermeria Global*.
- Urden, L. S. (2008). *Thelan's – Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Lusodidacta.
- Veiga, S. H. (2008). *Administração Central do Sistema de Saúde –Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Ministério da Saúde.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Universidade Católica Portuguesa.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência.
- WHO. (13 de Março de 2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when Covid-19 disease is suspected. *Interim Guidance - World Health Organization*.

5 - APÊNDICES

5.1 Apêndice I - Importância de um enfermeiro líder numa UCI



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Importância de um Enfermeiro Líder numa Unidade de Cuidados Intensivos

Análise Reflexiva baseada em Revisão Bibliográfica

Elaborado por

Joana Filipa das Neves Costa nº 360509044

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Porto, novembro de 2020

Índice

1. Introdução	65
2. Contextualização Teórica	66
3. A importância de um Enfermeiro Líder numa Unidade de Cuidados Intensivos.....	68
4. Conclusão	72
5. Bibliografia.....	73

1 - Introdução

Pela unidade curricular de Estágio e Relatório Final, integrada no Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde - UCP Porto, desenvolvi curiosidade e pertinência em conhecer a evidência atual sobre a importância de existência de um enfermeiro líder numa unidade de cuidados intensivos.

Como esta é uma área do doente crítico que, pessoalmente, tem um interesse especial, devido à complexidade do mesmo e por ser uma área de trabalho onde considero que é extremamente importante a existência de um enfermeiro líder, em jornada contínua, decidi escolher este tema para aprofundar.

Para tal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCO, durante o mês de novembro de 2020, com os seguintes termos: liderança, enfermagem, cuidados intensivos, e com os limitadores de se encontrar disponível em texto integral, a informação ter sido publicada entre os anos 2010 e 2020 e se encontrar em idioma português. Após esta seleção surgiram 153 resultados, onde, após uma análise e, tendo em conta o tema previamente escolhido, apenas emergiram 13 resultados.

Este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância de um enfermeiro-líder numa UCI e, através de uma metodologia reflexiva baseada em pesquisa bibliográfica, encontra-se dividido em 4 capítulos, sendo a introdução, uma contextualização teórica, a reflexão sustentada acerca da importância de um enfermeiro líder numa UCI e finalmente a conclusão.

2 - Contextualização Teórica

O serviço de Medicina Intensiva, constitui uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. A Medicina Intensiva é por natureza multiprofissional e multidisciplinar e tem por objetivo primordial prevenir a deterioração, suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade. Para isso, é necessário concentrar competências, conhecimentos e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objetivos (Avaliação da Situação Actual das UCI , 2020).

Deste modo torna-se evidente que o enfermeiro que atua em Unidades de Cuidados Intensivos, além da qualificação adequada, deverá mobilizar competências profissionais específicas que lhe permitam desenvolver as suas funções eficazmente, aliando o conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, conseqüentemente, qualidade na assistência prestada. (Camelo S. , Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa, 2012) Em Unidades de Cuidados Intensivos, o enfermeiro é visto como o elemento da equipa multidisciplinar articulador e integrador de diferentes saberes, isto porque é presença constante junto do paciente e, também, por detetar com maior facilidade as alterações que ocorrem ao longo do dia. Nestes serviços, o enfermeiro, além do desenvolvimento de atividades assistenciais complexas, que exigem competências específicas, tem também a responsabilidade de tomadas de decisões que estão inteiramente relacionadas com a vida ou morte (Frota, et al., 2015).

Ao nível da área de gestão, por assim dizer, podemos lembrar, a partir da Teoria das Organizações, que defende a direccionalidade dada a diferentes interesses, projetos e visões dos vários intervenientes que compõem uma organização, que um hospital constitui um sistema de prestação de serviços de saúde envolvendo diferentes profissões e setores que, conjuntamente, atuam para o cuidado e, isto mesmo, gera uma necessidade de controlo e coordenação dos diferentes serviços (Cenedési, Bernardino, Lacerda, Dallaire, & Lima, 2012).

A enfermagem como gestora do cuidado numa unidade hospitalar tem, por assim dizer, um papel muito importante ao nível da coordenação do mesmo. E é aqui que podemos

dividir a coordenação em dois grandes patamares: a coordenação clínica e a coordenação funcional. Na coordenação clínica o enfermeiro é responsável pela circulação de informações clínicas, pertinentes para o cuidado do paciente, perante toda a equipa multidisciplinar. Na coordenação funcional o enfermeiro é responsável pela definição das prioridades do serviço e na promoção da organização do mesmo (Cenedési, Bernardino, Lacerda, Dallaire, & Lima, 2012).

3. A importância de um Enfermeiro Líder numa Unidade de Cuidados Intensivos: Uma reflexão pessoal sustentada em revisão bibliográfica

Como abordado no capítulo anterior, num serviço de uma unidade hospitalar é importante existirem profissionais capazes de coordenação do mesmo. Acredito que todos os enfermeiros sejam capazes e seja sua prática clínica diária a coordenação clínica, no entanto, a coordenação funcional está quase sempre associada com a chefia do serviço. São as chefias de enfermagem que têm o papel fundamental na alocação de recursos materiais, físicos, humanos e financeiros, tendo em conta as prioridades do serviço definidas. Além desta função têm também de atentar todas as inquietações e necessidades que possam surgir da equipa de enfermagem. A meu ver a coordenação funcional de um serviço de cuidados intensivos é tão exigente que, involuntariamente, as necessidades da equipa de enfermagem, nomeadamente de cada elemento, acabam por passar para segundo plano. E é maioritariamente por isto que, na minha ótica pessoal, defendo a importância de um enfermeiro com capacidades e formação em liderança e com capacidade de realizar uma prática de liderança de proximidade com os seus pares e outros profissionais, por equipa em cuidados intensivos.

O papel do líder deverá requerer por parte do enfermeiro maior visibilidade no âmbito da organização e maior disponibilidade de tempo com a sua equipa de modo a promover um ambiente de trabalho e relações interpessoais saudáveis (Conz, et al., 2019). Desse modo o enfermeiro líder deverá estar mais atento e conhecer quais as fragilidades da equipa e quais os constrangimentos de cada elemento da mesma. Sabendo que este serviço é um cenário de alta complexidade, dinâmico e com pacientes graves e instáveis a exigir cuidados especializados, é importante que a equipa esteja coesa e que se possa atentar em quais as maiores dificuldades da mesma. Uma boa liderança faz com que o serviço seja rodeado por um trabalho em equipa eficiente e justo o que trará inúmeros resultados, entre eles um agradável relacionamento interpessoal (Correio, Vargas, Carmagnani, Ferreira, & Luz, 2015).

Após uma breve revisão bibliográfica verifica-se que as principais dificuldades e aspetos que devem ser atenção por parte de um líder, numa Unidade de Cuidados Intensivos, são: escassez de recursos humanos, a falta de valorização profissional, o excesso de trabalho na Unidade, equilíbrio emocional, questões éticas e a tomada de decisão (Correio, Vargas, Carmagnani, Ferreira, & Luz, 2015) (Miri & Lorenzini, 2015).

Perante a escassez de recursos humanos e o excesso de trabalho na Unidade de Cuidados Intensivos, este deverá ser verificado pelas chefias mas um enfermeiro responsável em cada turno, assumindo a distribuição de doentes pela equipa, conseguirá, de melhor forma, verificar quais os números adequados de elementos para o turno. Sabemos que, como qualquer serviço, existem épocas em que é necessário um aumento do número de elementos da equipa, devido à afluência do mesmo e devido à carga de trabalho exigida, e que só um elemento experiente e com boas capacidades de coordenação poderá verificar essas mesmas lacunas, turno a turno. De salientar que a escassez de recursos humanos impede a troca eficaz de informações e o estabelecimento de uma boa relação na equipa (Conz, et al., 2019). Também é neste ponto que um enfermeiro líder por turno, com capacidades de coordenação funcional, além dos recursos humanos, deteta falhas em recursos materiais que, porventura, por não estarem tão próximas da realidade dos serviços 24/24h, escapa às chefias. Inclusive podemos estar a falar de recursos materiais essenciais a novos equipamentos os quais as chefias ainda não obtiveram contato. O enfermeiro líder deverá executar atividades de controlo de qualidade e desperdício, avaliação do material e orientação sobre a forma adequada da utilização dos materiais (Camelo, 2012) e isto só poderá ser realizado eficazmente *in loco*. Sobre novos equipamentos, posso também referir que, sendo estas unidades tão complexas e diferenciadas, os equipamentos estão frequentemente a serem renovados e alterados pelo que o enfermeiro líder deverá assumir a formação dos mesmos e atentar em cada elemento da equipa, verificando quais as dificuldades individuais no manuseamento das mesmas.

Relacionado com a falta de valorização pessoal, sendo as equipas de unidades de cuidados intensivos bastante extensas torna-se difícil por parte das chefias analisar e, porventura, elogiar atitudes e comportamentos de cada elemento em si. Um enfermeiro atento, visto como alguém experiente, poderá atentar nestes aspetos e, no momento certo, fazer o profissional sentir-se valorizado. Transmitir-lhe confiança em si mesmo e no seu trabalho e, assim, dar-lhe mais motivação e ânimo para fazer o seu trabalho.

Acerca da importância do equilíbrio emocional, devemos ter em conta, que trabalhando numa Unidade de Cuidados Intensivos é essencial desenvolver sensibilidade e tato para lidar com o medo e a morte, o que traz uma sobrecarga emocional imensurável, ainda aliado com dilemas éticos, ao considerar o que é certo e errado, justo e injusto. Chega-se a duvidar da própria espiritualidade e este é um ambiente de muita tristeza, insegurança, situações inesperadas e incomuns e é vital manter-se o equilíbrio emocional na equipa

(Correio, Vargas, Carmagnani, Ferreira, & Luz, 2015). Atualmente verifica-se que a educação ética, o diálogo, a relação com os restantes elementos da equipa, a autonomia profissional, os valores pessoais, a comunicação efetiva e os resultados positivos constituem componentes importantes da sensibilidade moral dos enfermeiros. Esta sensibilidade ajuda os enfermeiros na tomada de decisões (Schallenberger, et al., 2019). Portanto, o enfermeiro líder deverá ser capaz de identificar interferências na sensibilidade, espiritualidade e emoções de cada elemento e, perante isto, reunir estratégias para auxiliar o elemento de uma forma individual mas em equipa. Deverá fomentar as relações entre a equipa de modo a que todos se sintam responsáveis pelo bem-estar e ânimo de cada elemento da equipa. Um líder deverá criar na sua equipa alicerces que alberguem cada fragilidade de cada elemento e que juntos consigam fortalecê-la. Obviamente que o líder, com a sua experiência, trará mais estratégias, experiências, que, como exemplo, possam ajudar a equipa a adaptar-se às diferentes quebras emocionais que possam surgir. Também com uma boa relação interpessoal em equipa, o líder, perante situações de dilemas éticos, poderá reunir a equipa e juntos dialogarem e discutirem, de forma a que cada elemento se sinta seguro para argumentar e questionar.

Por fim, perante as dificuldades relacionadas com a tomada de decisão devemos ter em consideração que os enfermeiros baseiam a sua tomada de decisão no cumprimento de regras institucionais e na organização e funcionamento da unidade, valorizando o conhecimento científico e a experiência profissional (Camelo, 2012). Perante isto, a tomada de decisão exige cada vez mais trabalho em equipa e para fomentar esse trabalho em equipa precisamos de um líder. É essencial que haja um profissional experiente, que conheça bem a instituição em causa, que esteja seguro ao nível emocional, que ajude a reunir a equipa para juntos fomentarem a sua capacidade de decisão.

Concluindo esta análise gostaria também de abordar que este líder, baseado em formação prévia, poderá adotar o melhor método de liderança individual, relacionado com o ambiente e individuo em si, no entanto o tipo de liderança que considero o mais benéfico numa unidade de cuidados intensivos será a liderança transformacional na medida que, apesar de fortemente influenciados por diretrizes superiores hierarquicamente, tem como objetivo primordial alterar a forma como a equipa atua nas dificuldades e oportunidades que lhes são colocadas, baseando a sua atitude de liderança na construção de um objetivo comum da equipa, incentivando-a a atingir níveis bastantes superiores aos que lhe era

expectável, elevando o ideal da equipa, assim como, as suas necessidades de realização. É um líder proactivo, motivacional e desafiador perante a equipa, sendo, assim, respeitado e visto como um exemplo a seguir (Gonçalves, 2008).

Posto isto, de uma forma reflexiva, podemos verificar a importância de ter um enfermeiro líder presente em toda a jornada de trabalho. Um enfermeiro mais experiente, com formação em gestão e liderança, e que se comprometa com a equipa de modo a gerir de forma eficaz. Este enfermeiro deverá reconhecer o valor de cada elemento da sua equipa, visando estabelecer um modo de liderança responsável, onde a confiança e a procura pelo conhecimento predomine. Também é de referir que é importante que este profissional tenha a preocupação de ir aperfeiçoando os seus conhecimentos de maneira a responder às necessidades da instituição e da equipa (Camelo, 2012).

4. Conclusão

De uma forma conclusiva devo dizer que esta revisão bibliográfica sobre a temática em questão fez-me verificar que as políticas de coordenação e administração deveriam estar mais atentas às práticas de gestão sustentadas pela evidência publicada. É notório que, particularmente na área da enfermagem e, neste caso do doente crítico, o ambiente de prática, os recursos existentes e uma boa liderança poderão fazer uma enorme diferença, não só nos cuidados prestados, mas, também, no envolvimento dos enfermeiros no seu trabalho, sabendo que, esta classe, atualmente, se encontra em desmotivação por inúmeras razões.

Apesar de nesta análise me focar essencialmente na importância de um enfermeiro líder em cada turno, numa unidade de cuidados intensivos, temos de ter em conta que liderar sozinho é impossível pelo que, a liderança deverá estar sempre interligada em uma teia de relações de modo a promover harmonia e equilíbrio e, assim, favorecer o aperfeiçoamento das relações em equipa e do cuidado. Liderar centrado nas relações pessoais contribui para a melhoria da produtividade e dos resultados em ambiente de trabalho (Conz, et al., 2019).

Com a pesquisa realizada e alguma experiência pessoal, posso constatar que, apesar de algumas evidências publicadas acerca da liderança em unidades de cuidados intensivos, estas baseiam-se maioritariamente ao papel das chefias e não abordam a importância do enfermeiro líder em jornada contínua, pelo que se deveria fazer mais estudos acerca desta temática em particular.

Posso constatar também que, em jeito de conclusão, com a adoção de um enfermeiro líder em jornada contínua numa unidade de cuidados intensivos é notório que as instituições iriam obter imensos ganhos relacionados com a motivação dos profissionais, a segurança dos mesmos e a organização dos serviços em questão.

5- Bibliografia

Avaliação da Situação Actual das UCI. (Julho de 2020). Obtido de Ministério da Saúde - Governo de Portugal : <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Camelo, S. (Fevereiro de 2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* .

Cenedési, M., Bernardino, E., Lacerda, M., Dallaire, C., & Lima, K. (2012). Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*.

Conz, C., Aguiar, R., Reis, H., Pinto, M., Mira, V., & Merighi, M. (2019). Atuação de enfermeiros líderes de Unidade de Terapia Intensiva: Abordagem compreensiva. *Enfermagem Foco*.

Correio, R., Vargas, M., Carmagnani, M., Ferreira, M., & Luz, K. (2015). Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enfermagem Foco*.

Frota, L., Camponogara, S., Arboit, É., Tolfo, F., Beck, C., & Freitas, E. (Setembro de 2015). The nurse's visibility in intensive care units: perceptions of workers. *Revista Eletrónica de Enfermagem* .

Gonçalves, M. N. (2008). *Estilos de Liderança - Um estudo de Auto-Percepção de Enfermeiros gestores* . Universidade Fernando Pessoa .

Guida, T., & nascimento, A. (2019). Fatores associados ao estresse e coping da equipe de enfermagem de UTI: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*.

Macedo, A., Padilha, K., & Puschel, V. (2019). Práticas profissionais de educação/formação dos enfermeiros em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Miri, C., & Lorenzini, E. (2015). Enfermagem e relações grupais em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista de Enfermagem*.

Santos, F., & Camelo, S. (2015). O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. *Cultura de los Cuidados*.

Schallenberger, C., Tomaszewski-Barlem, J., Barlem, E., Rocha, L., Dalmolin, G., & Pereira, L. (2019). Componentes da sensibilidade moral identificados entre enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Silva, R., & Ferreira, M. (2011). Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. *Acta Paul Enfermagem*.

5.2 Apêndice II - Transporte inter-hospitalar do doente crítico



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Transporte inter-hospitalar do doente crítico

Lista de Verificação

Elaborado por

Joana Filipa das Neves Costa nº 360509044

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Porto, fevereiro de 2021

Índice

1. Introdução	3
2. Transporte do Doente Crítico	4
3. Elaboração de “Check-List” prévia ao Transporte Secundário de Doente Crítico....	15
4. Importância de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na equipa de transporte de doente crítico.....	16
5. Conclusão.....	18
6. Bibliografia.....	19
7. Anexo I – Avaliação para Transporte Secundário.....	20
8. Apêndice I – “Check-List” – Transporte de Doente Crítico.....	21

1 - Introdução

Este documento surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano de estudos do 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em contexto de estágio no serviço de urgência.

Devido à situação pandémica atual não é possível a realização de formações pelo que, juntando a minha área profissional com a área de estágio e verificando lacunas e receios por parte da equipa de enfermagem na realização de transferências inter-hospitalares de pessoas em situação crítica emergiu a ideia de realizar pesquisa e compilar ideias criando uma lista de verificação para a realização de transporte do doente crítico.

Esta pesquisa tem como principal objetivo conhecer e documentar o papel do enfermeiro no transporte de doentes críticos, nomeadamente o enfermeiro com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

Contextualizando, foi em 1992 que surgiu o primeiro manual de boas práticas no transporte inter-hospitalar de doente crítico, publicado pela Sociedade Americana dos Cuidados Intensivos, e, em Portugal, surgiu um documento com o mesmo fim, publicado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos em 1997, que alertava para a importância de um planeamento correto do transporte de forma a minimizar todos os riscos inerentes. Em 2001 o Grupo de Trabalho das Urgências da Administração Regional de Saúde do Norte publicou as normas de transporte secundário de doentes, tendo estas sido atualizadas em 2006. Posteriormente, em 2008, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, juntamente com a Ordem dos Médicos, publicou um documento, que se pode dizer complementar a todos os documentos previamente falados, com recomendações para o transporte de doentes críticos tendo como objetivo a minimização de riscos e tornar o transporte mais eficiente.

A metodologia utilizada foi expositiva, baseada em pesquisa bibliográfica. Encontra-se dividido em introdução, um capítulo com uma contextualização teórica sobre o transporte inter-hospitalar para posterior criação de uma lista de verificação prévia ao transporte, uma breve exposição sobre a importância de um enfermeiro especialista nas fases do transporte e, por fim, a conclusão.

2- Transporte de doente crítico

Define-se como doente crítico aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica e a decisão de transportar um doente crítico deve considerar sempre os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. Este tipo de doentes implica riscos aumentados de morbilidade e, até, mortalidade aquando do transporte, no entanto estes riscos podem ser minorizados quando é realizado um planeamento rigoroso e cuidadoso, com uma seleção de equipa adequadamente preparada, e com o meio de transporte igualmente adequado. Ter sempre presente a premissa de que o nível de cuidados prestados durante o transporte deverá ser igual aos cuidados prestados na unidade de origem.

Fases do Transporte do Doente Crítico

O transporte de doentes críticos envolve três fases:

- Decisão – A decisão de transportar um doente crítico é da responsabilidade da equipa médica, pois é um ato médico, sendo uma decisão tomada e comunicada entre o médico do doente, o chefe de equipa e o diretor do serviço;
- Planeamento – O planeamento do transporte é realizado em equipa pela equipa de enfermagem e a equipa médica. Nesta fase é realizado o primeiro contato com o serviço de destino, avaliada a distância a percorrer e, conseqüentemente, o tempo que irá demorar. É nesta fase que se seleciona a equipa que irá assegurar o transporte, fazendo a partilha de informação clínica com a mesma, e seleciona-se o equipamento e terapêutica, prevenindo, também, possíveis complicações;
- Efetivação – Esta fase fica a cargo da equipa selecionada para efetivar o transporte, assumindo total responsabilidade técnica e legal sobre o doente, até ao momento de entrega do doente ao serviço de destino. De salientar, que o nível de cuidados durante o transporte nunca poderá ser inferior ao verificado no serviço de origem, tendo em conta que a qualquer momento poderá ter de se elevar.

O transporte é considerado como uma extensão dos cuidados de saúde, sendo que as duas primeiras fases são da responsabilidade técnica e legal do serviço onde o doente se encontra e a fase da efetivação é da responsabilidade da equipa que realiza o transporte.

As fases que irei salientar neste documento será a do planeamento, primeiramente porque é a primeira fase de intervenção do enfermeiro e porque se relaciona com a necessidade de implementação de uma lista de verificação realizada previamente ao transporte, e a da efetivação.

Neste sentido, o enfermeiro, responsável pelo doente e interveniente major no planeamento do transporte, após a confirmação da necessidade da realização do mesmo, deverá confirmar a realização das seguintes etapas:

- Garantir a estabilização do doente, nomeadamente, antecipando as intervenções que se preveem necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações orotraqueais, ...);
- Informar o doente e/ou seu representante legal da necessidade do transporte, do destino do mesmo e registar o seu consentimento;
- Confirmar com a unidade de destino que esta está pronta a receber o utente, de forma a assegurar imediatamente os cuidados ao mesmo;
- Confirmar a passagem de dados entre os responsáveis pelo utente na origem e no destino, ao nível médico e de enfermagem;
- Determinar se existe algum risco de contaminação por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas e informar a equipa de transporte e a equipa de destino para que estes assegurem o respetivo material de proteção individual;
- Participar na escolha do meio de transporte e na seleção da equipa que irá acompanhar o doente tendo em conta a situação clínica do mesmo, intervenções que serão necessárias durante o transporte, a disponibilidade dos profissionais e a sua experiência em doente crítico, a distância e duração do transporte.
- Registar todas estas etapas e informações no processo clínico do doente, nomeadamente os nomes e contatos dos intervenientes.

Equipa de Profissionais que acompanham o Transporte do Doente Crítico

A equipa que assegura o transporte por assim dizer, a fase da efetivação, deve ser constituída pela tripulação habitual do meio de transporte, e, pelo menos, por mais dois

elementos, ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento.

Para melhor seleção da equipa, está preconizada uma avaliação, adaptada e documentada pela Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos, que deverá ser efetuada no serviço de origem e onde o resultado ditará quais as necessidades de recursos humanos, a monitorização, o equipamento e o veículo necessário ao transporte (Anexo I).

Doentes que apresentem instabilidade fisiológica com a possibilidade de necessitarem de intervenções emergentes ou urgentes, deverão ser acompanhados por médico e enfermeiro, e é obrigatória a presença de ambos quando temos casos de doentes com via aérea artificial, instabilidade hemodinâmica, perfusão de fármacos vasoativos e presença de monitorização invasiva.

Equipamento

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, o equipamento mínimo que deverá acompanhar o doente é o seguinte:

- Monitor de transporte com alarmes e desfibrilhador, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação com tubos traqueais adequados ao doente e insuflador manual;
- Fonte de oxigénio;
- Aspirador elétrico e sondas de aspiração;
- Drenos torácicos e respetivo kit de colocação dos mesmos;
- Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respetivas seringas ou bombas volumétricas com bateria;
- Soros (cristalóides e colóides) com mangas para administração sob pressão;
- Fármacos para suporte avançado de vida e outros que se julguem necessários ou específicos para terapêuticas continuadas ou intermitentes pré-programadas;
- Ventilador de transporte, com possibilidade de monitorização de volume/ minuto, e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FiO₂, reguláveis de forma viável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Equipamento de comunicações, que permita o contato entre os hospitais de origem e destino.

Fármacos para o transporte

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos existe uma listagem mínima de fármacos que deverão estar à disposição da equipa de transporte:

- Adenosina;
- Adrenalina;
- Amiodarona;
- Atropina;
- Bicarbonato de Sódio;
- Captopril;
- Diazepam;
- Dinitrato de Isossorbido;
- Dobutamina;
- Etomidato;
- Fenobarbital;
- Flumazenil;
- Furosemida;
- Gluconato de Cálcio;
- Glucose Hipertónica;
- Heparina;
- Insulina Actrapid;
- Isoprenalina;
- Labetalol;
- Lidocaína (parentérica, gel e spray);
- Manitol;
- Metilprednisolona;
- Midazolam;
- Morfina;
- Naloxona;
- Nitroglicerina (sublingual);
- Noradrenalina;
- Paracetamol;
- Propofol;
- Salbutamol;
- Succinilcolina;
- Sulfato de Magnésio;
- Tiopental sódico;
- Vecurónio;
- Verapamil;
- Cristalóides/ colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte e a eventual necessidade de reposição volémica.

Os fármacos deverão estar organizados numa mala específica, devidamente acondicionados, de forma organizada e de fácil acesso. Nas situações mais previsíveis ou situações de emergência, deve utilizar-se o método de seringas já pré-preparadas pois a preparação destes fármacos torna-se mais difícil e demorada durante o transporte.

Também no campo da administração da terapêutica deve-se ter em conta que os doentes deverão, no mínimo, ter dois acessos venosos periféricos permeáveis de grande calibre. A necessidade de administração de vários fármacos e, muitas vezes, incompatíveis, é recorrente no transporte do doente crítico, e no transporte longo deverá privilegiar-se um acesso venoso central.

A fluidoterapia é também muito comum no transporte do doente crítico, ajudando na estabilidade do mesmo, pelo que deve ser assegurada por bombas ou seringas perfusoras.

Níveis de Monitorização necessária

Segundo a Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos, a monitorização contínua necessária durante o transporte secundário divide-se da seguinte forma:

Nível I - Obrigatório

- Monitorização contínua com registo periódico;
 - Frequência Respiratória;
 - FiO₂;
 - Oximetria de Pulso;
 - ECG contínuo;
 - Frequência Cardíaca;
 - Pressão Arterial (Não invasiva);
-

	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão da Via Aérea (Doentes ventilados); • Capnografia (Doentes Ventilados)
Nível II – Fortemente Recomendado	<ul style="list-style-type: none"> • Medição contínua da Pressão Arterial Invasiva (Em doentes potencialmente instáveis); • ECG com deteção de arritmias.
Nível III – Ideal (Em doentes selecionados pelo seu estado clínico)	<ul style="list-style-type: none"> • Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central; • Medição da Pressão da artéria pulmonar; • Medição da Pressão Intracraniana; • Medição da temperatura corporal

Como prevenir complicações

Sabendo que o doente crítico está muito vulnerável à realização de um transporte inter-hospitalar, a equipa que o acompanha deverá estar atenta e capacitada para lidar com o surgimento de qualquer complicação que surja.

A capacidade destes doentes de adaptação é praticamente nula, podendo qualquer pequena alteração induzir grandes instabilidades e deterioração do estado clínico.

As principais complicações no transporte do doente crítico documentadas estão associadas a alterações fisiológicas do doente, problemas com a equipa envolvida no transporte/ comunicação inter-equipa e falhas nos equipamentos.

As complicações relacionadas com o doente mais frequentes são hipo ou hipertensão, taquicardia, hipo ou hipercapnia, hipoxia, acidose ou alcalose, broncospasmo, isquémia do miocárdio, pneumotórax, associada ao barotrauma, broncoaspiração, convulsões, agitação, extubação acidental, entre outros.

Mais especificamente, podemos abordar ainda o cuidado redobrado com doentes com lesão cerebral traumática, pois, aquando da transferência para a maca, a diminuição da elevação da cabeça pode levar a um aumento da pressão intracraniana, hipotensão e/ ou diminuição da saturação periférica de O₂.

As complicações mais frequentes relativamente ao equipamento, estão relacionadas com os equipamentos de ventilação, equipamentos de infusão, equipamentos de monitorização e acessos venoso.

Quando é necessária ventilação artificial, deve ser feita a conexão ao ventilador de transporte ainda no serviço de origem. Isto deve-se ao fato que muitos ventiladores de transporte não permitem as mesmas modalidades que os ventiladores das unidades.

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos sugerem às instituições hospitalares, a criação de algoritmos que organizem e garantam a segurança do doente no transporte. Existem também estudos que confirmam a utilização de listas de verificação que permitem fornecer instruções simples de serem aplicadas, de modo a aumentar a segurança do doente durante o transporte e diminuir os riscos adjacentes. Estas listas de verificação devem contemplar dados referentes à avaliação do indivíduo em si, triagem do mesmo quanto ao tipo de transporte necessário e lista de verificação dos equipamentos do meio escolhido.

Medidas de prevenção de complicações

Tendo em conta as principais complicações documentadas existem medidas que, implementadas previamente à realização do transporte, podem prevenir o surgimento de complicações associadas.

Avaliação Inicial do Doente:

Realizada corretamente, seguindo a abordagem ABCDE;

Rever o processo clínico;

Permite antecipar complicações, nomeadamente a preparação da terapêutica e equipamentos adequados ao transporte

Estabilização Hemodinâmica:

Reduz a morbilidade e mortalidade.

Via Aérea

Pouca viabilidade de via aérea permeável ponderar entubação Orotraqueal
Garantir que o tubo orotraqueal está corretamente colocado (com opção de realizar raio-x);

Colocar humidificação e EtCO₂;

Ponderar sedação e curarização;

Ponderar colocação de sonda gástrica.

Pneumotórax / Hemotórax

Proceder à sua drenagem antes do início do transporte;

Os drenos torácicos não devem estar “clampados” aquando o transporte;

Não devem ser utilizados frascos de vidro.

Acessos vasculares

Mínimo de dois acessos venosos periféricos de grande calibre;

Se transporte de longa duração ou necessidade de avaliação de volémia – optar pela colocação de cateter venoso central.

Monitorização

Equipa familiarizada com o equipamento de monitorização;
Programar limites dos alarmes, antes do início do transporte;
Verificar nível de bateria;
Verificar qual o nível de monitorização adequado.

Equipamento de Perfusão

Preferir a perfusão de fluidoterapia através de bombas e seringas infusoras, de modo a ter a noção da quantidade de volume administrado.

Fármacos

Mala de Transporte específica;
Organizados por grupos terapêuticos;
Privilegiar a preparação de seringas pré-preparadas.

Suporte Ventilatório

Antecipar a necessidade de suporte ventilatório;
A conexão aos ventiladores de transporte deve ser feita na unidade de origem e dar o tempo necessário ao doente de adaptação ao mesmo.

Doente Agitado

Não transportar doentes agitados sem sedação prévia;
Aplicar imobilizadores de tórax e membros;
Atentar na fixação do acesso venoso;
Terapêutica previamente preparada, em caso de agudização.

Avaliação e Registos

Realizar avaliações com periodicidade curta, mesmo com aparente estabilidade;

Efetuar os respetivos registos.

Intervenções de Enfermagem

Na fase do planeamento, o enfermeiro tem uma posição importante, como já foi previamente falado, intervindo na prevenção de complicações associadas ao transporte secundário.

As principais intervenções a realizar previamente ao transporte são:

- Confirmar previamente que a unidade que vai receber o doente tem conhecimento da transferência e está disponível;
- Reunir o processo clínico e os exames que sejam pertinentes de enviar junto com o doente;
- Confirmar se existe consentimento assinado (no caso de realização de exame ou procedimento) e consentimento informado acerca da transferência do mesmo.
- Verificar a disponibilidade da equipa para acompanhar doente e contatar a mesma para participar na fase de planeamento.
- Verificar permeabilidade da via aérea;
- Preparar insuflador manual com máscara e filtro bacteriano.
- Decidir o ventilador de transporte que vai a acompanhar o doente
- Preparar garrafa de oxigénio cheia; Ter em conta a seguinte fórmula $((20+V_{min}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}) + 50\%$
- Preparar os equipamentos que vão a acompanhar o doente e verificar se todos funcionam só com bateria
- Confirmar correta colocação de todos os dispositivos invasivos e reforçar a sua fixação.
- Preparar antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar
- Trocar medicação ou fluidoterapia contínua, para evitar que o término ocorra no transporte;
- Esvaziar os sacos de drenagem existentes no doente;
- Confirmar que o doente tem pelo menos dois acessos venosos periféricos permeáveis e de grande calibre;

- Avaliar os parâmetros vitais antes da saída do doente;
- Mudar o doente para o ventilador de transporte;
- Cobrir o doente.

3 - Elaboração de “Check-List” prévia ao Transporte Secundário de Doente Crítico

Conforme abordado na introdução deste trabalho, o objetivo principal prende-se com a elaboração de uma lista de verificação prévia ao transporte secundário do doente crítico. Após consulta bibliográfica e contato com a prática em si, foi elaborada uma lista, de modo a simplificar a realização dos registos prévios ao transporte e a verificação de todos os condicionantes à realização de um transporte seguro e controlado, que se encontra em Apêndice I.

Esta lista contempla a avaliação inicial do doente, registos da primeira observação do mesmo, ainda na unidade de origem, a verificação do equipamento de transporte e as principais atividades a verificar antes do início do transporte.

4. Importância de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na equipa de transporte de doente crítico.

Sendo este trabalho académico um complemento de um estágio realizado no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, torna-se bastante relevante fomentar a importância de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na equipa de transporte de doente crítico.

A pessoa em situação crítica tem a sua vida ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes, de modo a observar, de forma contínua, a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem as seguintes competências específicas:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Portanto, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, é dotado de formação humana, técnica e científica que, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, lhe permite mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para uma resposta holística e em tempo útil. Também tem capacidade de gestão de equipas, de forma sistematizada, para uma resposta eficiente na abordagem ao doente crítico e tem, também, uma atenção redobrada, pela sua formação e experiência, ao risco de infeção associado à complexidade de situações e diferenciação dos cuidados exigidos.

Pelo que se expõe, considera-se que o profissional mais indicado para integrar e, também, gerir uma equipa de transporte de doente crítico é, preferencialmente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Pessoa em Situação Crítica.

Acrescento ainda que a Ordem dos Enfermeiros, no seu Parecer nº 09/ 2107, reforça esta ideia, apelando às instituições de saúde que, valorizando a formação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dote as suas equipas com pessoal qualificado e, assim, os cuidados prestados serão em benefício da pessoa-alvo, otimizando as competências daqueles que estão melhor habilitados para implementar cada intervenção e, tendo sempre presente que as funções dos Enfermeiros Especialistas não deverão depender da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos ou de opiniões individuais.

5. Conclusão

Em jeito de conclusão, verifica-se, ao longo dos anos, um aumento de estudos e literatura publicada referindo os riscos associados ao transporte do doente crítico. O doente crítico é transportado, muitas vezes, por equipas inexperientes, que conhecem mal o equipamento de suporte de vida que o acompanha e em ambulâncias com condições deficientes. Portanto, cabe às instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário, de modo a reduzir a taxa de complicações inerentes ao mesmo. Também é importante reforçar que não é aceitável qualquer deterioração do estado de saúde de um doente crítico, que não esteja inerente à sua doença de base e que se possa imputar ao seu transporte. Por outro lado, a segurança dos doentes e dos profissionais que acompanham o doente deve ser considerada uma prioridade em todas as fases do transporte. Para isso, salienta-se a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em todas as fases do transporte de doente crítico, sendo o profissional ideal para assumir a responsabilidade do mesmo.

6. Bibliografia

- Coimbra, N., & Amaral, T. (Fevereiro de 2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*.
- Comeau, O., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. (2015). Safety First! Using a Checklist for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*.
- Diário da República, 2. s.—N.—1. (s.d.). Regulamento n.º 429/2018., (pp. 19359-19360).
- Droogh, J., Smith, M., Absalom, A., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*.
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*.
- INEM. (2012). *Transporte do Doente Crítico*.
- Lopes, H., & Frias, A. (Fevereiro de 2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: perceção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*.
- Nunes, F. (2009). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Nursing*.
- (2017). *Parecer n.º 09/2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pires, A., Santos, B., Santos, P., Brasil, V., & Luna, A. (s.d.). Transporte Seguro de Pacientes Críticos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*.
- Sobreiro, J. (2017). *Perfil de Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica*. Leiria: Escola Superior de Saúde de Leiria.
- SPCI. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações.

7. Anexo I – Avaliação para Transporte Secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

8. Apêndice I – “Check-List” – Transporte de Doente Crítico

Transporte Secundário de Doente Crítico

Hospital de Origem / Contacto	
Hospital de Destino / Contacto	
Equipa Responsável pela Decisão e Planeamento do Transporte:	
Equipa Responsável pela Efetivação do Transporte:	
Data e hora:	

Avaliação Inicial

Nome / Idade	
Motivo e Data de Admissão no Hospital de Origem	
História clínica relevante / Antecedentes Pessoais	
Motivo da Transferência	
Nota de Transferência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Exames Complementares Relevantes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____

Observação do Doente

A – Via Aérea	Permeabilização da via aérea assegurada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ Entubação Traqueal <input type="checkbox"/> Tubo nº __ Nível__ Verificada fixação <input type="checkbox"/> Se não, excluída causa de entubação traqueal? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
B – Ventilação	Oxigenioterapia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
	Ventilação Artificial	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ Modo _____ Ventilatório _____ Vol/min ____ ; FR____/min; FiO ₂ ____%; PEEP ____
	Gasimetria Arterial	Verificados valores de gasimetria prévia ao transporte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ Horas: _____ pH:____ PaO ₂ ____ PaCO ₂ ____ FiO ₂ ____% Bicarbonato _____
C – Estabilidade Hemodinâmica	FC: ____ bpm TA: ____/____mmHg	Hemorragia ativa na última hora? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____

	Necessidade de Suporte Transfusional?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
	Acessos Vasculares	2 acessos venosos periféricos permeáveis? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Localizados _____ Cateter central? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Localização _____ Linha Arterial? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Localização _____
	Débito Urinário / hora	Sonda Vesical nº _____ Nas últimas 2 horas: _____ ml/h
	Necessidade de Aminas Vasoativas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ Dopamina _____ Dobutamina _____ Noradrenalina _____
D – Avaliação Neurológica	Escala de Coma de Glasgow	Abertura Ocular: _____ Resposta Verbal: _____ Resposta Motora: _____ Total: _____
	Avaliação de Pupilas:	_____
	Sedação?	Sim <input type="checkbox"/> - Fármaco: _____ Não <input type="checkbox"/> - Score na Escala de RASS: _____
E – Exposição	Temperatura: _____°C	

	Sonda Gástrica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	
	Trauma? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Coluna Cervical Imobilizada <input type="checkbox"/> Excluída a presença ou suspeita de pneumotórax ou hemotórax <input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/pélvica <input type="checkbox"/> Imobilização de ossos longos/bacia <input type="checkbox"/>

Verificação do Equipamento de Transporte

Mala de Fármacos, devidamente confirmada e com seringas pré-preenchidas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respetivas seringas ou bombas volumétricas com bateria	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Drenos torácicos e respetivo kit de colocação dos mesmos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Equipamento de comunicações, que permita o contato entre os hospitais de origem e destino	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Outro _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____

Início de Transporte

Mudança e verificação de equipamento de monitorização	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Mudança para a maca de transporte	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Mudança e verificação de equipamento de ventilação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____

Mudança e verificação de equipamento de perfusão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Fixação redundante de tubos e linhas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Tapar o doente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Fixação correta do doente e equipamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Confirmação com o hospital de destino antes da partida	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____

Início do transporte às ____ h ____ min

Equipa Responsável:
