



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **Relatório de Estágio**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em  
enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica

**Por**  
**Carla Alexandra Silva Teixeira Nogueira**

**Porto, março de 2022**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **Relatório de Estágio**

## **Internship Report**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Por**

**Carla Alexandra Silva Teixeira Nogueira**

**Sob Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Irene Oliveira**

**Porto, março de 2022**



## Resumo

A elaboração do relatório surge no âmbito do Estágio realizado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa. O estágio decorreu nos contextos de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos no período 6 de setembro a 27 de outubro de 2021 e 28 de outubro a 18 de setembro de 2021 respetivamente. Com este Relatório pretende-se evidenciar todo o trabalho e percurso necessário para dar o salto de Enfermeira Generalista para Enfermeira Especialista, tendo por base a capacidade de pesquisa desenvolvida, a análise e raciocínio crítico e o progresso na argumentação. Com este trabalho pretendo descrever as experiências vivenciadas ao longo do estágio, referindo os aspetos relevantes de toda a minha aprendizagem, consolidando saberes e fatores que contribuíram para o meu desempenho, bem como um excelente meio de analisar a consecução de todos os meus objetivos previamente formulados no meu projeto de estágio e sua verdadeira importância para as atividades futuras.

Num 1.º capítulo aborda-se o percurso profissional da autora com uma alargada e consolidada experiência em gastroenterologia e cardiologia e como Enfermeira responsável na Unidade de Exames Especiais e na Unidade de Hemodinâmica e Radiologia de Intervenção, tendo obtido creditação ao estágio do 1.º Ano na área de opção. A segurança do doente é o foco central com vista à excelência dos cuidados de enfermagem, sendo que o tema segurança do doente assume uma questão central ao nível europeu, mas também mundial, sobretudo nas últimas duas décadas, devido às condições de trabalho no dia-a-dia, nomeadamente a complexidade dos doentes, bem como a evolução tecnológica associada à rotação dos profissionais dentro das instituições; por outro lado, associado ao facto de os doentes estarem mais esclarecidos e informados, o que permite um aumento do nível de exigência da parte dos utilizadores.

O trabalho tem por base o modelo teórico com o qual a autora mais se identifica o que foi o fio condutor de aprendizagem, o modelo de Patrícia Benner (2001), que desenvolveu um Modelo de aquisição de competências, tendo como referência o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus. A promoção de um ambiente adequado é considerada uma intervenção de enfermagem especializada, o que permite ganhos em saúde da Pessoa em Situação Crítica, tendo contribuído para a qualidade dos cuidados prestados, com por exemplo a diminuição do ruído. Foi pertinente a realização de 2 trabalhos sobre este tema nomeadamente uma Revisão bibliográfica da Literatura – Avaliação do risco de queda no serviço de urgência – Escala de Morse, e um outro baseado na comunicação efetiva, Recomendações na alta para o doente submetido a implantação de dispositivos cardíacos e a respetiva instrução de trabalho. Quando falamos em pessoas que cuidam de doentes, não podemos ignorar que o erro é intrínseco à pessoa humana; o erro existe, é real e está sempre presente. Face a esta realidade, impõe-se ao ser humano, dotado de inteligência, a capacidade de encontrar estratégias para o minimizar ou mesmo eliminar.

A comunicação, sendo o denominador comum das relações humanas, constitui igualmente o pilar da segurança do doente; sendo a transferência de cuidados entre pares baseada numa comunicação eficaz, esta poderá ser feita de forma verbal ou escrita.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica, segurança, comunicação, qualidade, cuidados de enfermagem, risco de queda.

## Abstract

The preparation of the report arises within the scope of the Final Internship Curriculum Unit and Report introduced in the study plan of the 14th Master's Course in Nursing - Specialization in Medical-surgical Nursing, in Nursing to Persons in Critical Situations of the Institute of Health Sciences-Porto of the Universidade Católica Portuguesa.

The internship took place in the contexts of Emergency Service and Intensive Care Units from september 6th to october 27th, 2021 and october 28th to september 18th, 2021 respectively. With this Report I intend to highlight all the work and path necessary to take the leap from Generalist Nurse to Specialist Nurse, based on the research capacity developed, analysis and critical reasoning and argumentation progress. With this work I intend to describe the experiences lived throughout the internship, referring to the relevant aspects of all my learning, consolidating knowledge and factors that contributed to my performance, as well as an excellent way to analyze the achievement of all my objectives previously formulated in my internship project and their true importance for future activities.

The 1st chapter addresses the professional career of the author with a wide and consolidated experience in gastroenterology and cardiology and as a responsible Nurse, at the Special Examination Unit and the Intervention Hemodynamics and Radiology Unit, having obtained credit for the 1st Year internship on that option area.

Patient safety is central focus on the excellence of nursing care, and the issue of patient safety is becoming a central issue at European level, but also worldwide, especially in the last two decades, due to day-to-day working conditions, namely the complexity of patients, as well as the technological evolution associated with the rotation of professionals within institutions; on the other hand, Associated with the fact that patients are more enlightened and informed, which allows an increase in the level of demand on the part as users.

The work is based on the theoretical model with which the author most identifies what was the guiding thread of learning Patricia Benner's Model (2001), who developed a Skills Acquisition Model, with reference to Dreyfus' Competence Acquisition Model.

The promotion of an adequate environment is considered a specialized nursing intervention, which allows gains in person in critical situation health, having contributed to the quality of care provided, such as noise reduction. It was pertinent to carry out 2 studies on this topic namely a Literature Review - Assessment of the risk of falling in the emergency service - Morse Scale, and another based on effective communication, Recommendations at discharge for patients undergoing implantation of cardiac devices and their work instruction.

When we talk about people who care for the sick, we cannot ignore that error is intrinsic to the human person; error exists, is real and is always present. Faced with this reality, it is imposed on the human being, endowed with intelligence, the ability to find strategies to minimize or even eliminate it. Communication, being the common denominator of human relations, is also the pillar of patient safety; since the transfer of care between peers is based on effective communication, this can be done verbally or in writing.

Keywords: person in critical situation, safety, communication, quality, nursing care, fall risk.

*Não ande apenas pelo  
caminho traçado, pois  
ele conduz somente  
até onde os outros já  
foram.”*

Alexander Graham Bell  
(1847-1922)

## **Agradecimentos:**

À Doutora Irene Oliveira, por toda a sua dedicação, disponibilidade, colaboração e ensinamento ao longo deste percurso acadêmico.

Às minhas amigas R. e V., pelo seu apoio incondicional e pela amizade que fica para uma vida inteira.

Aos meus pais e irmã que são os pilares da minha vida e ao Tio M. pela disponibilidade e apoio prestado.

Ao meu marido e companheiro de toda esta caminhada, pelo seu apoio, incentivo para nunca desistir, demonstrando paciência, colaboração e amor.

Aos meus Filhos, A. M. e J. P., aos quais peço que me perdoem por todas as minhas ausências, pois prometo compensá-los. Eles são o meu amor Maior, a minha inspiração e a minha alegria de todos os dias.

A todos o meu sincero

Obrigada.



## **Siglas:**

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

CACCN – Canadian Association of Critical Care Nurses

CDI - Cardioversor-desfibrilhador implantável

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPRE - Colangiopancreatografia Retrógada Endoscópica

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

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

UEE – Unidade de Exames Especiais

UHRI – Unidade de Hemodinâmica e Radiologia de Intervenção

VVC – Via Verde Coronária

VVAVC - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

SARS CoV2 - Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2019

ICN - International Council of Nurses

ST – Sala de Trabalho

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgico

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

OBS – Observação

OMS – Organização Mundial de Saúde



# Índice

<b>1. Introdução</b>	13
<b>2. Experiência Profissional: Creditação de Competências</b>	17
<b>3. Contextualização dos locais da prática clínica</b>	23
3.1 Serviço de Urgência	24
3.2. Unidade de Cuidados Intensivos	28
<b>4. Análise crítica reflexiva das competências adquiridas.</b>	33
4.1. Enquadramento teórico	33
4.2. Cuidado pessoa/família a vivenciar processos médicos complexos	37
4.3. Ambiente e processos terapêuticos	41
4.4 Controle de infecção	46
<b>5. Segurança do Doente</b>	49
5.1 Enquadramento teórico	49
5.2 Reduzir o risco de lesões resultantes de quedas em doentes	52
5.3. Melhorar a eficácia da comunicação	57
<b>6. Conclusão</b>	61
<b>7. Referências Bibliográficas</b>	65
<b>8. Apêndices</b>	73
Apêndice I - Avaliação do Risco de Queda no Serviço de Urgência - Escala de Morse	74
Apêndice II - Recomendações na alta para o doente submetido a implantação de dispositivos cardíacos.	101
Apêndice III - Instrução de trabalho - Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a implantação de dispositivo cardíaco	104

## 1. Introdução

A elaboração do relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório introduzido no plano de estudos do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa.

A frequência do Curso de Mestrado emerge na minha Vida Profissional com duas finalidades: imprescindível aumento dos conhecimentos e competências na área da Pessoa em Situação Crítica e evolução na minha carreira de Enfermagem.

Com este Relatório pretendo evidenciar todo o trabalho e percurso necessários para dar o salto de Enfermeira Generalista para Enfermeira Especialista, tendo por base a capacidade de pesquisa desenvolvida, a análise e raciocínio crítico e o progresso na argumentação. Com este trabalho pretendo descrever as experiências vivenciadas ao longo do estágio, referindo os aspetos relevantes de toda a minha aprendizagem, consolidando saberes e fatores que contribuíram para o meu desempenho, bem como um excelente meio de analisar a consecução de todos os meus objetivos previamente formulados no meu projeto de estágio e sua verdadeira importância para as atividades futuras.

Os locais escolhidos para a realização deste estágio foi o Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) que assumem como modelo de excelência e referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa, com 400h horas de contacto, das quais 360h de estágio, acrescentado mais 40 horas de Seminários e OT, enquadramento na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, o estágio decorreu nos contextos de Serviço de Urgência e Unidades dos Cuidados Intensivos no período 6 de Setembro a 27 de Outubro de 2021 e 28 de Outubro a 18 de Setembro de 2021 respetivamente.

O modelo teórico com o qual mais me identifico e que foi o meu fio condutor de aprendizagem é o de Patrícia Benner (2001), que desenvolveu um Modelo de aquisição de competências, tendo como referência o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus “*fundado sobre o estudo de jogadores de xadrez e de piloto de aviões*” (Benner, 2001, p.37). São identificados cinco níveis de competência na prática de Enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Para Benner, “*As enfermeiras peritas...antecipam os problemas que podem surgir, e o que fariam para os resolver*” (Benner, 2001, p. 114), pois a prática de enfermagem à pessoa em situação crítica requer um conjunto ímpar de capacidade de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializadas, é pluridimensional, dado que implica o conhecimento dos vários sistemas do organismo, de processos de doença e de grupos etários variados. No SU e UCIP, pelas suas características, o processo de enfermagem tem de ser pensado e implementado em minutos, tornando necessário um exercício mental rápido, pelo que o enfermeiro tem de estar munido de um conjunto de conhecimentos clínicos, científicos e técnicos, bem como criatividade e flexibilidade. Para além dos conhecimentos que possui, deve também assumir dualidade na rapidez da intervenção, agilidade e assertividade nos vários domínios, através de um trabalho contínuo na busca da excelência. Estes estágios permitiram não só a transposição da teoria a situações da prática clínica, como, e ao mesmo tempo, a minha transformação como Enfermeira e como pessoa, ou seja, os conhecimentos adquiridos na escola transformados para os saberes da prática, com o objetivo da aquisição de competências e saberes para atuar nestes contextos.

A Ordem dos Enfermeiros determina as competências específicas para a Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo essencial que todo o meu percurso académico e prático tenha por base estas competências, sendo elas: cuidar da pessoa, 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 crítico e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Durante a elaboração deste relatório utilizei uma metodologia descritiva, partindo do estado da arte, mas também a metodologia reflexiva, referente às experiências vivenciadas ao longo deste percurso, com o objetivo de preservação de saberes.

Estruturalmente, este relatório está dividido em capítulos, com respetivos subcapítulos para sua melhor compreensão; desta forma, começo por fazer referência à contextualização da minha experiência profissional na área da Unidade de Exames Especiais (UEE) e Unidade de Hemodinâmica e Radiologia de Intervenção (UHRI), experiência que permitiu a creditação do estágio do primeiro ano do Curso – “A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica” passando por uma breve contextualização dos locais da prática clínica relativamente ao

SU e UCIP, com o objetivo de fazer uma análise crítico-reflexiva das atividades e saberes adquiridos que me permitiram desta forma atingir os objetivos inicialmente propostos, com a finalidade de aquisição de competências, conhecimentos e capacidades que também caracterizam um Enfermeiro Especialista.

Apresento ainda dois trabalhos (em Apêndice neste documento), que surgem como oportunidade de melhoria nos serviços onde realizei os meus estágios, tendo por base a segurança do doente e qualidade dos cuidados de Enfermagem que são prestados; o trabalho desenvolvido no SU refere-se ao risco de queda do doente e no UCIP é baseado na melhoria da comunicação com o doente.

A minha prática de Enfermagem é realizada de forma a garantir que as prestações de cuidados ao doente são efetivamente seguras para o mesmo, sendo este um tema atual que carece de mais atenção e preocupação pela equipa multidisciplinar. Ao longo do meu percurso, tive o privilégio de trabalhar em organizações de saúde que sempre distinguiram esta mesma preocupação, o que me permitiu atualização de conhecimentos na área de qualidade na saúde, nomeadamente na gestão de risco e Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência Antimicrobianos (PPCIRA), o que, de facto, moldou verdadeiramente a minha atitude e tornou o meu olhar mais sensível para este tema da segurança do doente.



## **2. Experiência Profissional: Creditação de Competências**

O meu percurso profissional como Enfermeira remonta a 2008 e tem vindo a proporcionar-me, de modo muito especial, uma alargada e consolidada experiência em gastroenterologia e cardiologia. Atualmente, acumulo funções de Enfermeira responsável na Unidade de Exames Especiais (UEE) e na Unidade de Hemodinâmica e Radiologia de Intervenção (UHRI), bem como represento estes serviços como elo de ligação de Gestão de Risco e do PPCIRA. Neste contexto, o estágio do 1.º Ano foi creditado nos termos do artigo 6.º do Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem da UCP, da alínea e) do nº 1 do artigo 2.º do Regulamento de Creditação da UCP (DR, 2.ª série, n.º 205, Aviso nº 17085/2019 de 24 de outubro) e da alínea h) do nº 1 do artigo 45.º do Decreto-Lei nº 74/2006, alterado e republicado pelo DL nº 65/2018 de 16 de agosto.

As unidades referidas (UEE, UHRI) também são prestados cuidados de Enfermagem na área de cirurgia de ambulatório e sedação no serviço de Imagiologia, nas quais presto serviço há 8 anos, conjuntamente com a equipa da qual faço parte, oferecem uma multiplicidade de funções geradoras de um desempenho multifacetado, imposto pelo sem fim de tarefas exigidas em diversas áreas.

O trabalho desenvolvido na UEE proporcionou-me uma vasta experiência de carácter prático e alargou o meu conhecimento teórico na área de endoscopia e colonoscopia, bem como técnicas diferenciadas de gastroenterologia, tais como: colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), gastrostomia percutânea endoscópica, mucosectomia, anoscopia, urgência de gastroenterologia, mucosectomia, colocação de próteses esofágicas e do cólon, hemorragia digestivas, corpos estranhos.

Na UHRI, por sua vez, o trabalho nela realizado ajudou-me a desenvolver competências na Radiologia de Intervenção, com a realização das Drenagem biliares e quimioembolização, bem como a colaboração em angiografias cerebrais, angioplastia de fistula ArterioVenosa, cateterismos cardíacos com angioplastia coronária, colocação, remoção ou substituição de pacemaker/cardioversores desfibrilhadores (CDI), sistemas de ressuscitação cardíaco (CRT-D), estudos eletrofisiológicos, encerramento de comunicação interauricular, implantação da válvula aórtica transcater, tratamento endovascular de aneurisma da aorta abdominal, outros procedimentos endovasculares e ainda na área de ortopedia, as infiltrações e vertebroplastias.

Deste modo, e face aos multifacetados desafios que se foram sucedendo na minha carreira profissional, fui desenvolvendo e adquirindo competências, conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam uma resposta rápida e eficaz nos diversos domínios de intervenção, nomeadamente em situações de urgência, tais como a pessoas com Enfartes Agudos do Miocárdio (EAM), que necessitam de angioplastia coronária por via percutânea, bem como o tratamento de hemorragia digestivas.

Face ao que acaba de ser exposto, facilmente se poderá concluir que o nível de conhecimento teórico e prático adquirido no hospital onde desempenho funções é muito elevado, fazendo-me identificar com o paradigma no qual me revejo e que mais sentido confere à minha carreira profissional: o modelo apresentado por Patrícia Benner, descrito na sua obra ... “De Iniciado a Perito” A Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Benner, 2009).

Identifico-me com o processo descrito pela autora na aquisição de competências na prática de enfermagem (Benner, 2009), que retrata o enfermeiro perito como detentor de um elevado conhecimento e experiência, demonstrando um julgamento clínico ágil e intuitivo na forma com identifica os problemas do doente, bem como da sua família, envolvendo uma prestação de cuidados holísticos, pois a prática de enfermagem nestes contextos de Unidades de Diagnóstico, Intervenção e Terapêutica requerem um conjunto ímpar de capacidade de análise, intervenção e conhecimento específico.

Faço parte de uma escala de prevenção da Via Verde Coronária (VVC), o que implica total disponibilidade para atuar em caso de ativação da mesma. Nestas circunstâncias, é fundamental atuar o mais rapidamente possível, pois tempo é Miocárdio viável, pelo que ‘tempo’ pode representar vida, permitindo, desse modo, um tratamento rápido e eficaz aos doentes que assim o necessitem e que respondam positivamente aos critérios clínicos previamente definidos. Desta forma, a equipa multidisciplinar deve estar treinada e rotinada para que estes procedimentos de urgência decorram com tranquilidade e segurança para os profissionais e, sobretudo, para o doente.

Respondo também a urgências de Gastroenterologia, sendo as mais comuns os corpos estranhos e hemorragia digestivas altas e baixas. Mais uma vez, é fundamental conhecer toda a técnica, materiais específicos a utilizar nestas situações mais complexas e estar atenta à hemodinâmica do doente.

De forma a ser mais sucinta na descrição da minha experiência profissional, destaco dois procedimentos nos quais colaboro com mais destaque: Cateterismo cardíaco e CPRE.

A CPRE, sendo do âmbito da gastroenterologia, é realizada na sala de UHRI, uma vez que utiliza a imagem de fluoroscópica, sendo um procedimento complexo que requer experiência e prática profissional elevada, como é o caso da CPRE.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, a CPRE é uma técnica utilizada para diagnosticar e tratar patologias do sistema biliopancreático, sendo a mesma dotada de elevada complexidade, quando comparada com outros procedimentos endoscópicos mais lineares, uma vez que as possíveis complicações são mais frequentes. Esta técnica exige da equipa multidisciplinar Enfermeiro/Médico um trabalho em perfeita harmonia para aumentar a proficiência de quem executa. Para conseguir alcançar este alto nível de excelência tive de realizar um elevado número de exames, sendo necessária uma formação específica e contínua neste domínio. Como consequência da formação obtida e da experiência alcançada nesta matéria, sou formadora dos novos elementos que neste momento se encontram em aprendizagem.

Os doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) requerem um tratamento, encaminhamento e uma restituição da funcionalidade cardíaca com a máxima urgência e o mínimo tempo possível.

Tendo em conta a gravidade desta situação de vida ou de morte, e por base o pensamento dos autores Benner, Kyriakidis, & Satannard, (2011, p. 1): *“O desenvolvimento de competências na prática de cuidados a situações críticas e agudas requer uma aprendizagem experimental sob pressão e pensamento-nação (pensamento ligado à ação em situações em curso)”*, desenvolvi, efetivamente, estas competências na UHRI, mediante a prática de Enfermagem aos pacientes com EAM, uma vez que esta situação aguda ameaça a vida humana e, como tal, requer uma ação imediata, mas com competências, conhecimentos e respostas adequadas para manter a vida humana, na abordagem do doente crítico cardíaco.

Não obstante o que acaba de ser expresso, devo salientar ainda que, como Enfermeira Sénior, desempenho funções mais específicas e que estas, em conformidade com o que vem descrito nas competências em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série - n.º 48 - 10 de março de 2015, se confundem, por vezes, com as competências do domínio da área da gestão, nomeadamente garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, gestão das unidades, dos recursos humanos e materiais necessários para a realização dos procedimentos de forma a intensificar as

respostas às necessidades dos doentes o que requer, não raras vezes, uma gestão equilibrada face às situações imprevistas que ocorrem no domínio dos cuidados, recursos humanos e materiais imprescindíveis para os procedimentos. Desta forma, elaboro um plano diário de trabalho o qual apresenta, de forma organizada, toda a atividade programada, bem como a distribuição da equipa de Enfermagem e os Auxiliares de ação médica pelas diversas atividades programadas, salvaguardando sempre uma possível atividade extra que poderá surgir a qualquer momento em uma ou nas duas áreas de trabalho (UEE/UHRI).

Não posso deixar de referir ainda um outro importante contributo que presto ao meu serviço como elo de ligação, desde 2012, na área do PPCIRA, garantindo, desse modo, a auditoria à higiene das mãos de toda a equipa multidisciplinar, a realização de colheitas por zaragatoas nas superfícies das diversas áreas de trabalho, e nos endoscópios para garantir a correta descontaminação e desinfeção de alto nível, bem como formação e auditorias mensais a todos os auxiliares que tratam dos mesmos.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2021), baseada em evidências científicas, a higiene das mãos é, de forma indiscutível, a ação mais eficaz que permite evitar a propagação da infeção e, como consequência, uma redução do consumo de antibióticos, o que permite a diminuição da resistência da população a estes fármacos, sendo considerado na atualidade um problema grave de saúde pública. Desta forma, é um indicador das unidades a conformidade da higiene das mãos, o que permite garantir segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados. É imprescindível a realização de formação a toda a equipa multidisciplinar, bem como apelar à sensibilização de todos, pois *“Higiene das Mãos – Segundos que Salvam Vidas”* el al (OMS, 2021).

A área da gestão de risco constitui um dos fatores mais importantes para assegurar o sucesso de uma organização de Saúde, a fim de garantir que todo o doente recebe o tratamento certo, num ambiente seguro. Para tal, importa salientar que devem ser reportados todos os eventos considerados medíocres ou de menor importância, uma vez que as soluções impostas pelos mesmos permitem assegurar que os eventos adversos major – sentinela não sejam alcançados.

Toda a equipa multidisciplinar deve estar consciente de que o risco é inerente a toda a atividade levada a cabo pela organização, pelo que, e de modo algum, se poderão ignorar ou menosprezar as metas internacionais de segurança, descritas para Join Commission Internacional (2021).

Para concluir a abordagem profissional como Enfermeira, e no que concerne à Área de Gestão de Risco, devo destacar: sou elo de ligação desta área, participando nas reuniões mensais nas quais são debatidos os eventos adversos mais relevantes, realizo formação a toda a equipa multidisciplinar, avalio os eventos de risco inseridos na plataforma, realizo e estímulo a equipa a realizar, sempre que pertinente, os eventos na plataforma.



### 3. Contextualização dos locais da prática clínica

A Enfermagem, enquanto Profissão, centra-se no cuidado à pessoa humana, uma vez que, segundo Collière (1985), para que exista vida humana é essencial que esta seja protegida desde o seu início; assim, o cuidado é tão antigo quanto a presença da Humanidade na face da Terra, pois o Ser Humano – sendo uma espécie vulnerável, principalmente nos primeiros tempos de vida, pois nasce apenas com reflexos e sem qualquer capacidade de cuidar de si próprio – exige cuidados especiais desde o seu nascimento, pelo que a Enfermagem se sustenta nos cuidados que são desenvolvidos aos outros.

Quando falamos em Enfermagem é obrigatório falar em Florence Nightingale, uma vez que a influência do seu pensamento estabelece bases para o desenvolvimento tanto da prática de Enfermagem como das atuais teorias. A dama da lamparina estava convencida que cada mulher, numa dada altura da sua vida, seria enfermeira, partindo do princípio que a Enfermagem tem por base a responsabilidade sobre a Saúde de alguém. Também foi igualmente conhecida por revolucionar a enfermagem, com todas as suas contribuições durante a Guerra da Crimeia, bem como pelo seu importante papel na fundação da moderna profissão de Enfermagem.

Na atualidade, olhamos para Enfermagem como uma ciência; desta forma, conseguimos identificar um corpo de conhecimentos com importantes contributos para a comunidade científica, levando a Enfermagem a tornasse mais robusta, ampla e direcionada com o paradigma da transformação. Atualmente, a profissão de Enfermagem é autónoma e disciplina científica, o que contribui para uma elevada evolução na investigação científica e transferência de conhecimentos de ordem prática.

A Enfermagem é uma área da Prática, que foi beber a toda a estrutura teórica e conhecimentos da disciplina; desta forma, a produção de novos conhecimentos só serão coerentes se os mesmos forem desenvolvidos no sentido único da prática de Enfermagem, possibilitando a melhoria dos cuidados de Enfermagem baseados na evidência.

Neste contexto, os estágios constituem momentos privilegiados de aprendizagem e possibilitam a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos, com o objetivo de desenvolver competências que visam a prestação de cuidados de qualidade e a satisfação do utente, tendo em conta os objetivos traçados previamente no projeto de estágio.

Por outro lado, o estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autônomo e eficaz destes futuros profissionais (Cf. Alarcão & Tavares, 2003; Espiney, 1997).

Desta forma, os estágios permitem o complemento da formação teórica lecionada nas Instituições de Ensino aliada à Prática, ou seja, formação Teórico-Prática no contexto real da prática clínica, uma vez que *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”* (Benner, 2001; p.61), consentindo, assim, a consolidação de competências necessárias para a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), que, segundo a Ordem dos Enfermeiros, *“é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* Regulamento -429/2018, p. 8656)

### **3.1. Serviço de Urgência**

No âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nesta Unidade Curricular, desenvolvi o primeiro estágio no SU, no período compreendido entre 6 de setembro e 27 de outubro de 2021.

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU) diferencia as duas conceções: emergência e urgência, definindo:

- Emergência como uma situação na qual *“existe um risco de perda de vida ou da função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo;*

- Urgência como uma situação clínica que *“exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”* (CRRNEU, 2012, p. 2)

Os SU são os serviços que constituem verdadeiros desafios para o SNS, dadas as múltiplas e variadas singularidades que os surpreendem, uma vez que as suas portas estão sempre abertas 24 horas por dia, durante 366 dias no ano, sujeitos à realidade que os rodeia, com a dinâmica em constante mutação, pois uma característica basilar do SU é que tudo acontece de forma rápida e inesperada, exigindo uma capacidade superior de flexibilidade e adaptação, para que a resposta seja oportuna, eficaz, eficiente e, fundamentalmente, com bases científicas.

Segundo o artigo 1.º do Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 de março, são referidos 3 pontos essenciais ao SU, uma vez que o mesmo visa criar um serviço de urgência hospitalar, como sendo um serviço de ação médica, com vista a uma crescente diferenciação e superior disponibilidade dos profissionais que o integram, sendo considerado um serviço médico hospitalar, sendo multidisciplinares e constituído por vários profissionais, atuando nas situações que requerem uma intervenção médica imediata.

O SU em causa tem como missão a identificação das necessidades de saúde da população da sua área de atuação, prestando um serviço holístico, integrado e personalizado, com resposta em tempo útil, tendo por base a excelência técnica e científica em todo o ciclo vital.

O SU onde realizei o estágio é considerado uma urgência de nível II – Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) segundo o despacho n.º 10319/2014 do Diário da República (Diário da República 2014). Este despacho define toda a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), determinando também os níveis de responsabilidade dos SU; define ainda níveis mínimos referentes às estruturas, recursos humanos, critérios, formação, indicadores de qualidade, bem como todo o processo de monitorização e avaliação. Este SU é constituído por duas áreas bem diferenciadas: Medicina e Cirurgia.

A triagem de Manchester é um sistema de classificação que define a prioridade no atendimento dos utentes em função de maior ou menor gravidade da sua situação clínica, após a realização de algumas perguntas contidas no protocolo de Triagem; pode ser realizada em dois gabinetes em simultâneo, apresentando os mesmos meios de proteção e segurança aos enfermeiros que realizam a triagem, dado que se encontra sempre um segurança nas proximidades e apresentam porta para fuga em caso de possível agressão aos Enfermeiros.

A sala de emergência tem capacidade para receber 2 utentes em simultâneo; contudo, em várias situações, podem permanecer na mesma mais utentes, de acordo com a necessidade. No entanto, a equipa que se encontra na sala de emergência tem formação especializada em medicina de Urgência e dispõe de uma área de cuidados intermédios para os utentes que necessitem de uma vigilância mais permanente, neste caso, designada Área de Observação.

O SU encontra-se em constante reformulação e mudança, de acordo com as necessidades que se vivenciam a cada momento; um exemplo vivo desta realidade é a pandemia que vivenciamos desde março de 2020 – SARS CoV 2. Desta forma, o SU sentiu a necessidade de dar resposta diferenciada, entendendo-se aqui por diferenciada duas áreas físicas diferentes, com

equipas multidisciplinares diferentes, atendendo os doentes com patologia da área respiratória e os não respiratórios.

Durante este período de estágio no SU de 180h, revelou-se de elevada importância para o desenvolvimento de competências numa área tão específica, que são os cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica, em contexto de SU, com particular foco para a sala de emergência médica.

Assumi igualmente relevo a ativação das diversas vias verdes de que dispõem:

- Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC);
- Via Verde Coronária (VVC);
- Via Verde do Centro de Saúde;
- Via verde da Sepsis.

Esta última, no entanto, aguarda formação dos profissionais (pela instituição reanima); contudo, o doente é igualmente reavaliado (antibiótico/ hemoculturas/colheita de sangue). A via verde do trauma não pode ser ativada para este SU, pois não dispõe da mesma.

Parece-me pertinente efetuar uma caracterização global do serviço em relação à sua estrutura física, fluxos dos doentes e equipa multidisciplinar.

Importa referir que em Portugal existe o Grupo Português de Triage (GPT), desde o ano 2000, como associação sem fins lucrativos, constituída por Médicos e Enfermeiros com experiência na área da gestão e implementação do Protocolo de Triage de Manchester. De forma geral, este método de triagem fornece ao Enfermeiro, não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, dado que a avaliação se inicia sempre a partir de uma queixa apresentada pelo doente, identificando o principal sinal ou sintoma que irá encaixar-se num dos 50 fluxogramas que abrangem todas as situações possíveis apresentadas no SU; após a seleção do fluxograma são percorridos discriminadores, dos quais se seleciona o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. Desta forma, os discriminadores permitem a inclusão dos utentes numa das cinco propriedades clínicas (Grupo Português da Triage, 2000).

Tanto na realização da triagem de Manchester, bem como o escoamento dos utentes para as diversas possibilidades, tudo ocorre de uma forma natural e com tempos de espera aceitáveis. Existe uma grande pressão da parte da Direção Clínica para a não permanência dos doentes por mais de 4 a 6 horas no SU; contudo, pode haver dificuldade no cumprimento destes tempos. Os utentes que necessitam de maior vigilância e acompanhamento dos enfermeiros, bem como

monitorização cardíaca diária, são internados na área de observação (OBS) que dispõe de 8 camas divididas por três enfermarias.

Na minha opinião, o ponto mais crítico do SU centra-se Sala de Tratamentos 2 (ST2), dado que esta área tem capacidade apenas para 10 utentes, número que na maioria das vezes é excedido, não permitindo cumprir, em tal caso e em determinados momentos, os critérios mínimos de distanciamento entre os utentes, bem como garantir o cumprimento da alínea a) da Base 2 da Lei n. 95/2019 – *“todas as pessoas têm direito à proteção da Saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade”*. Contudo, a privacidade nem sempre é assegurada neste setor, pois, apesar da existência de cortinas, estas nem sempre garantem a privacidade do utente, uma vez que o espaço entre camas é diminuto; nestas circunstâncias, as transferências dos doentes têm de ser realizadas no centro da sala, alheias a qualquer privacidade. Como já referido, quando estas 10 vagas estão ocupadas, a única alternativa será colocar os doentes ao longo dos corredores, privando-os, deste modo e drasticamente, da sua privacidade.

Ainda a referir que este mesmo setor (ST2) apresenta poucas condições para a prestação de cuidados de higiene, tanto no leito como no WC.

Recorrendo novamente à lei de Bases da Saúde, alínea h) da Base 2 da Lei n. 95/2019 – *“Todas as pessoas têm direito a ser acompanhadas por um familiar ou outra pessoa por si escolhida...”*, concluo, uma vez mais, que esta área não apresenta espaço suficiente para o utente poder usufruir deste direito. Mais uma vez esta área não apresenta espaço suficiente para que o doente usufrua deste direito.

Após uma reflexão mais aprofundada, verifico que esta área carece de uma reformulação e reestruturação física urgente que permitam garantir a prestação de cuidados de saúde de excelência.

Cabe ainda uma referência à passagem de turno; esta é adequada aos diversos setores, sendo apoiada com suporte de papel, por exemplo no sector OBS e na ST2, e de um modo informal dos utentes a cargo da sala de trabalho e Sala de Trabalho 1. Apesar de haver um determinado número de doentes atribuídos a um Enfermeiro, existe uma corresponsabilização dos enfermeiros que se encontram alocados a uma determinada área e os diversos utentes presentes nessa mesma área. É muito importante referir determinados itens: o motivo da vinda ao SU, os problemas identificados, antecedentes relevantes, exames complementares já realizados ou que se encontram em espera para se realizar, como esteve ao nível hemodinâmico.

Não pode deixar de ser aqui enaltecida a capacidade de trabalho e de absorção de informação dos Enfermeiros do SU, que, frequentes vezes e por longos períodos, se veem a braços com demasiados utentes, superando estes e em muito a capacidade oferecida por algumas salas, bem como se veem igualmente submetidos a intensa pressão, tanto a nível físico como mental, pressão por vezes intensificada por familiares em tempo de Pandemia por COVID19, situação que dificulta ainda mais o serviço que prestam.

A equipa de Enfermagem do SU é composta por 1 Enfermeiro chefe, 2 Enfermeiros de referência e 5 equipas, sendo cada uma delas constituída, em média, por 18 Enfermeiros. Cada equipa tem o seu próprio chefe de equipa para cada turno. Estes enfermeiros são distribuídos pelas diversas áreas: Triagem, Sala de Trabalho (ST), 1 e 2, OBS, OBS COVID, Sala de Emergência e uma sala que abrange as especialidades de ortopedia, cirurgia e pequena cirurgia.

Com a presente explanação, deixei descrita a estrutura física, humana e funcional do SU, identificando as áreas clínicas e não clínicas, bem como dar a perceber qual o circuito do utente, desde a entrada no SU até à sua saída/alta ou internamento, e dar ainda a conhecer a colaboração e articulação do SU com os restantes serviços clínicos e não clínicos.

### **3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes**

O segundo campo de estágio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nesta Unidade Curricular, foi expandido na UCIP, no período compreendido entre 28 de outubro de 2021 e 18 de dezembro de 2021.

Importa começar por sublinhar que entre todos os *“desenvolvimentos mais importantes ocorridos na Medicina nas últimas décadas contam-se os registados na Medicina Intensiva e na sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência iminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis”*. (Penedo, 2016).

Desta forma, os Cuidados Intensivos (CI) surgiram devido às necessidades específicas dos utentes, tendo evoluído a partir do reconhecimento de que tais necessidades de pacientes com patologias agudas, e em risco de vida, seriam satisfeitas de forma mais eficaz se estivessem organizados em áreas distintas do hospital.

Nesse sentido, os cuidados de enfermagem em tais unidades são “...*cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.*” (OE, 2018). Desta forma, estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de dados de forma sistémica e sistemática, procurando conhecer continuamente a situação da pessoa, prever e detetar precocemente as complicações e assegurar intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018).

Os CI, segundo o Ministério da Saúde, podem ser classificados em III níveis, sendo esta Unidade que aqui descrevo uma unidade de nível III, que deve cumprir os seguintes critérios: “*equipas funcionalmente dedicadas, assistência médica qualificada nas 24h por dia 365 dias por ano, com acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, um controlo contínuo da qualidade e programas de ensino e treino em CI.*” et al., (MS, 2013, p. 58)

Um outro dado muito importante prende-se com as camas: as de nível II devem ter apenas um terço de ocupação e as de nível III com dois terços de ocupação (et al., Paiva 2017, p.8), sendo que “*as camas de nível III, devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras de vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico*” et al., (Paiva 2017, p. 7).

O meu estágio decorreu numa UCIP, uma vez que prestava cuidados a pacientes com díspares patologias, com características e tratamentos igualmente diferentes, mas sendo classificada, quanto ao tipo de Unidade, como mista, dado que apresenta 6 Unidades fechadas e 6 Unidades em espaço aberto. Encontra-se localizada no primeiro piso, ao lado do Bloco Operatório, UHRI e UEE.

Os pacientes admitidos na UCIP provêm do Atendimento Permanente ou podem dar entrada direta a partir de outros serviços: (Internamento, Bloco Operatório, UHRI), por agravamento da situação clínica do doente; no entanto, os motivos mais frequentes são: falência cardiovascular e/ou respiratória, pós cirurgia complexa, patologia neurológica, sépsis, entre outros.

No meu ponto de vista, nem sempre haverá uma eficaz otimização no que diz respeito à ocupação desta unidade, uma vez que os doentes permanecem mais tempo do que seria de esperar. A falta de vagas nos Serviços de medicina e de cirurgia condiciona a saída dos doentes da UCIP,

comportando, deste modo, gastos desnecessários, tanto ao nível de recursos humanos como materiais e na própria gestão de vagas.

A UCIP dispõe de instalações e tecnologia essenciais à prestação de cuidados ao doente crítico. Conta igualmente com uma equipa multidisciplinar constituída por 8 médicos, 16 enfermeiros e 7 assistentes operacionais e uma administrativa.

Quando falamos em Tecnologia avançada, utilizada na UCIP, jamais podemos esquecer que estamos a prestar cuidados a um Ser Humano desta forma: *“a enfermagem em cuidados intensivos tem de equilibrar a necessidade de um ambiente altamente tecnológico com a necessidade de privacidade, dignidade e conforto. A enfermagem em cuidados intensivos tem de manter o equilíbrio entre a ciência do curar e a arte de cuidar”*. (Canadian Association of Critical Care Nurses - CACCN, 2004).

Nesta UCIP, toda a equipa de enfermagem é responsável pela verificação e manutenção do carro e da mala de emergência. Deste modo, e rotativamente, há um enfermeiro destacado (por cada turno) responsável por verificar se o desfibrilhador se encontra conectado à corrente e realizar o teste diário do mesmo, verificar se o carro de emergência está devidamente selado, procedendo ao seu registo em folha própria. Além desta verificação diária, é destacado mensalmente um enfermeiro responsável pela verificação de todo o material (condições de armazenamento, prazos de validade dos fármacos, etc.) existente no carro de emergência, preenchendo para esse efeito uma check-list.

No que diz respeito ao nível de recursos materiais, o serviço tem a lotação de 12 unidades, das quais 6 são quartos de isolamento (com a possibilidade de criar pressão negativa e pressão positiva). Os quartos de isolamento são utilizados igualmente no caso de doentes com necessidade de efetuar técnicas dialíticas. As unidades estão dispostas em torno uma bancada central de trabalho, sendo este posto central permite a visualização de todas as unidades e, conseqüentemente, uma melhor vigilância; desta forma consegue-se garantir uma visualização direta de cada enfermeiro aos seus doentes atribuídos, bem como acesso imediato ao doente atribuído. Este posto de trabalho permite ainda a realização de registos de enfermagem (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

Como elo de ligação da gestão de risco, encontro-me mais atenta para as características do ambiente que envolve uma UCIP, bem como possíveis eventos adversos, uma vez que na UCIP impera um ambiente complexo, que envolve a prestação de cuidados a um doente numa situação

crítica, a exigir a utilização de diversos equipamentos, bem como a implementar protocolos terapêuticos complexos e, por último mas não menos importante, os rácios enfermeiro/doente, obrigando, desta forma, a uma cultura de segurança que obedece a regras e estratégias rígidas. Tive oportunidade, no decurso deste período de 180 h de contacto direto com a UCIP, de colaborar na recertificação do selo de Qualidade do Hospital efetuada por uma entidade com reconhecimento Mundial (JCI); este acontecimento acabou por constituir não só uma experiência ímpar, como a confirmação que os cuidados de saúde prestados por esta unidade oferecem, de facto, qualidade e segurança.

Desta forma, a UCIP cumpre rigorosamente 6 Metas Internacionais de Segurança do Doente:

- Identificação positiva,
- Melhora a eficácia da comunicação,
- Melhora a segurança dos medicamentos de alerta máximo,
- Assegura cirurgia certa e doente correto,
- Reduz os riscos de infeção associados aos cuidados de Saúde,
- Reduz o risco de lesões resultantes de quedas em doentes.

Seguindo estes requisitos, a UCIP visa cumprir os Padrões de Qualidade descritos pela Ordem dos Enfermeiros referentes aos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em situação crítica, conforme enumero:

- *“Satisfação do cliente,*
- *Promoção da saúde,*
- *Prevenção de complicações,*
- *Bem-estar e autocuidado,*
- *Readaptação funcional,*
- *Organização dos cuidados,*
- *Prevenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos”* (OE, 2017 p. 7 a 9).

#### **4. Análise crítica reflexiva das competências adquiridas.**

A PSC, que se encontra no SU ou na UCIP, carece de cuidados de enfermagem, que, na realidade, se encontram dotados de tecnologia, o que impõe mestria e celeridade nos procedimentos; estes procedimentos, na sua maioria, são invasivos, realizados em ambiente complexo e com um denominador comum: todas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro estão associadas ao risco eminente de vida da pessoa, aumentando, deste modo, os níveis de ansiedade, *stress* e medo nos profissionais que atuam naquele momento, fatores também extensíveis ao doente e família.

Neste capítulo, procuro ilustrar o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista que presta cuidado ao doente em situação crítica, qual o caminho a percorrer para o desenvolvimento das mesmas, tendo sempre presente que está a cuidar de um ser humano necessitado de cuidados holísticos e individualizados, e não só ao doente, como à sua família, o que obriga o Enfermeiro Especialista a articular a mestria da técnica com toda a tecnologia associada, não esquecendo também a arte de cuidar, uma vez que a Enfermagem está infinitamente ligada ao cuidado humano, de forma a responder às necessidades da pessoa (Simões, 2007).

Na prestação de cuidados na área Médico-Cirúrgica, os Enfermeiros Especialistas sabem que esta exige uma correta utilização da prática baseada na evidência científica, bem como capacidade de reconhecer rapidamente sinais e sintomas que indiquem deterioração do doente, obrigando, assim, a definir e estratificar qual a prioridade de atuação, bem como as intervenções de enfermagem que têm de ser realizadas no imediato; devem também estar permanentemente em alerta e alterar o seu plano de atuação caso a situação do doente o exija.

Desta forma, é exigido ao Enfermeiro Especialista que desenvolva o seu trabalho numa perspetiva Holística, tendo por base os padrões de qualidade referenciados pela OE, relativo PSC, uma inabalável harmonia entre o ser humano, o ambiente e a saúde.

#### 4.1. Enquadramento Teórico

Competência, deriva do latim *competentia* e segundo o dicionário da língua portuguesa significa qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções ou aptidão; no entanto, a palavra competência também pode ser usada como competência legislativa ou seja o ser dotado de poder para fazer leis (Dicionário da Língua Portuguesa, 2015).

O significado da palavra competência pode assumir uma variedade analogamente ao seu significado, contudo são identificadas cinco características que são semelhantes, sendo estas: ser constituída por diferentes constituintes, ser pluridimensional, ser complexa, ser deslocável, ser um saber em prática (Sá e Paixão, 2013).

A competência representa a capacidade de um ser humano de desenvolver as suas atividades de forma autónoma, tendo por base o seu planeamento (já previamente realizado no Projeto individual), para posterior desenvolvimento e futuramente avaliar os resultados obtidos. Desta forma, a competência profissional é a capacidade de transpor os conhecimentos teóricos para a prática clínica, tal como afirma Benner, “*A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. A prática é mais do que uma coleção de técnicas.*” (Benner, 2001, p. 12)

A Competência é, assim, o resultado da soma de um todo (saber-ser, saber-fazer e saber-saber), nas quais se encontram o conhecimento, a habilidade, a aptidão (mentais, físicas e intelectuais) e a atitude. Os conhecimentos e a formação contínua assumem um papel muito importante na competência do enfermeiro, uma vez que constituem a base a partir da qual se desenvolve o saber-fazer, ou seja, as habilidades, sendo as mesmas desenvolvidas e treinadas diariamente e condicionadas com a transferência dos conhecimentos para a prática clínica.

Como comprova Benner (2001) ao desenvolver um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, reconhecendo cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem, este Modelo é baseado “*no estudo de uma situação prática, na situação, e determinando o nível da prática evidenciado na situação. Desta forma, elucidam-se os pontos fortes em vez dos défices, e descreve-se as capacidades da prática em vez das características ou dos talentos.*” (Benner, 2001, p. 16).

Benner (2001) organizou por estádios o seu Modelo de aquisição de competências, que passo a apresentar:

- Estadio 1 – Iniciadas; *“As iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com as quais poderão ser confrontadas. Para as ensinar e permitir que adquiram experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritas situações em termos de elementos objectivos...”* (Benner 2001, p. 49), as iniciadas só têm os conhecimentos e um conjunto com princípios e normas que adquiriam do seu percurso estudantil, existe uma grande dificuldade na sua integração, apenas cumprem normas e unicamente só seguem regras e protocolos, desta forma não consegue estabelecer prioridades;

- Estadio 2 – Iniciadas Avançadas; Benner (2001) considera que o comportamento das Enfermeiras neste nível é aceitável, dado que o mesmo já foi confrontado com situações reais da prática clínica, participando de forma ativa em experiências de repetição, com uma leitura parcelar do meio ambiente no qual os pormenores tendem a escapar; *“O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar...”* (Benner 2001, p. 50).

- Estadio 3 – Enfermeiro Competente - a caracterização do Estádio 3 é atribuída aos elementos que trabalham no mesmo serviço há dois ou três anos, uma vez que as suas intervenções são acrescentadas de acordo com os objetivos previamente definidos, quer a curto ou longo prazo, ... *“Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente.”* (Benner 2001, p.53); neste nível falta ainda adquirir a flexibilidade e rapidez que determinados procedimentos ou acontecimentos exigem ... *“A enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da enfermagem. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência ajuda a ganhar eficiência e organização.”* (Benner, 2001, p. 54);

- Estadio 4 – Proficiente -, esta é a melhor forma de caracterizar o Estádio 4 – Proficiente, uma vez que, pela sua capacidade, identifica as situações como um todo e, desta forma, melhora o seu processo de tomada de decisão; a parte mais redutora deste nível está associada quando confrontada com situações novas ou mais complexas, não conseguindo, por isso, descrever e explicar os mesmos. *“... a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma*

*globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas; a percepção é aqui uma palavra-chave.*” (Benner 2001, p. 54 e 55).

- Estadio 5 – Perito – Estadio, no qual o enfermeiro é dotado de uma elevada experiência que abrange as situações como um todo de forma intuitiva e global; a sua conduta não se governa por protocolos, regras ou diretrizes; apresenta a capacidade de se concentrar nos aspetos mais relevantes, deixando para segundo plano os menos importantes; assim, este profissional é provido de uma elevada flexibilidade e adaptabilidade, sendo facilmente identificado pelos utentes e pelos seus pares; *“A enfermeira perita não se apoia sobre um princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema, sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.”* (Benner, 2001, p. 58).

Ser Enfermeiro Especialista, é ter um olhar aprofundado e cuidado a todos os doentes, respondendo prontamente às suas necessidades, bem como às necessidades dos seus familiares, através da conceção, implementação e avaliação de resultados. A formação contínua acaba por se tornar fundamental neste percurso que é o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista. Este deve ser portador de colossais conhecimentos técnicos, uma capacidade de tomar decisões imediatas, apresentar uma capacidade de comunicação eficiente, grande capacidade de flexibilidade e adaptabilidade, um espírito crítico marcante, como uma iniciativa imediata e um grande sentido ético e deontológico. (Benner, 2001).

Benner, Sutpnhen, Leonard-Kahn, & Day (2008) indicam três níveis para a edificação da aprendizagem na enfermagem:

- O primeiro nível é representado por uma discência cognitiva, ou seja, a necessidade de conhecimento teórico prévio para o início da prática, bem como a sua aplicabilidade;
- O segundo nível é o inverso do primeiro, isto é, o conhecimento que emerge da prática, *know-how*; desta forma, a prática também é importante para a aquisição de conhecimento;
- O terceiro nível, sendo o último, mas não o menos importante, envolve o comportamento ético com conceção das responsabilidades da Enfermagem.

## 4.2. Cuidado à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica

Tendo sempre por base o Projeto de Estágio, previamente elaborado, e por alavanca a máxima capacidade crítica e reflexiva, irei descrever e analisar as atividades desempenhadas e procurar enaltecer a forma como contribuíram para a melhoria do meu desempenho profissional. A minha orientação pauta-se pelo que se encontra definido pela Ordem dos Enfermeiros relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, das quais destaco: *a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, decorrentes de doença aguda ou crónica; et al., (Regulamento 429, 2018)*

Segundo o parecer da Ordem dos Enfermeiros (Parecer n. 10/2017), o Enfermeiro Especialista possui conhecimento específico na área de enfermagem ao doente em situação crítica, tendo por base as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; desta forma o Enfermeiro *“possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitam atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência”* (Parecer do CJ, de 18 de Fevereiro, p.8644).

Por definição, uma pessoa estabelecer em situação crítica é aquela que tem a vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios de suporte avançados de vigilância, terapêutica e monitorização (OE, 2018).

A definição de prioridades na assistência ao doente crítico está sempre implícita e é determinada pela atuação do enfermeiro que desempenha funções num SU ou UCIP. Os utentes críticos que ingressam no SU ou UCIP, deverão ter uma abordagem diferenciada e sistematizada de forma a identificar rápida e eficazmente as patologias subjacentes ao agravamento do estado clínico, o que obriga o enfermeiro a estabelecer um raciocínio rápido e a atuar assertivamente perante a equipa multidisciplinar. A prestação de cuidados sistematizada esteve sempre presente e foi evidenciada pelo conhecimento, por parte da equipa de enfermagem, de situações complexas e abrangentes; no caso do SU, menciono, por exemplo, a pessoa com EAM, paragem cardiorrespiratória, com AVC, com quadros de sepsis e a pessoa politraumatizada; no que alude à UCIP, enumero a assistência a pessoas em situações de pós-operatório de cirurgia cardíaca com

ou sem complicações no intraoperatório, casos no âmbito da cirurgia vascular como, por exemplo, a revascularização de um aneurisma ou colocação de stent ilíaco e a pessoa em falência multiorgânica.

Desta forma, consegui desenvolver eficazmente a unidade de competência no que concerne a prestar cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, desenvolvendo as capacidades de identificar focos de instabilidade, responder de forma pronta e antecipada a focos de instabilidade, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos.

O enfermeiro, quando atua na assistência à pessoa em situação crítica, deve ser portador de conhecimentos, competências, saberes teóricos e práticos, para que o seu resultado final ajude a pessoa a transitar este estado de doença.

O termo transição refere-se ao processo de mudança vivido nas diferentes etapas de desenvolvimento. É considerada uma passagem que comporta transformações progressivas, geralmente associada a um determinado período, e trata-se de uma etapa não permanente entre dois estados (Meleis, 2000).

Atualmente, a Teoria das Transições de Meleis parece enquadrar-se na generalidade dos cuidados de Enfermagem. A teoria permitiu alargar a definição de Enfermagem à ciência humana que trata de reações, ou potenciais reações, humanas e ambientais, a situações de saúde e doença, isto é, a Enfermagem passou a associar as reações humanas e ambientais. Esta noção permite ao enfermeiro responder às necessidades, não só do indivíduo, mas também da família e pessoas significativas, tendo em atenção todos os aspetos que o rodeiam, numa verdadeira visão holística do indivíduo (Meleis, 2010).

Para a Enfermagem, o principal foco de atenção centra-se nas respostas humanas às diferentes transições da vida das pessoas. De acordo com Meleis, as transições só são foco da atenção dos enfermeiros quando interferem com a saúde. Os enfermeiros, portanto, vão acompanhar as pessoas durante os processos de transição, no final de cada transição e até antes do começo de uma nova transição.

Meleis refere que as situações de doença criam processos de transição, nos quais a pessoa tende a ser mais vulnerável, acarretando maiores riscos para a sua saúde. Desta forma, atender à vulnerabilidade nos processos de transição implica a sua conceptualização, compreensão das experiências, respostas da pessoa e família neste período. (Meleis 2000).

A Teoria das Transições de Meleis surge como conceito nuclear na natureza das transições, nas condições facilitadoras e inibidoras, nos modelos de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem, fornecendo uma estrutura sistemática, descritiva, interpretativa e explicativa dos fenômenos emergentes da prática de cuidados (Meleis 2000).

Podemos, no entanto, afirmar que algumas das transições são previsíveis ou mesmo desejadas como é o caso do nascimento de um filho; mas uma situação de doença (aguda ou crônica) implica uma transição súbita que provoca alterações no equilíbrio familiar, uma vez que os papéis que cada membro desempenha, principalmente se o doente os deixa de o desempenhar de forma repentina, isso provoca desequilíbrio no seio familiar e, como consequência, surgem os medos, ansiedade e inseguranças, dado que a vulnerabilidade e debilidade da PSC é sentida e absorvida também pela sua família (Mendes, 2018).

Desta forma, os cuidados prestados pelos enfermeiros num SU e UCIP devem estar focados no utente, mas também na sua família (Kingsnorth-Hinrichs, 2011). Contudo, a elevada complexidade dos diversos cuidados a prestar ao utente que se encontra em situação crítica num SU ou UCIP, pode levar a um esquecimento da família do mesmo, a quem estão a ser prestados cuidados diferenciados, ficando as necessidades da família deixadas para um segundo plano, uma vez que os enfermeiros em contexto de emergência e urgência dão primazia às necessidades dos utentes que se encontram ao seu cuidado (Fulbrook et al., 2007).

Segundo Sá (2015), os cuidados prestados ao utente em situação crítica têm como objetivo a recuperação e manutenção das suas funções vitais; no entanto, não podemos esquecer a sua família, pois esta experimenta um vórtice de emoções de forma tão intensa e única, sabendo que o seu familiar está em risco de vida. A família é, sem dúvida, uma dimensão do utente; desta forma, também ela necessita de prestação de cuidados de Enfermagem, pelo que se torna necessário, o desenvolvimento de intervenções.

No período de internamento do seu ente querido, a família experimenta momentos aflitivos, dolorosos, pois vivencia um tempo durante o qual o seu familiar se encontra em situação crítica; não serão alheios sentimentos como a ansiedade, a raiva, a frustração, o medo da morte, a dúvida dos cuidados que o seu familiar está a receber (Freitas 2007).

No entanto, a família tem de ser considerada uma base de suporte, tanto para o doente como para a equipa multidisciplinar, podendo-se, desta forma, distinguir três categorias distintas: o

doente, os enfermeiros e a família; verificou-se que o relacionamento entre estes três grupos teria de ser mais humanizado (Rodríguez-Almagro, 2019).

Para a família ser verdadeiramente valorizada, deve ser acolhida, receber os cuidados necessários e sentir-se contextualizada e integrada na realidade e ambiente, seja ele UCIP ou SU (Fernandes e Silva, 2016).

Sabemos que cada ser humano é dotado e modelado por valores, crenças, culturas, experiências e expectativas diferentes; desta forma, um cuidado holístico e humanizado requer uma prestação de cuidados ao doente e familiares levada a cabo de forma coletiva e participativa (Sanches, 2016).

Seguindo estes princípios, verificamos que a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem só se encontra completa quando a família está inserida na prestação dos mesmos. E não terá de estar, necessária e exclusivamente, associada aos laços de sangue, mas a pessoas com as quais foi criada uma relação forte; desta forma, devemos tratá-lo com respeito e como se o fosse efetivamente, pois quando o doente menciona aquela pessoa como referência, é essa mesma que deve ser incluída na prestação de cuidados, tal como refere a ICN, que define a família como *“uma unidade social ou o todo coletivo composto por pessoas vinculadas por consanguinidade, parentesco, relacionamento legal ou emocional, com a unidade ou o todo sendo vistos como um sistema, maior do que a soma de suas partes”* (ICN, 2017 P. 151).

Na sociedade atual em que vivemos, e em consequência de todas as modificações que têm vindo a ocorrer na mesma, deparamo-nos com alterações verdadeiramente significativas, tanto na estrutura como na organização familiar, geradoras das ditas novas formas de família, o que levou à ampliação das interações conjugais e à alteração na sua composição. Desta forma, aquela que era considerada a família tradicional (pai, mãe, filhos), está em decréscimo, dando lugar às famílias binucleares alargadas, monoparental, reconstituídas, unipessoal, homossexual, hospedeira, celibatária ou de coabitação; contudo, a família é considerada uma unidade, seja qual for a sua constituição (Figueiredo, 2009).

Do que me foi dado observar e no quanto pude colaborar, durante este período de estágio, no SU, depois da estabilização dos utentes, os seus familiares, quando presentes, eram encaminhados para junto dos mesmos. E quando a equipa multidisciplinar tinha disponibilidade, explicava os procedimentos realizados, bem como o que iria decorrer a seguir; o mesmo aconteceu na UCIP, dedicando sempre uma atenção cuidada à família.

Durante a fase inicial de avaliação e estabilização do utente em situação crítica, a família não está presente; contudo, há uma preocupação constante com a família de forma a dar o feedback da situação, bem como a prestar apoio face a situações de más notícias. Por rotina, no SU os familiares esperam junto da sala de emergência, mas logo que seja possível entram na mesma para permanecer junto dos seus familiares. Na UCIP os familiares têm o horário de visita predefinido (1h por familiar), podendo este ser ajustado de acordo com as necessidades de ambas as partes (doente/família).

Recordo-me de ter estado, durante um turno de estágio na UCIP, com a esposa de um doente; precisava de intervenção de Enfermagem, pois apresentava choro fácil, cansaço extremo, desestruturação familiar causada pela alteração no seu quotidiano, desespero e necessidade de apoio, porque se aproximava o fim-de-semana, ao qual ela associava o agravamento do seu estado clínico.

Durante este período de visita, toda a prestação de cuidados de enfermagem foi direcionada para este familiar, porque, efetivamente, era o que mais carecia dos mesmos, estabelecendo-se uma comunicação eficaz que proporcionou empatia, compreensão e aceitação para encarar melhor este período de transição. Estou convicta que, ao cuidar deste familiar, também prestei cuidados ao doente em questão, pois a família tem de ser vista como análoga na prestação dos cuidados, e quanto esta se encontra bem, irá transmitir segurança, conforto e paz, ajudando a compreender quais as necessidades do doente, bem como a decifrar gestos, olhares, expressões corporais e faciais que podem ser fundamentais para ele.

Este caso que acabo de mencionar mostra que consegui alcançar os objetivos inicialmente estabelecidos no meu projeto de estágio, dos quais destaco neste relatório: Gerir e integrar conhecimentos, envolver a família na prestação de cuidados e cuidar da família em situações de informação delicada.

### **4.3. Ambiente e processos terapêuticos.**

A doença emerge na vida da pessoa de forma surpreendente e inesperada, e das mais diversas formas, por exemplo, acidente de viação, acidente de trabalho, complicação de uma cirurgia, ou mesmo um episódio súbito de doença (EAM), colocando a pessoa em risco de vida.

Assim, e ao assumir o papel principal, a doença mostra ao ser humano a sua vulnerabilidade e gera nele a sensação de finitude.

Tanto no SU, como numa UCIP, é possível encontrar pessoas em situação crítica a necessitarem não apenas de enfermeiros com competências diferenciadas como até de equipamento médico passível de assumir a disfunção de um ou mais órgãos.

Não faltam estudos, e mesmo teses de doutoramento, que se debruçam sobre a experiência da pessoa em situação crítica, referindo que é negativa, acompanhada de sentimentos de ansiedade, medo da morte, medo do desconhecido, dor, sede e desconforto. Este desconforto está associado a todos os dispositivos invasivos, ruídos e restrições de movimento (Castro,2016). Kolcaba revela na sua Teoria do conforto uma especial preocupação por este tema, considerando-o de importância elementar para a enfermagem, sendo o conforto contextualizado como objetivo da enfermagem, mas também um estado relativo do doente, mencionando ainda a importância de compreender o conforto na multidimensionalidade do processo de cuidar (Kolcaba 2003).

A PSC vê-se agredida por toda a tecnologia e intervenções dolorosas que o seu corpo experimenta, embora estas sejam necessárias para a manutenção da sua função vital, sendo este um processo necessário, mas de transição para a PSC.

Este ambiente incógnito, agressivo, associado a um internamento não programado, implicando uma mudança súbita dos seus hábitos e desempenho de papéis, com dependência total para o seu autocuidado, dificuldade em comunicar e separação familiar, particularmente acentuada nesta fase de pandemia, desperta na PSC um aumento de ansiedade, confusão, delírio, perturbações do sono, dor, instabilidade hemodinâmica (Castro 2016).

A promoção de um ambiente adequado é considerada uma intervenção de enfermagem especializada, o que permite ganhos em saúde da PSC, assim como contribui para a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, refiro uma vez mais a obra de Nightingale que se centra no ambiente; embora nunca tivesse utilizado este termo na sua obra, descreve-o em pormenor mediante os conceitos de ventilação, calor, luz, dieta, limpeza e barulho, todos eles constituintes do ambiente (Allgood, 2014).

No nosso dia-a-dia podemos contar com mecanismos de defesa naturais aos quais recorrer como meios de defesa de estímulos dolorosos; contudo, a PSC não se encontra munida destes mecanismos de defesa, uma vez que os mesmos se encontram diminuídos ou, até, ausentes; desta forma não consegue controlar o ambiente que a rodeia. Um ambiente composto por equipamentos

necessários ao suporte das funções vitais: monitores, ventiladores, bombas e seringas perfusoras múltiplas, uma vez que cada doente pode precisar de ter perfusão inúmeros fármacos, sistemas de perfusão, aparelhos para diálise ou hemodiafiltração, carro desfibrilhador e respetivo material de emergência. Não podemos deixar de referir as conversas entre a equipa multidisciplinar, que podem aumentar em situações críticas, como por exemplo numa paragem cardiopulmonar.

Durante o meu estágio na UCIP, prestei efetivamente cuidados de enfermagem a doentes ventilados, rodeados de inúmeros instrumentos. Recordo um em particular que se encontrava internado na UCIP devido a complicação de Cirurgia cardíaca, por colocação de prótese valvular mitral biológica que, numa fase inicial, se encontrava ventilado com sistema de hemodiafiltração veno-venosa contínua, seringas perfusoras, linha arterial, Cateter Venoso Central, obrigatoriedade de aspiração de secreções antes de qualquer mobilização. Todos estes equipamentos produzem ruído acima do verdadeiramente aceitável. A OMS estabeleceu valores limite no que se refere ao ruído no ambiente hospitalar os quais não deviam ultrapassar níveis sonoros contínuos de 40 decibéis durante o dia e um valor inferior para a noite, de 35 decibéis (OMS, 1999).

Ao longo da nossa história, várias teóricas demonstraram preocupação a este nível; Florence Nightingale denota particular preocupação com o ruído, mencionando que o *“barulho desnecessário é, deste modo, a mais cruel falta de cuidado que pode ser infligida tanto a doentes como a pessoas saudáveis”* (Florence Nightingale, 1854).

Para Kolcaba, o ruído é um dos fatores que influencia o conforto do ambiente do doente, e considera que é da responsabilidade do enfermeiro o seu controlo, uma vez que a autora defende o conforto do doente como prioridade superior. O conforto apresenta quatro dimensões, como a física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental, e pode atingir três níveis da pessoa doente: o alívio, a tranquilidade e a própria transcendência. Quando falamos na dimensão ambiental no contexto do conforto é obrigatório considerar o ruído envolvente, sendo essencial o seu domínio para promover o conforto do doente e sua família. (Kolcaba, 2003).

Desta forma, proporcionar conforto à PSC faz parte da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade; também Benner declara que é parte integrante das competências de enfermagem *“tomar medidas para assegurar o conforto do doente...”* (Benner, 2001, p.81).

Neste contexto, e face à notória preocupação que a equipa de enfermagem da UCIP demonstrou sobre este tema – o que me sensibilizou de modo particular durante o meu estágio

naquela Unidade – adquiri e adaptei hábitos concordantes com tal preocupação. Registo apenas algumas estratégias levadas a cabo para a redução do ruído dentro da unidade em questão:

- a passagem de turno não ocorre dentro da unidade, mas numa sala isolada, o que permite que esta seja inócua para os doentes;

- dividem as visitas dos familiares dos doentes internados em dois tempos diferentes;

- têm um cuidado minucioso em preparar atempadamente os fármacos para as seringas perfusoras, para estas não alarmarem;

- têm a preocupação constante em reduzir os alarmes ao nível mínimo e uma rápida intervenção em resolver o problema do alarme;

- está proibida a utilização do telemóvel pelo pessoal da equipa.

Não posso também deixar de salientar que, tanto na UCIP como no SU, os cuidados são prestados 24h, sem pausas; contudo, durante o período noturno aplicam-se intervenções de enfermagem no sentido de propiciar um ambiente promotor do sono, das quais devo salientar: a redução da luminosidade de toda a unidade, chegando mesmo a utilizar uma lanterna para a realização das notas de enfermagem, reprogramação da avaliação das tensões arteriais não invasivas, bem como um cuidado especial na redução do ruído, como diminuição do tom de voz, evitar abrir e fechar armários, não realizar tarefas não urgentes que podem ser efetuadas no turno da manhã, por exemplo, reposição de material, marcação de procedimentos em períodos diurnos. Com estes procedimentos, o enfermeiro assume um papel determinante na diminuição do ruído, preservando o sono do doente; em consequência, reduz perturbações ao nível sensorial.

Apesar da atenção e cuidados especiais referidos, vários estudos demonstram que os níveis recomendados pela OMS não são cumpridos; um deles, realizado num hospital Inglês, apresentava ruído noturno em unidades de cuidados intensivos (UCI) com uma predominância entre os 45 e 70 decibéis, valores absolutamente inaceitáveis (Xie e Kang, 2012). Em Portugal foi realizado um estudo idêntico numa unidade de Lisboa, no qual se verificou que o nível de ruídos se encontra compreendido entre os 55,3 e 71,6 decibéis no período diurno e 43 e 63 decibéis durante o período noturno (Lampreia e Santos, 2005).

Relativamente ao SU, o ruído é mais difícil de controlar devido a toda a envolvimento dos cuidados que são prestados numa unidade hospitalar com porta aberta durante 24h. Devo, no entanto, assinalar que notei especial cuidado, na unidade de OBS, em eliminar o ruído e

proporcionar um ambiente mais calmo, também porque aí os doentes permanecem por períodos mais prolongados.

Também nesta área não faltam estudos que avaliam o ruído no âmbito do SU; um deles foi realizado na Austrália e apresenta valores compreendidos entre os 58 e 68 decibéis, sendo mais problemático nos picos de maior fluxo, que pode atingir valores superiores a 90 decibéis (Ortiga, 2013).

A UCIP, como o SU, devido ao tipo de cuidados que aí são prestados, bem com às características das infraestruturas, são serviços que apresentam valores superiores de ruído, acima do normal, acrescentando mais 5 a 10 decibéis, quando comparados com um serviço de internamento, (Orellana, 2007).

Como todos sabemos, o ruído em ambiente hospitalar tem várias etiologias; dentre as principais contribuições podemos apontar as conversas que ocorrem entre os profissionais de saúde, com os doentes e mesmo entre os doentes e seus familiares, mas também os alarmes de toda a tecnologia que envolve estes serviços.

Como conclusão deste tema – e face à sua importância na prestação de cuidados de enfermagem, que interfere verdadeiramente no conforto do doente, e tendo em conta a evidência científica relativamente a esta problemática, – não deixa de ser pertinente um alerta: toda a equipa multidisciplinar deve estar sensível a esta questão e procurar encontrar estratégias para a diminuição do ruído.

Os processos terapêuticos aos quais a PSC se encontra sujeita são complexos, como já referido, devido aos avanços tecnológicos, o que levou à alteração na forma como se atua perante a doença ou mesmo a morte (Baena, 2015).

Os enfermeiros, ao longo da prestação de cuidados, tanto no SU como na UCIP, obedecem a processos terapêuticos complexos que se tornam ainda mais difíceis quando associados a protocolos rígidos e direcionados.

A avaliação e registo dos sinais vitais têm de ser cumprida rigorosamente para manutenção das funções vitais da PSC; para além dos sinais vitais, existem outros parâmetros igualmente importantes, como a avaliação da glicemia. É importante manter um estado normoglicémico, pois os estados de hiperglicemia estão, por norma, associados a pior prognóstico, uma vez que há aumento do risco de infeção ou mesmo mortalidade do doente internado na UCIP (Jacobi, 2012).

É de extrema importância manter os valores da glicemia compreendidos entre os 80 e 150mg/dl, o que permite prevenir complicações. Deste modo, é importante cumprir, de forma rigorosa, o protocolo instituído, para que os níveis se mantenham controlados entre 80 a 150 mg/dl. A PSC encontra-se a realizar insulina por seringa perfusora de forma contínua, uma vez que os níveis são controlados segundo prescrição médica, embora, por norma, estes valores sejam controlados de 4 em 4 horas. Deste modo, o enfermeiro tem autonomia para alterar os valores desta perfusão, tendo em conta o valor obtido da pesquisa de glicemia. É importante que este ajuste seja realizado de forma criteriosa, para que o doente não sofra alterações bruscas nos valores da sua glicemia.

Devo ainda mencionar que o mesmo acontece com os valores referentes às pressões invasivas e com a administração dos respetivos fármacos. O manuseamento dos valores de noradrenalina e dobutamina requer uma experiência e conhecimento profundo para a redução ou aumento dos mesmos.

#### **4.4 Controle de infecção**

A procura incessante da excelência dos cuidados prestados pelos enfermeiros no exercício da sua profissão exige a todos eles uma prática em consonância com os padrões de qualidade, sendo ainda mais importante perceber o contexto dos padrões de qualidade no SU. A ciência, numa fase inicial, era simples, mas, por vezes, ineficaz; no entanto, com a evolução dos tempos, tornou-se complexa, eficaz, mas muito perigosa, exigindo, por isso, a necessidade de se cumprirem padrões de qualidade aos mais diversos níveis.

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde encontra-se a cargo da DGS devido à crescente complexidade dos cuidados, bem como ao aumento da esperança média de vida e, ainda mais importante, à satisfação em cumprir as expectativas dos utentes.

Durante este contexto de estágio, e direcionando os meus objetivos para o tema prevenção e controlo de infeção, esta tornou-se uma preocupação constante devido ao risco elevado de infeção associado aos doentes com falência orgânica.

Durante este período de estágio verifiquei que, às competências do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica – conforme mencionadas pela Ordem dos Enfermeiros, no que se refere ao risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, bem

como o nível de complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos – devemos acrescentar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, como um verdadeiro indicador de qualidade na prestação dos cuidados, cabendo esse papel à Enfermeira Especialista como agente de mudança e formador ativo.

Este é um tema sensível a toda a equipa multidisciplinar, bem como a implementação de estratégias dirigidas ao controlo das IACS, uma vez que a própria estrutura física do SU e UCIP visa o cumprimento, através de ações de formação para toda a equipa multidisciplinar, com o cumprimento das auditorias da higiene das mãos.

Toda a equipa multidisciplinar deve realizar a higiene das mãos de acordo com o paradigma da Organização Mundial da Saúde (OMS), que apresenta “*Cinco Momentos*” (OMS 2009). Com este procedimento, a higiene das mãos, quando aderida por todos os profissionais, permite efetivamente uma redução da infeção aquando da prestação dos cuidados.

Sobre esta questão, não podemos ignorar Florence Nightingale (1820-1910), a revolucionária das bases dos cuidados de enfermagem que promoveu determinadas ações no hospital de Scutari, na Guerra de Crimeia, tornando-se pioneira no controle de infeção. As ações de Florence não foram única e exclusivamente direcionadas para a higiene das mãos, mas também para a higiene pessoal e cuidado com o ambiente, conseguindo reduzir a taxa de mortalidade de 42,7 % para 2,2 % num hospital que recebia cerca de 4000 feridos de guerra (Gill, 2005).

Nos nossos dias – apesar dos avanços nos procedimentos e nas normas na área do controlo e prevenção IACS, passando pelas inovações associadas às técnicas de assepsia, limpeza e desinfeção, passando, ainda, pela aposta na formação a toda a equipa multidisciplinar, sem se esquecer o melhoramento na estrutura hospitalar, com melhor arquitetura, equipamentos e material mais facilmente higienizável – continuamos a ter IACS.

Atualmente, a problemática da SARS COV 2 constitui mais um dos problemas que se vivem nos hospitais e organizações de saúde; estas entidades seguem os critérios de atuação emanados pela equipa de Controlo de Infeção, com base em normativas publicadas pela DGS; numa primeira fase, eram normas constantes; no entanto, e de um momento para o outro, as regras a cumprir e os planos a instituir foram modificados. Presentemente são realizadas apenas algumas atualizações à norma vigente.

Numa fase inicial da pandemia o conhecimento científico nesta dimensão era escasso, mas a prática e a prestação de cuidados necessitavam de orientações baseadas na evidência científica

de forma a conhecer os meios de transmissão, a história da doença, bem como a origem de infecção (DGS, 2020). Em 30 de Janeiro de 2020, foi declarado pelo Diretor Geral da OMS que a pandemia COVID-19 era uma Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional (OMS, 2020), o que envolveu diversas áreas, nomeadamente ao nível governamental e áreas da Saúde, para que a resposta fosse efetiva, respondendo às necessidades vividas naquele momento, e coordenada, para não alarmar a população.

No SU foi criado de imediato um espaço dedicado ao rastreamento do utente com queixas do âmbito respiratório, ou que apresentasse sinais e sintomas indicativos de possível infecção com SARS COV 2. Este tipo de infecção requer isolamento de procedimentos e contacto com tratamento específico. Foi também criado um espaço para os doentes com infecção já confirmada, a fim de se poder implementar as medidas atrás descritas. No que concerne à permanência de acompanhantes/família no Serviço de Urgência, de acordo com a Lei 15/2014 da Assembleia da República de 21 de março, o serviço de urgência permite a entrada de um acompanhante por doente, sendo-lhe atribuída uma pulseira roxa pelo enfermeiro da triagem. Na área COVID, não são permitidos acompanhantes, por todo o risco a que os mesmos iriam estar expostos.

Na UCIP, o cenário foi diferente, dado que os doentes que se encontravam neste ambiente eram testados; desta forma, sabíamos que unidade lhe era atribuída, uma vez que os doentes positivos ficavam em unidades de pressão negativa.

Como o próprio nome indica, é uma doença causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), o que provoca alterações nos mecanismos que permitem ao organismo retirar a energia química e utilizar essa mesma energia em atividades metabólicas

A Pandemia COVID/19 está a desafiar o Serviço Nacional de Saúde devido ao número elevado de utentes que recorrem ao SU, bem como ao número de utentes internados em cuidados intensivos, complicando ou quase bloqueando toda a capacidade de resposta; face a este quadro, impõe-se a adoção de estratégias que permitam manter os doentes em internamento sem necessidade de recorrer à ventilação mecânica e, conseqüentemente, um internamento numa unidade de cuidados intensivos, por insuficiência respiratória.

## 5. Segurança do Doente

A segurança do doente é um tema essencial; para garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados, olhemos para a nossa história, fixando-nos em Hipócrates, conhecido como o pai da Medicina (460 a.C. – 370 a.C.); ele reconhece que os atos médicos praticados aos doentes podem ser acompanhados de erro, referindo que o médico deve ter sempre como objetivo fazer o bem e evitar fazer o mal.

Florence Nightingale, na sua obra escrita em 1863 manifestava preocupação por esta temática, mencionando que *“pode parecer estranho enunciar que a principal exigência de um hospital seja não causar dano aos doentes”* (Wachter, 2010, p.1), contextualizando as condições ambientais a que os soldados estavam expostos durante a guerra da Crimeia.

Na atualidade, o tema segurança do doente assume uma questão central ao nível europeu, mas também mundial, sobretudo nas últimas duas décadas, devido às condições de trabalho com as quais nos deparamos no dia-a-dia, nomeadamente a complexidade dos doentes, bem como a evolução tecnológica associada à rotação dos profissionais dentro das instituições; por outro lado, temos doentes cada vez mais esclarecidos e informados, o que permite um aumento do nível de exigência da parte dos utilizadores (DGS, 2021)

É aprovado pela 74.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde o Plano de Ação Mundial em Segurança do Doente 2021-2030, dando desta forma continuidade ao procedimento iniciado em 2002, com o objetivo de avaliar toda a evolução nesta área de segurança do doente (DGS, 2021).

### 5.1. Enquadramento teórico.

Para a OMS, a segurança do doente constitui *“uma redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”* (OMS, 2009, p. 14). Sendo o dia Mundial de Segurança do Doente celebrado a 17 de setembro, pretende-se com este evento alertar para a importância dos cuidados de saúde que devem ser prestados com qualidade e passíveis de não causar danos ao doente. Apesar disso, todos os anos, ao nível mundial, são descritos 134 milhões de eventos adversos devido à prestação de cuidados sem segurança para o doente e para toda a equipa multidisciplinar, contribuindo, deste modo, para 2,6 milhões de mortes evitáveis (OMS, 2020).

Erros em cuidados de saúde são considerados enganos realizados durante o processo de cuidados em que resulta ou tem potencial para resultar em dano para o doente, sendo este erro passível de acontecer em qualquer fase do processo. O erro é uma falha na concretização de um procedimento previamente planeado; desta forma, podemos ter três tipos de erro: o erro por comissão, quando é realizada uma coisa errada; o erro por execução, que consiste em fazer uma ação certa incorretamente; por último, o erro de omissão, que, por definição, consiste em não fazer uma ação certa (DGS, 2011).

De forma a alcançar a cobertura universal de saúde, é fundamental apostar previamente na segurança dos doentes de quem cuidamos, mas tal só se torna possível através de uma comunicação holística com toda a equipa multidisciplinar e colaboração da mesma num único objetivo (OMS, 2020).

Só é possível garantir segurança aos doentes quando um conjunto de fatores se combinam, nomeadamente uma infraestrutura segura e cuidada, recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos e recursos de materiais, doentes bem esclarecidos e informados, em conjunto com um ambiente conveniente e seguro (OMS, 2019). Desta forma, quando falamos em recursos humanos, esperamos que os mesmos sejam dotados de competências para o papel e funções que assumem dentro da instituição.

Na alínea a) do artigo 102.º do código deontológico do enfermeiro é referido que o enfermeiro assume o dever de cuidar sem discriminar o doente por motivos económicos, sociais, políticos, étnicos, ideológicos ou mesmo religiosos. Assim, o enfermeiro deve obedecer aos princípios éticos em cuidados de saúde, “*Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 82)

A proteção da saúde é um direito fundamental e social que se encontra protegido no artigo n.º 64 da Constituição da República Portuguesa. Quando falamos em direito à proteção da saúde, estamos a incluir a segurança do doente, assumindo este um papel fundamental na Lei de Bases da Saúde 95/2019.

O plano nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, encontra-se alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021/2030 da OMS. Este plano tem como missão promover a segurança dos cuidados de saúde prestados, em primeiro plano o SNS, mas

também as organizações de saúde privadas. Pretende-se desta forma o desenvolvimento de práticas seguras em ambientes mais complexos.

Isto leva-nos a reconhecer que existe um esforço crescente ao nível nacional, mas também mundial, para alcançar a uma vida saudável com grande investimento na promoção da saúde, tendo por base a melhoria na segurança do doente, de forma a conseguir evitar causar dano e sofrimento ao doente, o que aumenta, por sua vez, os custos para o SNS, provocando uma diminuição do nível de confiança.

A Joint Commission International (JCI) define qualidade em saúde como sendo os cuidados prestados aos doentes com resultados positivos sem causar dano. Esta organização é responsável pela elaboração de normas e regras que traduzem a realidade da prática atual, sendo constituída por médicos, enfermeiros, engenheiros e administradores. A sua principal preocupação é garantir a segurança do doente. Desta forma, são identificadas as Metas Internacionais de Segurança, a saber: 1.<sup>a</sup> Identificar corretamente o doente; 2.<sup>a</sup> Melhorar a eficácia da comunicação; 3.<sup>a</sup> Melhorar a segurança dos medicamentos de alerta máximo; 4.<sup>a</sup> Assegurar cirurgias em local, procedimento e doente correto; 5.<sup>a</sup> Reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e 6.<sup>a</sup> Reduzir o risco de lesões resultantes de quedas em doentes (JCI, 2008).

A Sexta meta, direcionada para o risco de queda dos doentes em meio hospitalar, obriga as organizações de saúde a desenvolverem estratégias para diminuir o risco de ferimentos resultantes das quedas dos doentes. Durante o período de estágio na UCIP, o hospital foi reacreditado por esta entidade (JCI) como já referido. Desta forma, o risco de queda é uma componente importante que faz parte do processo de acreditação.

Para se alcançarem essas metas, impõe-se a criação de normas sobre prevenção de ocorrências de quedas e a implementação de estratégias de intervenção, assim como a realização de auditorias às práticas implementadas para prevenção e redução de quedas.

Sabemos que o erro é intrínseco ao ser humano, faz parte da sua natureza; no entanto, e como ser dotado de inteligência, deve procurar meios e estratégias para o superar, ou mesmo eliminar.

Um excelente modelo para nos explicar como os acidentes ocorrem é o modelo de Reason; ele refere que o erro ocorre quando as fatias de um “Queijo Suíço” cheias de buracos se alinham e permitem que o erro aconteça (Reason, 2000). Deste modo aparece a oportunidade para que surja

o erro, uma vez que um conjunto de fatores se enfileiram de tal forma que não permitiu detetar a lacuna.

O ser humano, não sendo uma máquina programada para atuar, é passível de erro; mas os seus erros, quando associados à prestação de cuidados de saúde, podem provocar falhas gravíssimas e irreversíveis na pessoa humana. Contudo, podemos e devemos atuar no sentido de prevenir e evitar a ocorrência dos eventos adversos; para tal, devemos atuar nos fatores sistêmicos com as limitações fisiológicas e psicológicas do ser humano, das quais destaco o volume de trabalho, medo, sobrecarga cognitiva, comunicação entre pares limitada, processos de informação também inacabados e tomada de decisões erradas (Helmreich 2000).

O avanço da ciência ao longo dos tempos foi exponencial, com ação direta sobre fármacos e a descoberta de medicamentos que permitem a cura ou a palição das doenças; desta forma, a ciência permitiu aumentar a longevidade dos seres humanos, bem como a sua capacidade para viver e conviver com as enfermidades. Sabemos, no entanto, que a administração de um fármaco de forma incorreta traz consequências.

Nos profissionais de saúde raramente ocorrem erros por negligência, mas porque os procedimentos são passíveis de falhas e estas, sim, geradoras de erros de medicação, que, mediante a adoção de medidas, são facilmente evitáveis (OMS, 2017).

Ciente e atenta a esta realidade, no decurso do meu estágio procurei desenvolver conteúdos nesta área de segurança do doente, principalmente no que diz respeito ao risco de queda e melhoria da eficácia da comunicação.

## **5.2. Reduzir o risco de lesões resultantes de quedas em doentes**

Os cuidados de saúde são passíveis de causar malefícios a quem os recebe. Essa é uma realidade nua e crua. Por isso, a segurança do doente assume um papel de destaque na qualidade em saúde, estabelecendo como objetivo principal o cuidado de brindar ao doente uma experiência agradável, positiva, tendo sempre muito presente a vulnerabilidade da pessoa em contexto de doença. Resumindo: é a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro e oferecermos algo semelhante ao que gostaríamos de receber.

A melhoria contínua da qualidade, aplicada à segurança dos doentes, obriga à identificação dos riscos, à sua avaliação e ao desenvolvimento de ações de melhoria. O objetivo é providenciar

serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado. Segundo a OMS, a qualidade é definida como “*o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual*” (OMS 2011, p. 17).

Quando falamos em qualidade em saúde, não podemos deixar de mencionar um nome tão sonante: Avedis Donabedian, o primeiro grande teórico que abordou este tema. Para tal, recorreu à tríade: Estrutura, Processo e Resultado (Donabedian, 1966).

O Modelo de Donabedian surgiu nos anos 60, no qual foi desenvolvido um quadro conceptual primordial para a compreensão da avaliação de qualidade em saúde, sendo a estrutura uma medida para julgar a adequação do ambiente, como por exemplo os recursos materiais, recursos humanos, recursos físicos, mas também recursos financeiros. O processo avalia os cuidados, os doentes e as funções de suporte adequadas (doença, diagnóstico e tratamento implementado) e, por último, o resultado que ajuíza os resultados dos cuidados de saúde, bem como as funções de suporte e satisfação do doente (Donabedian, 1990).

Importa referir que estas três componentes têm de ser consideradas em simultâneo, uma vez que se encontram interligadas e interdependentes. Importa ainda salientar que esta trilogia assenta em sete pilares desenvolvidos nos anos 90, geradores de evolução no conceito da qualidade; são eles: a eficácia, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade, a equidade, e a efetividade (Donabedian, 1990).

As quedas são consideradas um problema de Saúde Pública e têm sido objeto de preocupação a nível nacional e internacional, pelo que foram criados programas nacionais de prevenção de quedas, com implementação necessária a nível local e, por conseguinte, também ao nível das instituições de saúde.

A Organização Mundial da Saúde alerta para o facto de as quedas serem a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários (OMS, 2010).

Como já referido, Nightingale, mãe da Enfermagem Moderna, já demonstrava preocupação nesta área, sendo precursora na análise dos cuidados prestados com o objetivo de atingir resultados mais satisfatórios melhorando a qualidade dos mesmos (Doran, Mildon, Clarke, 2011).

A Dama da Lamparina escreveu sobre esta preocupação, mas só passados cerca de 100 anos, por volta da década de 70 do século passado, é que se vislumbra nos Estados Unidos a recolha de dados para posterior análise sobre o tema.

No entanto, e tendo em conta o contexto social em que vivemos, no qual e de modo geral, as instituições procuram incrementar a rentabilidade, isto é, uma gestão eficaz e eficiente, não será fácil o equilíbrio do binómio qualidade/segurança, dado que uma pretende dar e a outra retirar, ou seja, se por um lado se procura potenciar a qualidade dos cuidados prestados e, nesse sentido, aumentar a segurança do doente, por outro, tenta-se reduzir os custos.

A segurança do doente assume uma premissa fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e, mais concretamente, para a qualidade dos cuidados de enfermagem. A prevenção das quedas está considerada nos 14 objetivos presentes no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, apoiados em 5 pilares fundamentais: cultura e segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros e cujas metas, até ao final de 2026, são: *a) 90% das instituições definem estratégias para a implementação de práticas seguras nas quedas e b) 90% das instituições de saúde implementam auditorias internas anuais com a respetiva elaboração de relatório no site institucional* (PNSD, 2021).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é utilizado o conceito de queda como evento ou episódio. *Cair*, está definido como - executar: “*descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.*” (ICN, 2019).

As quedas constituem um problema de saúde pública e uma das principais causas de lesões e hospitalizações sendo a principal causa de mortes não intencionais relacionadas com lesões não fatais em adultos com mais de 65 anos (Smith, Lusignan, Mullett, Tickner & Jones, 2016).

As mesmas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo, ocorrendo em todas as faixas etárias; todavia, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes são maiores.

São considerados três tipos de quedas:

- as acidentais, que podem estar relacionadas com o ambiente ou possíveis erros de avaliação do doente, dos obstáculos ou das barreiras físicas;

- as fisiológicas previsíveis, que ocorrem em doentes que são identificados como tendo risco elevado, avaliado pela Escala de Quedas de Morse, com base nos seis fatores da escala que podem contribuir para a probabilidade de o doente cair;

- as fisiológicas não previsíveis, que estão relacionadas com as diversas causas fisiológicas, por exemplo, fraturas patológicas, perdas de conhecimento, tonturas, crises convulsivas, hipotensão acentuada (Morse 2009).

A idade parece constituir um fator importante, uma vez que o processo de envelhecimento é acompanhado por alterações das capacidades física e cognitiva. Concomitantemente com o aumento da idade, os mais velhos experienciam as condicionantes associadas às doenças crónicas. A fragilidade óssea, a perda de massa muscular, a degradação do tempo de resposta dos movimentos, a dificuldade na concentração, a alteração do equilíbrio e da marcha, que decorrem do processo de envelhecimento, aumentam o risco de queda e de gravidade da lesão face a uma queda (Costa, 2019).

Segundo o Plano Nacional Segurança dos Doentes, as instituições devem desenvolver planos para a prevenção de quedas, investigar as causas, identificar os fatores que contribuíram para a ocorrência das mesmas e preveni-las (PNSD, 2020).

Para que se alcancem estas metas, impõe-se a criação de normas sobre prevenção de ocorrências de quedas e a implementação de estratégias de intervenção, assim como a realização de auditorias às práticas implementadas para prevenção e redução de quedas.

A identificação dos fatores de risco em cada contexto de queda registada mostra-se essencial, como forma de perceber se existe uma oportunidade de melhoria com o objetivo de diminuir a ocorrência de quedas. Neste sentido, surgiram sistemas de notificação que permitem o registo de acidentes e as circunstâncias em que decorrem. Só assim se gera uma cultura de segurança de identificação de erro, análise e prevenção do mesmo.

Durante o período de estágio do SU, detetei oportunidade de melhoria na avaliação do risco de queda numa fase inicial dos doentes que a ele recorrem, logo no momento da admissão do SU, aquando da triagem de Manchester. De salientar que no serviço de Urgência já se aplicava a Escala de Morse na área de OBS, pois o mesmo é considerado um serviço de internamento, obedecendo este às normas emitidas pela DGS e pelo procedimento hospitalar instituído; contudo, esta avaliação apenas neste serviço é de todo insuficiente, uma vez que os utentes apresentam risco de queda independentemente da área do SU onde se encontram. Como referido, em OBS a Escala de

Morse já se encontrava implementada, sendo a mesma realizada em intervalos de dois ou três dias, tendo em conta o score atribuído ao doente, sendo considerada na passagem de turno. Durante o período de estágio observei que as medidas de prevenção de quedas em OBS são cumpridas, nomeadamente as camas travadas, elevação das grades e verificar se a cama se encontra ao nível mais baixo no que diz respeito à sua altura do nível do chão, sendo sempre importante a sensibilização para o cumprimento destas medidas.

É de salientar que a instituição tem o Risco de Queda como um indicador, mas falta a sua implementação na área de triagem, sendo, desta forma, algo inovador para o serviço, o que acaba por abranger as restantes áreas, nomeadamente, triagem médica, área Cirúrgica e sala de tratamentos 2. Assim, e uma vez o utente admitido no serviço de urgência, a escala de Morse será aplicada de modo transversal, independentemente da área onde o mesmo se encontre.

Os objetivos do trabalho que consta no Apêndice I, condensam a reflexão sobre a temática para se compreenderem os fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos) numa ocorrência de queda, bem como analisar os conceitos que sustentam a Escala risco de queda de Morse e, ainda, definir estratégias a implementar para prevenção de ocorrência de queda e, por fim, definir uma instrução de trabalho no caso de ocorrência de uma queda.

O trabalho teve como finalidade a implementação de uma política sistematizada de prevenção e monitorização da queda nos indivíduos não hospitalizados, mas com a necessidade de recorrer ao SU por um certo período. Para isso, torna-se essencial sensibilizar o serviço para a importância da implementação de medidas de avaliação e prevenção do risco de quedas e sensibilizar os profissionais de saúde do SU para esta problemática, logo na porta da entrada, tal como já referido aquando da triagem de Manchester.

A avaliação do risco de queda constitui um dos indicadores de qualidade em relação à segurança do doente, como já referido; contudo, em Portugal não existe um instrumento de avaliação do risco de queda específico para o serviço de urgência.

Morse Fall Scale é de origem inglesa, do ano 1989, criada por Janice Morse, tendo sido validada e adaptada cultural e linguisticamente para o nosso idioma pelos autores Costa-Dias e Ferreira (2014). Deve ser vista como um todo, preenchida na sua totalidade e aplicada a todos os doentes com mais de 18 anos. O resultado obtido é indicativo do risco de queda: quanto maior o score maior o risco, sem risco ( $0 \leq 24$  pontos), Baixo risco ( $\geq 25$  e  $\leq 50$  pontos), Alto risco ( $\geq 51$  pontos).

O desenvolvimento do tema da avaliação do risco de quedas no SU surgiu como uma oportunidade de melhoria para o serviço, dado que o mesmo já realiza esta avaliação numa das áreas do SU, na qual os doentes se encontram em observação, como já referido, sendo este trabalho a base para o Enfermeiro responsável pela área de triagem proceder à implementação do mesmo, sendo a minha contribuição baseada no estado da arte, com evidência científica que justifique a necessidade desta avaliação.

### **5.3. Melhorar a eficácia da comunicação.**

A comunicação permite ao ser humano a interação entre os seus pares; sem ela, não lhe seria possível viver em sociedade, tal como a conhecemos, pois constitui o meio que lhe possibilita a troca de informação entre um ou mais intervenientes, desde que tenham em comum as mesmas regras e terminologia.

Assim, e constituindo a comunicação a base das relações humanas, ela é fundamental na prestação de cuidados, pois os enfermeiros estão inseridos na equipa multidisciplinar em constante interação e comunicação. Neste contexto, é fundamental que a comunicação seja realizada de forma eficaz para garantir segurança ao doente.

Para a teórica Phaneuf (2005), comunicar significa “(...) *expressar-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós*” (Phaneuf, 2005, p. 22).

Durante a prestação de cuidados é fundamental gerir de forma eficaz a comunicação; contudo esta torna-se, por vezes, uma das principais causas de eventos adversos na área da Saúde, sendo o momento da passagem de prestação de cuidados o mais vulnerável e desprotegido, nomeadamente na área de SU e UCIP, pela complexidade e quantidade da informação que envolve a PSC.

O enfermeiro, na prestação de cuidados, cria uma relação com o doente. Esta ligação, fruto da comunicação entre as duas partes, estabelece o que se designa Relação Terapêutica. Desta forma, os enfermeiros, na sua arte de cuidar o doente, estabelecem uma relação terapêutica que se

define pela “... parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Nunes, 2017, p.12).

O contexto, o ambiente, a estrutura, nos quais se encontra inserida a PSC, na UCIP bem como no SU, delimitam a comunicação de enfermagem, pois o contexto é diferente de um serviço de internamento. Na UCIP, os doentes são desprovidos dos seus pertences pessoais, que, na maioria das vezes, são parte integrante da sua identidade. (Nunes, 2017).

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação ocorre de modo verbal, mas também não-verbal. Diversos estudos têm sido dedicados à comunicação não-verbal, sendo esta considerada a mais importante e mais expressiva (Phaneuf, 2005).

Numa análise percentual, verifica-se que apenas 7% corresponde à forma verbal de comunicar; 38% aos sinais paralinguísticos e a maior percentagem, 55%, aos gestos corporais, concluindo-se que a comunicação não-verbal é a porção com maior significado no que respeita à comunicação (Sequeira, 2016).

O ato de comunicar pode assumir três formas distintas:

- a comunicação verbal, que corresponde à expressão verbal ou escrita por diversos meios;
- a comunicação paraverbal, que corresponde à inclusão de sentimentos durante o ato de comunicar, bem como a transmissão dos mesmos;
- a comunicação não verbal, que, na maioria das vezes, é feita de forma inconsciente e involuntária, mas que permite, de igual forma, a transmissão de informação para o recetor (Stefanelli & Carvalho, 2005).

De forma contornar esta situação, foi publicada uma norma pela DGS, definindo “*que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR*” (DGS, 2017).

Esta ferramenta permite uma passagem de informação mais coerente e seguindo uma linha condutora, uma vez que esta sigla é de fácil perceção e memorização, promovendo, assim, uma comunicação objetiva, eficiente e direta, o que permite aumentar a qualidade e segurança de comunicação. O ISBAR constitui, deste modo, “*um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal.*” (DGS, 2017).

Para se entender melhor o que acaba de ser referido, vou explicar a mnemónica ISBAR:

**I - Identificação:** a primeira informação a mencionar é a identificação do doente, bem como a localização do emissor e recetor.

**S - Situação atual:** permite dar seguimento à comunicação de forma organizada, mencionando o motivo da sua hospitalização e a necessidade de prestação de cuidados de saúde; neste item, ainda há espaço para mencionar os antecedentes, bem como patologias associadas, dando ênfase à presença ou ausência de alergias, assim como também é importante mencionar a vontade do doente em determinadas situações.

**B – Antecedentes/ Anamnese:** possibilita a descrição de factos clínicos ou de enfermagem importante; alergias, terapêutica, situação social, antecedentes clínicos, níveis de dependência, bem como diretivas antecipadas de vontade do doente.

**A - Avaliação:** permite registar informação sobre o estado do doente, qual a medicação administrada, bem como a que se terá de instituir; mencionar qual o esquema de tratamento e alteração no seu estado.

**R - Recomendações:** mencionar atitudes e plano terapêutico importantes para o doente.

A passagem de informação torna-se mais simples quando se utiliza esta estratégia respaldada pela OMS e JCI, segundo os quais o ISBAR permite uma comunicação mais organizada nas diversas áreas de atuação, de modo especial UCIP e SU.

Uma boa aposta na comunicação entre os pares, com o doente e seus familiares, associada à competência técnica - importante, mas não suficiente - gera maior satisfação para o paciente, cria maior adesão aos cuidados de saúde e alcança um resultado final mais positivo

Durante o período de estágio na UCIP, senti a necessidade de elaborar, de forma a comunicar verbalmente na forma escrita, as recomendações para a alta do doente submetido a um procedimento na área da Cardiologia, bem como uma instrução de trabalho referente aos cuidados de enfermagem ao doente submetido a implantação de dispositivo cardíaco.

Os doentes que são submetidos a implantação de dispositivo cardíaco, seja este uma pacemaker ou um Cardioversor-Desfibrilhador Implantável CDI, devem ser admitidos e acolhido pela UCIP. Esta unidade tem como missão a execução do protocolo de preparação do doente para a cirurgia, bem como a realização do recobro pós-cirúrgico que, por norma, tem uma duração de 24h, quando todo o procedimento decorre sem intercorrências, neste sentido foi elaborado uma instrução de trabalho de forma a garantir as recomendações na alta para o doente submetido a implantação de dispositivos cardíacos, como apresentado no Apêndice II.

O intraoperatório decorre em bloco de angiografia, sob anestesia local, em conjunto com sedação profunda com Propofol.

O enfermeiro, antes do procedimento cirúrgico, deve realizar o acolhimento do doente, a sua admissão com colheita de dados, sem esquecer a preparação psicológica do doente e da sua família, para que este se mantenha calmo e esclarecido. No momento de admissão, o enfermeiro pode estabelecer uma relação terapêutica, só possível com uma comunicação empática, respeitando o doente nas suas crenças e valores.

Devemos considerar que o elemento principal que permite manter a segurança do doente e aumentar a qualidade dos cuidados é a comunicação, pelo que as organizações de saúde devem apostar numa comunicação de qualidade e efetividade, pois há uma proporcionalidade direta no estado de saúde do doente (Brás e Ferreira, 2016).

Ainda neste contexto de forma a garantir a segurança do doente que são submetidos a uma cirurgia para Implante de Dispositivo Cardíaco, como representa o Apêndice III, elaborei uma instrução de trabalho representativa dos cuidados de Enfermagem e esses doentes.

O enfermeiro é *“um agente responsável pela humanização dos cuidados tendo o dever de dar atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e propiciando o desenvolvimento das potencialidades da pessoa”* (OE, 2009).

## 6. Conclusão

Com a elaboração deste trabalho pretendo descrever e refletir sobre o percurso que é necessário transitar para alcançar o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados à PSC. Ao longo de 3 semestres de percurso académico e de árduo trabalho foi possível desenvolver competências na prática de cuidados de enfermagem à PSC, bem como obter um grau diferenciado nesta mesma área, atingindo o grau de Enfermeira proficiente ou perita, tendo sempre como referência o modelo de Patrícia Benner (2001) que constituiu o fio condutor na minha aquisição de competências.

A Enfermagem, como profissão baseada no estado da arte, possibilitando, por isso, uma prática fundamentada, é provida de um conhecimento próprio, pelo que os Enfermeiros têm de se atualizar de forma permanente no decurso de toda a sua vida profissional, sendo essa atualização um investimento pessoal necessário para acompanhar a evolução dos nossos dias (Vieira, 2017). Nesta conformidade, a minha atuação foi sempre baseada na mais recente evidência científica, o que se transpõe em pesquisas efetuadas em bases de dados credíveis sobre determinadas temáticas, nomeadamente o cuidado à pessoa e família no processo de doença, a influência do ambiente no conforto do doente, assim como o controle de infeção e as suas implicações e custos em saúde dos doentes, tendo como preocupação acrescida as metas internacionais de segurança, em particular a melhoria da eficácia da comunicação e a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes.

Com este trabalho consegui realizar uma verdadeira retrospectiva em relação ao caminho percorrido para alcançar os objetivos previamente definidos no projeto de estágio; importa, no entanto, referir que a abordagem ao doente crítico requer uma equipa de enfermagem capacitada, treinada, para dar uma resposta eficaz, rápida e organizada, tendo por base um conhecimento científico atual, bem como destreza prática.

Vivemos num mundo em que a evolução tecnológica é permanente fugaz, requerendo uma formação contínua na área de Enfermagem que permita enfrentar com eficácia e eficiência os desafios que vão surgindo; neste contexto, os locais de estágio da prática clínica constituíram um excelente momento de aprendizagem e um meio de aliar a teoria à prática.

Ao longo dos dois períodos de estágio no SU e na UCIP, a minha verdadeira inquietação prendeu-se com a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, de modo que fossem de encontro

às competências comuns e específicas preconizadas pela OE para o enfermeiro especialista, sabendo que é fundamental estabelecer relação terapêutica com o doente, mas também com a sua família e, desta forma, proporcionar uma transição mais apropriada no processo de saúde/doença/saúde.

A segurança dos doentes é um aspeto fundamental na prestação de cuidados de saúde de qualidade, sendo esta uma preocupação constante das organizações de saúde e, por isso, na perspectiva de que todo o processo de cuidar passe por esta condição, principalmente os doentes que recorrem ao SU.

Dependendo da população que assistem, as organizações de saúde devem avaliar o risco de queda tendo em consideração a estrutura e os serviços, de forma a planear medidas de intervenção para reduzam esse mesmo risco e, conseqüentemente, minimizem as lesões e danos de saúde nos doentes, tendo sempre por base que a avaliação do risco de queda revela o grau de risco da pessoa à qual foi aplicado, permitindo, desse modo, estabelecer intervenções de enfermagem em tempo oportuno. Torna-se fundamental, por isso, que os hospitais definam os seus planos de implementação para redução do risco de quedas, mas sempre com fundamentados na evidência científica.

As quedas são consideradas um problema de saúde pública, o que leva a OMS a focar a sua atenção no facto de as quedas serem a principal causa de morte por lesão acidental. A prevenção das quedas é um dos 14 objetivos que integram o Plano Nacional de Segurança do doente 2021-2026 (DGS, 2021).

Nestas circunstâncias, quando falamos em pessoas que cuidam de doentes, não podemos ignorar que o erro é intrínseco à pessoa humana; o erro existe, é real e está sempre presente. Face a esta realidade, impõe-se ao ser humano, dotado de inteligência, a capacidade de encontrar estratégias para o minimizar ou mesmo eliminar.

A comunicação, sendo o denominador comum das relações humanas, constitui igualmente o pilar da segurança do doente; sendo a transferência de cuidados entre pares baseada numa comunicação eficaz, esta poderá ser feita de forma verbal ou escrita. Neste contexto, a elaboração da instrução de trabalho para a preparação dos doentes submetidos à implantação de dispositivo cardíaco, bem como as instruções para a alta acerca do mesmo procedimento, visam consolidar toda a informação para que o doente seja submetido ao procedimento em segurança, bem como alta clínica desprovida de dúvidas.

Ao finalizar esta fase acadêmica, porta de acesso ao Mestrado, acrescento apenas que este finalizar não significa um fim, mas um início, uma porta que se abre a uma nova fase, a uma nova etapa na minha vida profissional, visando objetivos: manter a atualização do conhecimento científico e proporcionar aos meus pares novos conhecimentos, assim como formação diferenciada. Termino com uma certeza: cada um de nós é o responsável pela aquisição da sua formação e só depende de nós próprios lutar por aquilo em que acreditamos.



## 7. Referências Bibliográficas

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. 2013. Disponível em:

<http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.

ALARCÃO, I. Formação Reflexiva. *Referência* (6). 2001, pp. 53-59.

ALARCÃO, I. “Reflexão Crítica sobre o Pensamento de D. Schön e os Programas de Formação de Professores”. in I. Alarcão (Org). Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão. Porto: Porto Editora. 1986, pp. 9-39.

ALLIGOOD, M. R. “Nursing Theorists and Their Work. 8. Ed. Mosby Elsevir. 2014.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, Lei n.º 15/2014, de 21 de Março. Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

BAENA, A.C. Limitation of therapeutic effort: when less is more. *Colomb Med.* 2015; 46(1).

BRÁS, C., & FERREIRA, M. A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. 2. Atas de investigação qualitativa na saúde. 2016. Obtido em 12 de fevereiro de 2020, de ISBN 9789728914592.

BENNER, P. De Iniciado a perito (2ª ed.). Coimbra: Quarteto. 2001.

BENNER, P. KYRIAKIDIS, P. H. & STANNARD, D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company. 2011.

BENNER, P. et al. Formation and everyday ethical comportment. *American Journal Of Critical Care: An Official.* 2008

BERGLUND, B. et al. Guidelines for community noise. In Protection of the human environment. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1999.

CACCN, Board of Directors – Standars for Critical Care Nursing Practice. 3ª Ed., 2004.

CASTRO, C. O internamento numa unidade de cuidados intensivos: a experiência vivida da pessoa em situação crítica. Lisboa: UCP. Tese de doutoramento. 2016.

COLLIÉRE, M.-F. Promover a Vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lidel - Edições Técnicas, Ed., & M. L. Abecassis, Trad. 1999.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE( DGS). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 2017.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Decreto-Lei n. 48, 2.ª série, 10 de março de 2015 p. 5948.  
Disponível em: <files.dre.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Regulamento n. 124/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República* n.35/2011 – 2.ª Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Porto Editora. 2015.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) . Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa. 2017.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde 2010, Circular Normativa 13/2010. p. 25

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE ( DGS). De (30 de janeiro de 2020). Orientação n.º 03/2020: Prevenção e Controlo de Infecção por novo Coronavírus (2019-nCoV). Portugal.

DONABEDIA, A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3). 1996. pp. 166-203.

DORAN, D., MILDEN, B, & CLARKE, S. Toward a National Report Card in Nursing: A Knowledge Synthesis. University of Toronto. Toronto: Nursing Health Services Research Unit. 2011.

ESPINEY, L. “Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho”, in R. Canário (org), Formação e Situações de Trabalho. Porto: Porto Editora. 1997. pp. 169-188.

ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro.

FERNANDES, M. J. C. & SILVA, A. L. Os significados do cuidado de enfermagem á família em uma unidade de cuidados intensivos. Revista de enfermagem. 2016, pp. 1899-1908.

FIGUEIREDO, M. H. Enfermagem de Família: Um Contexto Do Cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto. 2009. Recuperado de <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

FREITAS K.S. KIMURA M. & FERREIRA K. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. Rev Latino-am Enfermagem. 2007, Feb;15(1):15-16.

FULBROOK P. et al. *The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: Join position statement.* World of Critical Care Nursing. 2005. 5 (4). 2007. pp. 86-88.

GILL, C. J. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. Clin Infect Dis. 2005, 40(12): pp. 1799-805.

HELMREICH R. L. On error management: lessons from aviation. 2000, *BMJ* 320(7237), pp. 781-785.

HUDAK, C. e GALLO, B. Cuidados intensivos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. International Classification of Nursing Practice. 2019 [Consult. 09.01.2022]. Disponível em:

<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation2017.pdf>.

JACOBI, J. et. al. Guidelines for the use of an insulin infusion for the management of hyperglycemia in critically ill patients. Critical Care Medicine. 2012, 40 (12), pp. 3251- 3276.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 3ª ed. Illinois, United States of America. 2008.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCI). Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem. (Artemed, Ed., & A. Thorell, Trad.) Porto Alegre: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2008.

KINGSNORTH-HEINRICH, J. Presença da família durante a reanimação. In P. k. Howoard & R.A. Steinmann (Eds), *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6ª ed., pp 160-167). Loures, Portugal: Lusociência. 2011.

KOLKABA, K. *Comfort theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research.* Springer Publishing Company. New York. 2003.

- LAMPREIA, C. & SANTOS, C. Impacto no sono e conforto do doente. Revista Nursing. 2005 n.195, pp. 37-40.
- MELEIS, A. Experiencing Transitions: An Emerging Middle - Range. 2000.
- MELEIS, A. Theoretical Nursing: Development & Progress. (3º ed.). London: Lippincott. 2005.
- MELEIS, A. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice. New York: Springer Publishing Company. 2010.
- MENDES, A. P. Impacto da Notícia de Doença-Crítica na Vivência da Família: Estudo Fenomenológico Hermenêutico. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018, 71(1), pp.170 - 177.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Lisboa: Ministério da Saúde. 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). Nº 124/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2ª Série, nº 35. pp.8656-8657.
- MORSE, J. M.. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. 2a ed. New York: Springer Publishing Company. 2009.
- NIGHTINGALE, F. Notas sobre Enfermagem. Lusociência, Loures. 2005.
- NUNES, L. Para uma epistemologia de enfermagem. Loures: Lusodidacta. 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (27 de abril de 2020). Archive Timeline COVID-19. Obtido de World Health Organisation : [https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline--- covid-19](https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Competência Específica em Enfermagem de Emergência Extra-Hospitalar. Lisboa: OE. 2017.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. (D. d. Saúde, Trad.) Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2011.

ORELLANA, D., BUSCH-VISHNIAC, I. J., & WEST, J. E. Noise in the adult emergency department of Johns Hopkins Hospital. *Journal of Acoustical Society of America*. 2007, 121 (4), pp. 1996-1999.

ORTIGA, J. et. al. (2013). The sound of urgency: Understanding Noise in the Emergency Department. *Music and Medicine*. 2013, 5 (I), pp. 44-51.

PAIVA et al. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação. *Medicina Intensiva*. (República Portuguesa – Saúde. 2017.

PENEDO. J. et. al. Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Ministério da Saúde. 2013, pp. 37.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. 2021 [Consult. 05.01.2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2011.

PHANEUF, M.. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Portugal.: Lusociência. 2005.

REASON, J. Human error: models and management. *British Medical Journal* 320. 2000. pp.768-770.

RODRÍGUEZ , L. M. B. et. al. . Family perception of humane care provided by health care personnel. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2018. 15(2), pp. 8-23.

SÁ, F. BOTELHO, M. R., & HENRIQUES, M.A. Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 2015. 19(1), pp. 32-46

SÁ, P., & PAIXÃO, F. Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*. 2013. 26(1), pp. 87-114

SACRAMENTO, M. Relatório de Estágio. Apresentado para obtenção de grau de mestre em enfermagem. 2019.

SANCHES, R. D. C. N. et. al. Percepções de profissionais de saúde 108 sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*. 2016. 20(1), pp. 48-54.

SEQUEIRA, C. Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa, Portugal: Lidel. 2016.

SIMÕES, C. M., & SIMÕES, J. F. Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. Referênci. 2007, pp. 9 - 23.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE( SNS). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. 2013. [Consult. 09.01.2022]. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação--das-unidades- de- cuidados-intensivos.pdf>

SMITH, M. et. al. Predicting Falls and When to Intervene in Older People: A Multilevel Logistical Regression Model and Cost Analysis. 2016. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/305628750\\_Predicting\\_Falls\\_and\\_When\\_to\\_Intervene\\_in\\_Older\\_People\\_A\\_Multilevel\\_Logistical\\_Regression\\_Model\\_and\\_Cost\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/305628750_Predicting_Falls_and_When_to_Intervene_in_Older_People_A_Multilevel_Logistical_Regression_Model_and_Cost_Analysis).

STEFANELLI, M. C., & CARVALHO, E. C. A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Baueri, SP: Manole. 2005.

SAÚDE, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n. 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República 2.<sup>a</sup> série, n. 187/2021 de 24.09.2021.

THEORY. *Advances in Nursing Science*. 23(1) Setembro. pp. 12-28.

VIEIRA, M. *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (3<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora, 132. 2017, pp. ISBN: 9789725405659.

WACHTER. R.M. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Dia Mundial de Segurança do Doente. 2021 [Consult. 08.01.2022]. Disponível em:

<https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-mundial-da-seguranca-do-doente>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action on patient safety. 72<sup>a</sup> World Health Assembly. 2019. [Consult. 09.01.2022]. Disponível em:

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global report on falls prevention in older age. [em linha]. França: WHO. ISBN 978-92-4-156353-6. 2017 [Consult. 09.01.2022].

Disponível em:

[http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. 2006.

XIE, H., & KANG, J. The acoustic environment of intensive care wards based on long period nocturnal measurements. *Noise & Health*. 2012, 14 (60), pp. 230-236.

## Apêndices

## **Apêndice I**

Avaliação do risco de queda no serviço de Urgência – Escala de Morse



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

## **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRÚRGICA**

### **Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

#### **UC Estágio final e relatório**

#### **AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – ESCALA DE MORSE.**

**Realizado por:**

Carla Teixeira

**Com a Orientação de:**

Prof. Irene Oliveira

Enf.<sup>a</sup> S. D.

Enf.<sup>a</sup> T. S.

**Porto, outubro 2021**



## ÍNDICE

<b>1. Introdução</b>	<b>4</b>
<b>2. Contextualização Teórica – Queda</b>	<b>7</b>
2.1. Definir Queda	7
2.2 Tipos de Quedas	8
2.3. Fatores de Risco	8
2.4. Escala de Morse	11
2.5. Como implementar estratégias para diminuir risco de queda	13
2.6. Possíveis limitações	15
2.7. Procedimentos	16
A. Para prevenir a ocorrência de quedas definem-se os seguintes procedimentos de segurança	16
B. Avaliação das condições físicas e ambientais serviço de urgência geral	18
C. Após a ocorrência de uma queda definem-se os seguintes procedimentos	20
<b>3. Conclusão</b>	<b>22</b>
<b>4. Bibliografia</b>	<b>23</b>
Anexo	

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no contexto da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório de Enfermagem, da Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica do curso de mestrado em Enfermagem da especialidade Médico-cirúrgica com o tema: Avaliação do risco de queda no serviço de urgência – Escala de Morse.

A segurança do utente é uma premissa fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e mais concretamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem. A prevenção das quedas é um dos 14 objetivos que consta no Plano Nacional de Segurança do doente 2021-2026, apoiados em 5 pilares fundamentais: cultura e segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros e cujas metas, até ao final de 2026, são:

*a) 90% das instituições definem estratégias para a implementação de práticas seguras nas quedas;*

*b) 90% das instituições de saúde implementam auditorias internas anuais com a respetiva elaboração de relatório no site institucional.*

Para se alcançarem estas metas, impõe-se a criação de normas sobre prevenção de ocorrências de quedas e a implementação de estratégias de intervenção, assim como a realização de auditorias às práticas implementadas para prevenção e redução de quedas.

As quedas constituem um problema de saúde pública e uma das principais causas de lesões e hospitalizações (Smith, Lusignan, Mullett, Tickner & Jones, 2016) e são a principal causa de mortes não intencionais relacionadas com lesões não fatais em adultos com mais de 65 anos. As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Ocorrem em todas as faixas etárias; todavia, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes são maiores (Ministério da Saúde, 2015).

Percebe-se que a maioria das quedas resulta de uma combinação de fatores de risco, e por isso, deve ser feita uma avaliação destes, uma vez que podem ser modificáveis com uma intervenção eficaz para indivíduos com ou sem historial de quedas.

Assim, o presente trabalho surge da necessidade de responder a uma necessidade do serviço de urgência que identifica como lacuna a realização da avaliação do risco de queda nos doentes que a ele recorrem, logo no momento da admissão do SU, aquando da triagem de Manchester.

De salientar que no serviço de Urgência já se aplica a Escala De Morse no serviço de OBS, pois o mesmo é considerado um serviço de internamento, obedecendo este às normas imitadas pela DGS e pelo procedimento hospitalar instituído; contudo, esta avaliação apenas neste serviço é de todo insuficiente, uma vez que os utentes apresentam risco de queda independentemente do serviço onde se encontram.

Como referido, em OBS a Escala de Morse já se encontra implementada, sendo a mesma realizada com uma periodicidade de dois ou três dias, de acordo com o score atribuído ao doente, sendo a mesma mencionada na passagem de turno.

Durante o período de estágio observei que as medidas de prevenção de quedas em OBS são cumpridas, nomeadamente as camas travadas, elevação das grades e a mesma encontra-se ao nível mais baixo, sendo sempre importante a sensibilização para o cumprimento destas medidas.

É de salientar que a instituição ULSM já definiu o Risco de Queda como um indicador; contudo falta a sua implementação na área de triagem – sendo desta forma algo inovador para o serviço, o que acaba por abranger as restantes áreas, nomeadamente triagem médica, área Cirúrgica e sala de tratamentos 2.

Desta forma, uma vez o utente admitido no serviço de urgência, a escala de Morse será aplicada de modo transversalmente, independentemente do serviço onde o mesmo se encontre.

Os objetivos serão refletir sobre a temática, e assim:

- Compreender os fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos) para ocorrência de queda;
- Refletir sobre os conceitos que sustentam a Escala risco de queda de Morse;
- Definir estratégias a implementar para prevenção de ocorrência de queda;
- Definir uma instrução de trabalho no caso de ocorrência de uma queda.

Este trabalho tem como finalidade a implementação de uma política sistematizada de prevenção e monitorização da queda nos indivíduos não hospitalizados, mas com a necessidade de recorrer ao SU por um certo período. Para isso torna-se essencial sensibilizar o serviço para a importância da implementação de medidas de avaliação e prevenção do risco de quedas e sensibilizar os profissionais de saúde do Serviço de urgência para esta problemática, logo na porta da entrada, tal como já referido aquando da triagem de Manchester.

No que concerne à estrutura do trabalho, está dividido em três partes distintas. Posteriormente, segue-se uma exposição teórica sobre o tema: risco de queda. É feita a definição de queda e a classificação dos tipos de queda; a identificação de fatores de risco; a análise da escala de risco de queda de Morse; a definição de ações para implementação da escala a fim de prevenir a ocorrência de queda e, por fim, apresentação de uma instrução de trabalho no caso de ocorrer uma queda.

De seguida, encontra-se a conclusão que culmina na reflexão acerca dos objetivos inicialmente delineados, bem como na averiguação das dificuldades sentidas ao longo da elaboração do trabalho, apresentando-se observações acerca do tema que resultaram da pesquisa realizada.

Para a concretização do trabalho foi feita uma pesquisa bibliográfica, obtendo assim suportes credíveis e atualizados para o desenvolvimento do mesmo.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA – QUEDA

A melhoria contínua da qualidade, aplicado à segurança dos doentes, obriga à identificação dos riscos, à sua avaliação e ao desenvolvimento de ações de melhoria. O objetivo é providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado.

Assim, com base na gestão de risco, a queda surge como tema de recorrente reflexão. Promover a segurança do doente a quem se presta cuidados de saúde constitui uma premissa basilar na atuação de enfermagem.

*A falta de segurança do doente pode resultar: a) falta de confiança nas organizações de saúde e nos profissionais, deteriorando a relação entre doentes e profissionais; b) aumento de custos económicos e sociais; e c) redução da possibilidade de alcançar resultados esperados. Assim, estas consequências também têm um impacto na qualidade dos cuidados em saúde.* (Sousa, Furtado e Reis, 2008).

### 2.1 DEFINIR QUEDA

A Organização Mundial da Saúde alerta para o facto de as quedas serem a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários (WHO, 2010).

As quedas são consideradas um problema de Saúde Pública e têm sido objeto de preocupação a nível nacional e internacional, de modo que foram criados programas nacionais de prevenção de quedas e com necessidade da sua implementação a nível local e, por conseguinte, também ao nível das instituições de saúde.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2018) cair está definido como - executar: “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.” (pág.21)

Cair está inserido como foco que representa área de atenção relevante para a Enfermagem segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016).

## **2.2 TIPOS DE QUEDA**

As quedas acidentais estão relacionadas com o ambiente ou erros de avaliação do doente dos obstáculos ou de barreiras de ordem física. Neste tipo de queda, o doente pode escorregar, tropeçar, ou perder o equilíbrio. Podem ocorrer quando, por exemplo o doente sai da cama cuja a altura não foi ajustada ou quando perde o equilíbrio durante a marcha. Este tipo de queda não está associado a fatores fisiológicos, mas a fatores ambientais ou erros de avaliação do doente.

As quedas fisiológicas previsíveis ocorrem em doentes que são identificados como tendo risco avaliado pela Escala de Quedas de Morse, com base nos seis fatores da escala que podem contribuir para a probabilidade de o doente cair.

As quedas fisiológicas não previsíveis estão relacionadas com causas fisiológicas que não podem ser acauteladas, como fraturas patológicas, perdas de conhecimento, tonturas, crises convulsivas, entre outros.

## **2.3 FATORES DE RISCO**

Já muito se estudou em relação às quedas como acidentes frequentes em contexto hospitalar, tendo de se concluir que existem fatores que potenciam o risco de queda e que estes podem ser agrupados em dois grandes grupos: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos.

O Plano Nacional de Segurança do doente 2015-2020 diz que quanto mais fatores de risco uma pessoa possuir, maior será o risco de queda; alguns podem ser mudados, mas nem todos podem ser excluídos.

Os fatores de risco intrínsecos estão relacionados com o doente como a idade, doenças crónicas, fraqueza muscular, desequilíbrio, alterações cognitivas, alterações neurológicas e a medicação.

Para a Organização Mundial de Saúde (2007) as quedas e os resultados das lesões nos idosos é um problema de saúde em todas as regiões do mundo que se deparam com o impacto do envelhecimento da população.

A idade parece ser um fator importante, uma vez que o processo de envelhecimento é acompanhado por alterações das capacidades física e cognitiva. Concomitantemente com o aumento da idade, os mais velhos experienciam as condicionantes associadas às doenças crónicas.

A fragilidade óssea, a perda de massa muscular, a degradação do tempo de resposta dos movimentos, a dificuldade na concentração, a alteração do equilíbrio e da marcha, que decorrem do processo de envelhecimento, aumentam o risco de queda e de gravidade da lesão face a uma queda (Costa, 2019).

Para além disso, o envelhecimento aumenta o número de doenças crónicas, como já dito antes, e com isso surge a necessidade de recorrer a medicamentos para o seu controlo. Embora nem todos os idosos necessitem de medicação, a existência de várias doenças crónicas pode implicar a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos, aumentando assim o risco de queda. A polimedicação é considerada, por isso, como um fator de risco determinante no perigo de queda.

Vários autores relatam que medicamentos como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser considerados como preditores de episódios de quedas, o que se deve ao facto de diminuírem as funções motoras e causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural.

A queda e as lesões dela resultante prolongam, em diversas circunstâncias, a permanência em meio hospitalar, acarretando um aumento dos custos, assim como o aumento o nível de dependência e de necessidade de cuidados de saúde. De uma queda pode resultar um espectro alargado de lesões: ansiedade e depressão associado ao medo de nova queda; fratura do colo do fémur; traumatismo craniano ou até mesmo a morte do indivíduo.

Curiosamente, um estudo num serviço de urgência australiano concluiu que eram os jovens que mais apresentavam quedas e estas estavam associadas ao abuso de substâncias ilícitas e de álcool (McErlean e Hughes, 2017).

Estados confusionais associados ao delírio, à demência e à existência de lesões cerebrais condicionam a perceção da realidade e das limitações físicas a que estão sujeitos, aumentando o risco de cair.

O aumento de quedas, também se deve, em muito, às dificuldades visuais e auditivas, associadas ao ambiente desconhecido do meio hospitalar.

Alterações vestibulares, diminuição da força muscular, deformidades ósseas e nos pés, distúrbios propriocetivos e até a alteração do padrão do sono mostram-se como fatores que potenciam o risco de queda.

Public Health Agency of Canada e citado por Miller et al (2009) estabelece uma relação entre o género e a queda. Assim, afirmam que as mulheres têm maior risco de queda.

Os fatores extrínsecos dependem do ambiente ou de outros e podem ser modificáveis, diminuindo o risco de queda: a fraca luminosidade, as camas sem grades e destravadas, as roupas e calçado de tamanhos inadequados, o pavimento irregular e escorregadio, a ausência de corrimões de apoio nos corredores e nas casas de banho, a pouca vigilância dos doentes por sobrelotação, no caso dos serviços de urgência, a dotação de enfermagem não segura para a necessidade dos cuidados a prestar aos doentes, entre outros (Monteiro, 2020).

Segundo Plano Nacional Segurança dos Doentes (2021/2026), as instituições devem desenvolver planos para a prevenção de quedas, investigar as causas, identificar os fatores que contribuíram para a ocorrência das mesmas e preveni-las.

A identificação dos fatores de risco em cada contexto de queda registada mostra-se essencial, como forma de perceber se existe uma oportunidade de melhoria, a fim de diminuir a ocorrência de quedas. Neste sentido, surgiram sistemas de notificação que permitem o registo de acidentes e as circunstâncias em que decorrem. Só assim se gera uma cultura de segurança de identificação de erro, análise e prevenção do mesmo.

## 2.4 ESCALA DE MORSE

A avaliação do risco de queda é um dos indicadores de qualidade em relação à segurança do utente. Em Portugal não existe um instrumento de avaliação do risco de queda específico para o serviço de urgência.

Morse Fall Scale é de origem inglesa, do ano 1989, criada por Janice Morse (Sarges & Chaves, 2017). A escala foi validada e adaptada cultural e linguisticamente para o nosso idioma pelos autores Costa-Dias e Ferreira (2014). *A escala deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade e aplicada a todos os doentes com mais de 18 anos. O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco.*

-Sem risco (0 e  $\leq$  24 pontos);

-Baixo risco ( $\geq$  25 e  $\leq$  50 pontos);

- Alto risco ( $\geq 51$  pontos)

De acordo com o autor Costa-Dias e Ferreira (2014), a avaliação deve ser feita na *admissão do utente e pelo menos de 3 em 3 dias durante o período de internamento, ou quando é transferido para uma unidade diferente, quando ocorre uma mudança na sua condição, ou depois de uma queda.*

A escala identifica o risco de queda de um utente baseada em seis variáveis:

1. História de queda neste internamento/urgência ou nos últimos três meses

- a. Não- 0 pontos
- b. Sim- 25 pontos

Uma queda acidental não é considerada como antecedente de queda por não ter sido resultado de uma condição fisiológica. Por exemplo, ser empurrado e cair.

2. Diagnóstico secundário- hipotensão, défices nutricionais, insónia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crónicas como diabetes, hipertensão.

Não são diagnósticos secundários, situações que não interfiram com o risco de queda: apendicectomia ou fratura do braço já resolvidas, por exemplo.

- a. Não-0 pontos;
- b. Sim- 15 pontos;

3. Auxílio na deambulação

- a. Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas - 0 pontos

O doente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o doente andar sempre apoiado por outra pessoa ou se usar cadeira de rodas e se estiver completamente independente e não precisa de ajuda.

- b) Muletas/canadianas/bengala/andarelo-15 pontos;
- c) Apoia-se no mobiliário para andar-30 pontos.

4. Terapia endovenosa

- a. Não-0 pontos;
- b. Sim-20 pontos;

O doente apenas se encontra em risco quando conetado à terapia endovenosa.

A terapêutica efetuada em bólus não é considerada como terapia endovenosa em perfusão.

#### 5. Postura no andar e na transferência

- a. Normal/Acamado/Imovel-0 pontos;

O doente anda sem hesitação. No caso de usar cadeira de rodas é autónomo nas transferências ou é transferido sempre por alguém.

- b. Debilitado-10 pontos;

O doente tem passos curtos, levanta-se sem perder equilíbrio. Usa o mobiliário como apoio para se sentir seguro.

- c. Dependente de ajuda-20 pontos;

O doente dá passos curtos e pode ter dificuldade em levantar. Devido à falta de equilíbrio, o doente agarra-se à mobília e usa algum equipamento de auxílio de marcha e não consegue caminhar sem ajuda. Verifica-se que agarra o corrimão ou os móveis, com tanta força que as pontas dos dedos ficam brancas.

#### 6. Estado mental

- a. Consciente das suas capacidades-0 pontos;

O doente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas. Um doente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda.

- b. Esquece-se das suas limitações-15 pontos.

O doente sobrestima as suas capacidades e a sua avaliação sobre o risco é irrealista.

De forma a complementar a avaliação do risco de queda, pode ser utilizada em conjunto uma escala de avaliação do risco de queda associado à medicação como a Medication Fall Risk Scoring System (MFRSS).

O instrumento integra os fármacos associados ao risco de queda que são pontuados entre 1 e 3 pontos de acordo com o nível de risco, multiplicados pelo número de fármacos que o doente toma, sendo assim obtido o nível de risco. Sempre que o nível de risco é igual ou superior a 6 deve ser a ponderada a possibilidade de redução ou mudança de fármacos. Tudo isto poderá ser aplicado

no serviço de urgência, mas mais especificamente em OBS, no entanto, no contexto de tratamento de uma situação aguda torna-se mais. (Apêndice A).

## **2.5 COMO IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR RISCO DE QUEDA?**

Vários autores referem que as quedas são os acidentes mais registados no hospital, assumindo importante destaque pelas consequências individuais que provocam e pelo aumento de tempo de internamento, com custos económicos e sociais elevados. Neste contexto, os enfermeiros são os profissionais de eleição na promoção da segurança do utente, utilizando dispositivos de avaliação de risco e implementando medidas de prevenção baseadas na evidência científica e suportadas com formação contínua.

Em função do score de risco, devem, então, ser definidas estratégias de intervenção, de acordo com a situação do doente. Com base nas orientações do National Center for Patient Safety (NCPS), as estratégias de intervenção podem ser agrupadas em função do risco em:

- (1) intervenções básicas de segurança para todos os doentes;
- (2) intervenções para o doente avaliado com risco baixo de queda;
- (3) intervenções para o doente avaliado com elevado risco de queda;
- (4) intervenções após queda do doente.

De acordo com Morse (2009), para reduzir os riscos de queda em contexto hospitalar é necessário um esforço planeado e coordenado, e conhecer a dimensão do problema na organização, assim como o grau de gravidade dos danos provocados pelas quedas.

Morse (2009) afirma que, apesar de não haver risco nulo de queda, devem existir, de forma contínua, medidas de prevenção.

Para reduzir os fatores de risco, Morse propõe um Programa de Intervenção com três etapas.

A primeira etapa centra-se na correção dos fatores ambientais e na prevenção das quedas acidentais. Torna-se essencial que todas as camas tenham grades e que as dimensões cama/grade/colchão sejam adequadas; que as cadeiras de rodas tenham travões a funcionar; que as

casas de banho tenham corrimões de apoio; que as superfícies, nomeadamente o chão não, tenham irregularidades/desniveis; que os suportes de soros estejam nas devidas condições, entre outros.

A segunda etapa centra-se nos doentes em que a escala de Morse identifica risco de queda. O objetivo é identificar factos de risco passíveis de corrigir ou minimizar. Por exemplo, ajustar determinada terapêutica e assim reduzir períodos confusionais; instituir fisioterapia para melhorar a força muscular e a postura, ou capacitar o doente para utilizar corretamente os apoios de marcha.

A terceira etapa centra-se nos doentes em que não é possível prever a ocorrência de uma queda. Neste caso, a intervenção centra-se em implementar medidas que possam proteger o doente, se ocorrer uma segunda queda.

Após a avaliação do risco de queda e com adoção das devidas medidas preventivas, coloca-se a questão da identificação e sinalização do grau de risco de fácil leitura/visualização para os profissionais de saúde. A adopção do sistema de sinalização com etiquetas coloridas para identificação visual dos graus de risco parece ser de fácil implementação e, para além disso, comporta um baixo custo para a instituição. O vermelho, por exemplo, identifica o grau emergente na triagem de Manchester, logo, pressupõe-se que o risco de queda identificado com a mesma cor seja o de maior risco. O mesmo se verifica para a cor de laranja e o amarelo. Contudo, temos aqui uma situação que dificulta a sua observação de rápida e eficaz, pois as cores confundem-se, quando utilizadas as mesmas cores, sendo necessário utilizar cores que contrastem, para uma rápida identificação do risco de queda de cada utente. Assim sendo, alto risco de queda – Preto; Médio risco de queda – Cinzento e Baixo risco de queda - Branco.

Devido à existência de um grande número de doentes restritos ao leito, pode ser pertinente a sinalização na cama ou na maca do doente.

## **2.6 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES**

Morse (2009) estima que mais de 80% dos enfermeiros considera a escala “rápida e fácil de usar”, sendo que 54% considera gastar menos de 3 minutos a preenchê-la.

Morse (2009) preconiza, nos serviços de urgência, 4h entre a entrada e a primeira avaliação. Em dias de maior afluência poderá haver dificuldade no cumprimento desta recomendação. Por isso, sugere-se a prioridade na avaliação dos indivíduos com marcha prejudicada e aos que apresentem estado mental alterado, podendo esta solução colmatar situações de risco.

Por outro lado, existem contextos em que a escala não é aplicável. Por exemplo, doentes que não têm atividade motora tal como os tetraplégicos e nos doentes sedados/curarizados.

É de referir que um problema informático, a permanência curta no serviço de urgência e até a necessidade de estabelecer prioridades na prestação de cuidados podem ser outros dos motivos para a falha do uso da escala, embora isso não exclua a aplicação e adoção de medidas preventivas para minimizar o risco de queda.

Os erros na aplicação da escala podem estar associados ao incorreto preenchimento da escala. Quando questionado o doente se teve alguma queda nos últimos três meses, ele pode não compreender a pergunta ou porventura teve uma queda que desvaloriza, induzindo a uma falsa resposta.

Após a implementação da escala e da tomada de medidas preventivas, as limitações e dificuldades tornar-se-ão mais objetivas e serão tema de análise.

Em relação ao serviço de Urgência em específico onde recorre o meu ensino clínico sugere-se ou considera-se pertinente dada a relevância do tema a realização de um estudo que permitisse uma melhor caracterização e compreensão das quedas e assim ajustar as medidas que serão implementadas à realidade deste serviço de urgência.

## **2.7 PROCEDIMENTOS**

A definição de procedimentos procura uniformizar a prestação de cuidados, no que respeita a prevenção de quedas, assim como, caso os doentes sofram uma queda estes sejam devidamente avaliados.

**A. Para prevenir a ocorrência de quedas definem-se os seguintes procedimentos de segurança.**

O enfermeiro avalia o score de risco de queda:

- No momento da admissão do doente até 4h desde a sua entrada;
- Após ocorrência de queda;
- Sempre que se justificar necessário, por exemplo alteração do estado do doente.

O enfermeiro regista no campo de observações existente no programa da triagem de Manchester, atribuído de imediato a cor respetiva para o risco de queda do utente.

De acordo com o score de risco de queda obtido, o enfermeiro informa o doente acerca dos riscos envolvidos e educa sobre os cuidados a ter para prevenir a ocorrência de quedas.

O enfermeiro assinala na pulseira de identificação do doente o Score de risco de queda obtido, com etiqueta autocolante circular cuja cor identificará o grau de risco.

- Baixo risco de queda – etiqueta branca
- Risco moderado – etiqueta cinzenta
- Risco elevado – etiqueta preta

Preventivamente, o enfermeiro deve ter em conta um conjunto de precauções, como forma de gerir o ambiente que rodeia o doente e proporcionar as condições de segurança á prevenção de queda.

- As grades laterais de segurança das camas devem estar sempre levantadas, exceto nos doentes que estejam conscientes e funcionalmente independentes ou na prestação de cuidados diretos ao doente.
- As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e com as rodas travadas, exceto aquando da prestação direta de cuidados de saúde ao doente.
- Deve assegurar-se que o doente, a partir da cama ou do cadeirão, possa alcançar facilmente o comando de chamada ou luz, o telefone ou qualquer outro objecto pessoal que necessite.

O alto risco de queda é considerado em doentes com determinadas necessidades:

- Idade superior a 70 anos
- Transportado em cadeira de rodas ou maca
- Com uso de dispositivos auxiliares de marcha

- Com déficit auditivo significativo ou surdo
- Com limitação funcional dos membros inferiores
- Com tonturas
- Embriaguez aparente
- Doença mental
- Sobredosagem e envenenamento
- Traumatismo cranioencefálico
- Comportamento estranho
- Dor severa.

## **B. Avaliação das condições físicas e ambientais serviço de urgência geral**

A periodicidade da utilização da lista de verificação “Avaliação das condições físicas e ambientais” não foi estabelecida.

De salientar que outras medidas podiam ser apresentadas, nomeadamente a utilização de chinelos antiderrapantes, cintos de contenção para as carreiras de rodas, luz de presença, apoio ao longo dos corredores, contudo existem algumas limitações que não permitem a sua implementação. Contudo observei que os enfermeiros se desdobram em esforços e cuidados para a proteção dos utentes.

### **CADEIRAS DE RODAS**

Têm rodas

As rodas têm travões

Os travões travam eficazmente

Os pneus são macios ou estão cheios

As rodas permitem a mobilização eficaz da cadeira (não estão vazias nem empenadas)

Têm cinto (uma vez que nenhuma têm, podemos usar um lençol para o mesmo efeito)

Os braços da cadeira são facilmente retirados para as transferências

Os apoios para os pés são ajustáveis às necessidades do doente (altura, posição, etc.)

#### Camas

As camas / macas permitem ajustar a altura às necessidades do doente

As camas / macas têm grades

As grades sobem e descem facilmente

As grades ficam seguras quando elevadas

As grades ocupam o espaço necessário para impedir a saída / queda do doente

As camas / macas têm travões

Os travões travam eficazmente

#### Suporte soros

O suporte de soro tem dispositivo de fixação funcional (parte superior / inferior)

As rodas deslizam facilmente em todas as direcções e não encravam

O suporte tem uma base de cinco rodas, permitindo manter a sua estabilidade

#### Calçado

O calçado do utente tem de ter solas antiderrapantes

Tamanho adequado

#### Andarilhos / Canadianas / Pirâmides

As borrachas de segurança das pontas estão em boas condições

São estáveis

#### Iluminação

As luzes de presença funcionam

Existem luzes de presença em todas as zonas comuns

As luzes de presença funcionam

#### Corrimão / Barras de apoio

Nos chuveiros

Nas casas de banho

Nos corredores (não existe) melhoria para o serviço.

#### Condições do piso

Sem irregularidades

Material anti-derrapante nas casas de banho

Desníveis assinalados

Campainha

Existem campanhas funcionantes em todas as unidades

Estão acessíveis

### **C. Após ocorrência de uma queda definem-se os seguintes procedimentos**

Na ocorrência de uma queda esta deve ser registada em impresso de registo de ocorrência que posteriormente será introduzida pelo enfermeiro chefe na respetiva plataforma. Contudo é muito importante registar se a queda foi presenciada ou não.

Após queda os doentes deverão ser avaliados de imediato pelo Enfermeiro ou Médico, segundo a NORMA 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares

*a) Avaliação do estado de consciência;*

*b) Avaliação dos parâmetros vitais (pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR), frequência*

*cardíaca (FC) e dor), da saturação de oxigénio periférico (SpO2) e da glicemia capilar;*

*c) Avaliação de danos associados à queda;*

*d) No caso de suspeita de contusão cervical não mover a pessoa e imobilizar a coluna cervical;*

*e) Verificação de terapêutica anticoagulante;*

*f) Reavaliação e monitorização da situação clínica. tendo em conta que as lesões por queda podem não surgir de imediato;*

*g) Registo e descrição de queda.*

*Após a ocorrência de uma queda, deve ser efetuada por médico e enfermeiro*

*a) Notificação do incidente no sistema nacional de notificação de incidentes na plataforma (Notific@) e no sistema local de notificação adotado pela organização – plataforma de gestão de não conformidades, com comunicação dessa notificação ao superior hierárquico, ao Gabinete de Gestão do Risco/Segurança e/ou à Comissão de Qualidade e Segurança (se aplicável), a seguinte informação:*

- i. Circunstâncias da queda (data e hora da queda, o que envolveu, espaço físico onde ocorreu, tipo de queda, estado físico e psíquico da pessoa no momento da queda);*
- ii. Referência se a queda foi presenciada por outra pessoa;*
- iii. Tipo e grau de dano (nenhum, ligeiro, moderado, grave, morte);*
- iv. A quem foi comunicada a queda;*
- v. Intervenções efetuadas;*
- vi. vi. Propostas de intervenção futura*
  - c. Análise do incidente e fatores contribuintes pelo Gabinete de Gestão de Risco/Segurança;*
  - c) Monitorização dos indicadores e avaliação das medidas implementadas, pela Comissão de Qualidade e Segurança.*

### 3. CONCLUSÃO

Em Portugal, estima-se que as quedas sejam responsáveis por cerca de 70% dos acidentes em pessoas idosas, ocorrendo maioritariamente no domicílio, considerando-se uma causa importante de internamento hospitalar e mortalidade nesta população (Direção Geral de Saúde, 2010).

Com o progressivo envelhecimento da população estima-se um aumento de ocorrências de quedas. Na realização desta pesquisa bibliográfica, fica claro que as quedas têm consequências de natureza física, psicológica e social que afetam o bem-estar e qualidade de vida do doente. Podem mesmo causar a morte e têm um impacto significativo nos cuidados de saúde.

Atualmente, a monitorização de quedas nas instituições de saúde tornou-se fundamental por se tratar de um dos indicadores de qualidade que constam nos planos de segurança dos doentes. Cada vez mais as instituições são creditadas por seguirem protocolos rígidos e padronizarem modelos de processos seguindo os mais altos padrões de qualidade e colocando a segurança do paciente sempre em primeiro lugar.

Pelas particularidades dos serviços de urgências, as quedas mostram-se um tema de reflexão. A afluência variável a este serviço; os doentes com diferentes condições físicas e mentais; o contato momentâneo que por vezes se tem com o doente; a própria estrutura física que o serviço apresenta; a dificuldade de vigilância de todos os doentes, tratam-se de condicionantes que obrigam a definir estratégias para reduzir e minimizar a ocorrência de acidentes.

Nesse sentido, os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética de promover, prevenir e salvaguardar a segurança dos doentes. É fundamental a envolvência da equipa multidisciplinar e desenvolver protocolos de atuação e estabelecer rotinas que promovam a segurança de todos aqueles que se dirijam a uma instituição de saúde.

É da responsabilidade dos enfermeiros reduzir a taxa de ocorrência de queda o máximo possível, sendo um importante indicador de monitorização de quedas a nível institucional (Morse, 2009).

A escala de risco de queda apresentada por Morse, é um sistema de estratificação do risco de queda para avaliar e hierarquizar a probabilidade de um doente cair.

Constata-se ser fundamental atuar na prevenção das quedas pela compreensão das causas e circunstâncias em que ocorrem; identificar e avaliar os doentes vulneráveis e assim implementar

as intervenções adequadas; reduzir os danos com tratamento rápido e efetivo de qualquer lesão provocada pela queda e aprender com as quedas reportadas através da revisão dos sistemas de gestão do risco e, assim, perceber quando e porquê os doentes são mais vulneráveis às quedas.

Por isso parece-me pertinente implementar medidas de prevenção; implementar a escala de avaliação de risco de queda no momento da Triagem de Manchester; incluir no sistema informático a escala de avaliação de risco de queda e o respetivo sistema de alerta para os idosos identificados com risco de queda; sistematizar os registos de enfermagem para otimizar a continuidade dos cuidados; assegurar que todos os idosos que sofram uma queda no Serviço de Urgência sejam monitorizados; proporcionar um ambiente seguro, identificando locais e situações de risco, elimina-las ou reporta-las para resolução; avaliar as estratégias implementadas.

#### 4. BIBLIOGRAFIA

Decreto-Lei no 28/2015 de 10 de fevereiro de 2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 2020. Diário da República II Série. No 28 (10-02-15), 3882-(2) acessado em 29 de setembro de 2018. Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Dias, A. P., Ferreira, D. A., & Ferreira, S. S., (2016) Prevenção de Quedas nos Idosos [http://metis.med.up.pt/index.php/Preven%C3%A7%C3%A3o de Quedas nos Idosos](http://metis.med.up.pt/index.php/Preven%C3%A7%C3%A3o_de_Quedas_nos_Idosos)

Direção Geral de Saúde no 11/2012- <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012-jpg.aspx>

Direção Geral de Saúde no 15/2014-<https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>.

[Icnp.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](http://icnp.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)

Fragata, José (2011). Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática. Lisboa. Lidel, .

Monteiro, Maria José (2020). Risco de queda em utentes adultos e idosos - No serviço de urgência. validação cultural da escala memorial emergency department fall-risk-assessment tool (medfrat).

McErlean ,D.R., & Hughes, J. A.(2017).Who falls in na adult emergency department and why- a retrospective review .Australasian Emergency Nursing Journal, 12-16 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28034556>

MILLER, Erin; [et al] (2009). Management of fall-related injuries in the elderly: a retrospective chart review of patients presenting to the emergency department of a community-based teaching hospital. Physiotherapy Canada. [em linha]. Vol. 61, no 1 (Fevereiro 2009). 26-37. ISSN 1708-8313. Acessado em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=19&sid=b97bf7df-cd07-4f29-b19f-ab36328a68ea%40sessionmgr4>

MORSE, Janice M. (2009). Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. 2a ed. New York: Springer Publishing Company.

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020)-<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros (2015) Cipe Versão 2 -Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros. Lisboa: Lusodidata

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020)-<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>.

Recomendações técnicas para Serviços de Urgência (2015). Administração Central do Sistema de Saúde. IP

Sarges, N., A., Santos, M., I., P., O., & Chaves, E., C., (2017). Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. Revista Brasileira de Enfermagem .Rev. Brás. Enferm. vol.70 no.4 Brasília July/Aug. 2017

Smith, M., Lusignan, S., Mullet, D., & Correa, A., (2016). Predicting Falls and When to Intervene in Older People: A Multilevel Logistical Regression Model and Cost Analysis [https://www.researchgate.net/publication/305628750\\_Predicting\\_Falls\\_and\\_When\\_to\\_Intervene\\_in\\_Older\\_People\\_A\\_Multilevel\\_Logistical\\_Regression\\_Model\\_and\\_Cost\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/305628750_Predicting_Falls_and_When_to_Intervene_in_Older_People_A_Multilevel_Logistical_Regression_Model_and_Cost_Analysis).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007). WHO global report on falls prevention in older age. [em linha]. França: WHO. ISBN 978-92-4-156353-6. Acedido em 11/10/2010. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf).

# **Anexo A**

<i>Nível de Risco</i>	<i>Pontuação</i>	<i>Fármacos</i>	<i>Comentários</i>
Elevado	3	Analgésicos estupefacientes Antipsicóticos Anticonvulsivantes Benzodiazepinas	Sedação, tonturas, distúrbios posturais, alteração da marcha e equilíbrio, cognição prejudicada
Médio	2	Anti-hipertensores Antiarrítmicos Fármacos do aparelho cardiovascular Antidepressores	Hipotensão ortostática induzida, deficiente perfusão cerebral, estado de saúde comprometido
Baixo	1	Diuréticos	Aumento da deambulação, hipotensão ortostática induzida
Score $\geq 6$	-		Risco elevado de queda: avaliar o doente

Escala de Morse.

## **Apêndice II**

Recomendações na alta para o doente submetido a implantação de dispositivos cardíacos.

## **Recomendações na alta para o doente submetido a implantação de dispositivos cardíacos**

O "pacemaker" é um aparelho eletrónico que produz impulsos elétricos destinados a estimular o músculo cardíaco. Ele monitoriza a frequência cardíaca (a velocidade que o coração bate) e o ritmo (o padrão segundo o qual ele bate) e fornece estímulos elétricos quando o coração não bate ou quando o faz muito lentamente.

Assim, a pessoa submetida à implantação deste dispositivo, deverá seguir os seguintes cuidados:

### Cuidados pós-operatórios

- Nos primeiros dois dias, aplique frio no local da sutura, recorrendo a almofadas de crioterapia.
- Use roupas largas para evitar a fricção próximo do local do penso.
- Use roupa interior de algodão;
- Mobilize o membro operado, evitando a extensão completa do mesmo;
- Utilize o telemóvel no lado contrário ao do implante;
- Evite esforços que envolvam o braço ou o ombro do lado do dispositivo, como os realizados em alguns desportos (natação, golf, ténis...) ou carregar pesos com o membro afetado.
- Reiniciar o exercício físico, como desportos ou carregar pesos, após consulta de revisão com o seu médico especialista.
- Evite a aproximação de centrais/fontes de alta tensão/energia e de antenas de centrais de telemóveis;
- Se usar microondas em casa, mantenha-se afastado do mesmo 2 metros quando este se encontrar em funcionamento.
- Evite conduzir num período não inferior a quatro semanas, aguardando sempre a indicação do médico para iniciar a condução.
- Não existe qualquer interferência no dispositivo durante a atividade sexual. Se tiver dúvidas, fale com o seu médico.

### Cuidados com o penso cirúrgico

- Manter o penso limpo e seco;
- Se o penso estiver repassado deve dirigir-se ao hospital ou centro de saúde mais próximo, para realizar a sua substituição
- Ao fim de cinco dias deve retirar o penso.

## Medicação

- Deve seguir as indicações prescritas pelo seu médico;
- A menos que haja indicação médica em contrário, pode retomar a medicação habitual.

## Informação importante

Deve sempre fazer-se acompanhar do cartão de portador de pacemaker

Comunique previamente, que é portador de pacemaker nas seguintes situações:

- encontrar-se numa área de segurança, como em aeroportos ou outros;
- realize exames (como a ressonância magnética) ou procedimentos médicos.

**Contacte o hospital, pelo telefone da Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios (220039145) após alta se:**

- Tiver dúvidas relativos aos cuidados pós-alta;
- Constatar hemorragia ativa no local do dispositivo;
- Constatar hematoma (inchaço) crescente no local do dispositivo;
- Se tiver sinais de infeção: dor, rubor (vermelhidão), edema (inchaço), calor, febre (superior a 38°C).

## **Apêndice III**

Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a implantação de dispositivo cardíaco

## **INSTRUÇÃO DE TRABALHO**

### **Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a implantação de dispositivo cardíaco**

#### **1.OBJETIVO**

Esta instrução de trabalho tem como objetivo uniformizar a atuação dos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital xxx na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente submetido a implantação de pacemaker cardíaco.

#### **2. ÂMBITO**

Esta instrução de trabalho destina-se aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalentes do Hospital xxx.

#### **3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Foley Paul (2018), Pacing supplement: Introduction, The british Journal of Cardiology

#### **4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO**

O Pacemaker é um aparelho eletrónico que produz impulsos elétricos destinados a estimular o músculo cardíaco. Monitoriza a frequência cardíaca (a velocidade que o coração bate) e o ritmo (o padrão segundo o qual ele bate) e fornece estímulos elétricos quando o coração não bate ou quando o faz muito lentamente.

O doente que carece da implantação deste tipo de dispositivo deve ser preparado física e psicologicamente, pelo que o papel do enfermeiro é fundamental.

## **1. ANTES DO PROCEDIMENTO**

- Esclarecer dúvidas do doente/família sobre o procedimento;
- Pesquisar história de alergias e realizar restante avaliação inicial;
- Confirmar medicação realizada no domicílio, tendo especial atenção à última toma de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários.
- Avaliar sinais vitais;
- Confirmar jejum;
- Retirar próteses (dentária/auditiva/ocular) e adornos;
- Executar tricotomia no local de implantação do pacemaker (habitualmente hemitórax superior esquerdo);
- Banho com clorexidina a 2%;
- Vestir roupa para ida ao bloco operatório (bata, touca, chinelos, fralda, se necessário);
- Inserir cateter venoso periférico no membro superior direito (preferencialmente);
- Administrar medicação segundo prescrição médica;
- Acompanhar doente à sala com o processo clínico, após chamada e transferir o doente aos enfermeiros da hemodinâmica;
- Proceder à realização dos registos de enfermagem.

## **2. DEPOIS DO PROCEDIMENTO**

- Receber o doente e as indicações dadas pelo enfermeiro da hemodinâmica; Monitorizar o doente hemodinamicamente;
- Aplicar crioterapia em local de implantação do pacemaker;
- Providenciar refeição ligeira para o doente, de acordo com indicação clínica;

- Avaliar dor e aplicar as medidas farmacológicas e não farmacológicas de acordo com escala aplicada;
- Administrar restante medicação prescrita;
- Vigiar penso no local de implantação de pacemaker;
- Vigiar ocorrência de hematoma, hemorragia em local de implantação;
- Informar o doente dos cuidados a ter com a mobilização do membro superior esquerdo: restrição da mobilidade do ombro nas primeiras 12 horas.
- Vigiar estado de consciência.
- Proporcionar repouso no leito até à manhã seguinte.

### **3. NO DIA SEGUINTE - PREPARAÇÃO PARA A ALTA**

- Supervisionar/assistir no primeiro levante;
- Auxiliar nos cuidados de higiene;
- Realizar penso e vigiar sinais inflamatórios/hemorragicos no local de implantação;
- Realizar ensinios segundo folheto informativo IMP.3375.00 Recomendações na alta para o doente submetido a implantação de dispositivos cardíacos
- Informar o doente para se fazer acompanhar sempre com o cartão de portador de pacemaker;
- Informar o doente da necessidade de dar a conhecer que é portador de pacemaker quando recebe cuidados de saúde;
- Esclarecer dúvidas.

### **4. OUTRAS CONSIDERAÇÕES**

Os doentes devem ser, posteriormente, acompanhados em Consulta externa com a seguinte periodicidade: ao fim de 2 meses e depois anualmente ou em alguns casos semestralmente nos primeiros

5 anos. Após este período a avaliação deverá passar a ser de 6 em 6 meses ou de 4 em 4 meses para preparar a substituição eletiva do gerador por aproximação de exaustão de bateria.

