

Relatório Final de Estágio

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

Por
Manuel Maia Cerqueira Sarmiento Oliveira

Porto – março, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório Final de Estágio

FINAL INTERNSHIP REPORT

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

Por

Manuel Maia Cerqueira Sarmento Oliveira

Sob a orientação da Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto – março 2022

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com 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, e evidencia o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório que é composta por dois momentos de estágio: a Emergência Pré-Hospitalar e o Serviço de Urgência de um Hospital Central, no período de 6 de setembro de 2021 a 18 de dezembro de 2021.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, engloba uma preceção holística, com o objetivo, de otimizar todas as intervenções que possam ser necessárias para salvaguarda a vida da pessoa sendo um foco do enfermeiro especialista.

Este documento pretende descrever todas as atividades desenvolvidas durante os dois momentos de estágio, com vista na aquisição de competências técnicas, humanas e científicas enquanto futuro enfermeiro especialista.

Durante este estágio foi fomentada a prática baseada na evidência tendo sido realizada uma revisão integrativa da literatura: o ganho na utilização de intervenções no controlo de infeção do trato urinário associada ao cateter vesical.

Descritores e Palavras-Chaves: enfermeiro especialista; pessoa em situação crítica; enfermagem médico-cirúrgica; competências

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Critically Ill Patients, of the Instituto de Ciências da Saúde – Porto da Universidade Católica Portuguesa. It shows the progress made in the Curricular Unit: Final Internship and its Report, which is composed of two internship periods: Pre-Hospital Emergency and Emergency Department of a Central Hospital, from September 6, 2021 to December 18, 2021.

The provision of care to critically ill patients encompasses a holistic approach, with the purpose of optimizing all interventions that may be necessary to safeguard the patient's life, being a focus of the specialist nurse.

This document aims to describe all the activities developed during the two internship periods, with a view to acquiring technical, human, and scientific skills as a future specialist nurse.

During this internship, the evidence-based practice was promoted, and an integrative literature review was conducted: the gain in the use of interventions in the control of urinary tract infection associated with the vesical catheter.

Keywords: specialist nurse; critical person; surgical medical nursing; skills.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EE – Enfermeiro especialista;

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica;

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

H – Horas;

KPC - *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*;

MRSA - *Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente*;

PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva;

PSC – Pessoa em Situação Crítica;

RAM - Resistência dos microrganismos aos antibióticos

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

SAV – Suporte Avançada de Vida;

SU – Serviço de Urgência.

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	17
3. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRITICO	21
3.1. Contextualização dos locais de estágio	21
3.2. O percurso para a aquisição de competências na abordagem ao doente critico	23
4. CONCLUSÃO	41
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
5. APÊNDICE.....	49
APÊNDICE I: A atuação do Enfermeiro SIV na Reanimação	51
APÊNDICE II: Prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical.....	93
APÊNDICE III: Ganhos na utilização de intervenções no controlo de infeção do trato urinário associada ao cateter vesical	97

1. INTRODUÇÃO

Inserido na 14ª Edição do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa, Porto, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, surge a necessidade de elaboração de um relatório de estágio, com o intuito de descrever, analisar e refletir o percurso realizado, no decorrer do processo formativo da Especialização em Enfermagem.

Deste modo, o presente relatório tem como objetivo relatar o percurso decorrido na aquisição e desenvolvimento de novas competências no âmbito académico, bem como no aperfeiçoamento da prestação de cuidados em contexto profissional.

A Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, com uma carga horária de 840 horas (h), desenrolou-se entre 6 de setembro de 2021 a 18 de dezembro de 2021. A mesma integra dois estágios com uma carga horária de 180h de contacto para cada um, realizados no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e num Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal. Após término do período da prática clínica, sucedeu-se a realização deste relatório. Relativamente à restante carga horária desta Unidade Curricular, a mesma encontra-se dividida entre as orientações tutoriais, seminários, tempo para dedicado ao estudo e realização de trabalhos.

Tendo em conta que este relatório se incide maioritariamente sobre o meu percurso nesta Unidade Curricular, é importante salientar que o meu processo de aquisição de competência teve início com o estágio realizado no 2º semestre do primeiro ano do curso de Mestrado em Enfermagem, integrado na Unidade Curricular “ A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, que foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital da região norte de Portugal, entre 3 de maio de 2021 a 26 de junho de 2021 com uma carga horária de 180h de contato direto.

Como descrito no regulamento nº 124/2011, a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, são altamente qualificados, executados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com o intuito de responder as necessidades afetadas e ao mesmo tempo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações

com o objetivo de alcançar a recuperação total. Assim, podemos considerar que é de extrema importância o investimento em formação na área, para o desenvolvimento de competências com vista a prestação de cuidados diferenciados. Uma vez que as Ciências da Saúde estão em constante atualização, é de extrema importância a atualização contínua do saber baseando-se sempre na melhor e mais recente evidência científica disponível à data.

Como podemos observar no regulamento nº 122/2011, o enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio da enfermagem, com vista às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduz num conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção.

Deste modo, a passagem por estes contextos da prática clínica foi de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento de competências enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

A área do doente crítico, sempre foi uma vertente que desde o início da minha formação como Enfermeiro Generalista, e até aos dias de hoje, suscitou grande interesse, devido à sua extrema complexidade e aos resultados que podemos obter com as nossas intervenções, uma vez que fazem diferença na vida da pessoa em situação crítica. Enquanto profissional sempre foi um objetivo investir nesta área de intervenção da enfermagem, com vista ao aperfeiçoamento dos cuidados prestados bem como na aquisição de novos conhecimentos e capacidades.

Em contextos onde se observa uma grande pressão sobre os profissionais de saúde, tem que ser adotada uma perspetiva holística no que toca a prestação de cuidados ao doente crítico. Tal abordagem pretende otimizar todas as intervenções que possam ser necessárias realizar com o intuito de salvaguardar a vida do doente.

Relativamente à Emergência Pré-Hospitalar, esta incute diversos desafios pois na maioria das vezes estamos perante vítimas em estado crítico, num ambiente extra-hospitalar onde por si só os recursos humanos e materiais são mais escassos o que leva a que haja a necessidade de melhorar a organização com vista a otimização dos recursos para executar as intervenções priorizando as necessidades de cada contexto. Segundo Mota et al.,2020, o contexto pré-hospitalar imprime fortes desafios à enfermagem, e os enfermeiros orientam as suas intervenções e tomam as decisões tendo como base a melhor evidência científica, seguindo protocolos terapêuticos predefinidos, e enquanto líderes da equipa de socorro. Estes são responsáveis pela gestão dos diferentes participantes que prestam assistência pré-hospitalar e com isto garantem a segurança dos cuidados de saúde.

Por outro lado, o Serviço de Urgência é um ambiente onde se verifica um grande fluxo de doentes, nomeadamente doentes em situação crítica. Tal situação exige que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades de gestão e organização do seu trabalho, com vista a priorização dos cuidados tornando mais eficaz a sua atuação em situações de stress e exaustão.

Com a elaboração deste relatório, vou conseguir desenvolver o meu pensamento refletivo e ao mesmo tempo fazer uma reflexão crítica sobre o meu percurso de aquisição de competências nestes dois momentos formativos.

A metodologia utilizada na realização deste relatório foram o método expositivo e descritivo com uma sequência lógica e coerente, com apoio em consulta bibliográfica.

Em suma, este documento é composto por uma breve introdução onde são descritos os propósitos da elaboração do relatório, seguido de uma pequena parte relativa ao estágio do primeiro ano onde ressalvo a importância do mesmo para o meu processo de aquisição de competências. Numa terceira fase apresento a contextualização dos locais de estágio, seguido de uma discussão e reflexão das competências previamente adquiridas durante este processo formativo. Para finalizar, apresenta-se a conclusão, a bibliografia e os apêndices com os trabalhos desenvolvidos ao longo desta unidade curricular.

2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

No âmbito da aquisição de competências enquanto futuro Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da pessoa em situação crítica (PSC), o meu percurso iniciou-se com a realização do primeiro estágio inserido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital da região norte de Portugal no período de 3 de maio a 26 de junho de 2021 com uma carga horária de contacto de 108h.

Paiva et al., 2017, considera que a Medicina Intensiva, por definição é uma área diferenciada das Ciências Médicas que tem como especificidade a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes cuja suas funções estejam em falência(s) iminente ou estabelecida(s).

Deste modo, a minha passagem por este contexto de estágio, foi de extrema importância pois foi o meu primeiro contacto com pessoas em situação crítica com falência de um ou mais órgãos vitais. Tal contacto permitiu o desenvolvimento de competências com o objetivo de prestar cuidados diferenciados a este tipo de população com vista o meu futuro enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

O SMI é considerado uma unidade de nível III, sendo constituída por camas de nível III, com a designação de intensivistas, que devem ser destinadas somente a doentes que apresentem uma ou mais disfunções de órgãos vitais potencialmente ameaçadoras de vida, e que necessitem de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017). A realização do estágio neste tipo de unidade permitiu-me contactar com diversas patologias do foro médico e cirúrgico, que enriqueceram esta etapa da minha formação enquanto futuro EE.

É de salientar que no decorrer deste estágio tive a oportunidade de realizar um turno no Serviço de Medicina Hiperbárica, sendo que esta compreende o tratamento de patologias num ambiente com pressão superior à atmosfera, onde é administrado uma fração de

oxigénio inspirado próximo de 1 (fração inspirada de oxigénio de 100%) num ambiente onde a pressão atmosférica é duas vezes superior à pressão atmosférica ao nível do mar (Fernandes, 2019). Assim, consegui adquirir conhecimento sobre esta forma de tratamento que em algumas circunstâncias é aplicada a doentes internados ao SMI.

Logo desde o início desta caminhada, pude constatar que a equipa de enfermagem deste serviço durante de passagem de turno, realizava um briefing de segurança com o intuito de alertar todos os profissionais de situações de perigo e potenciadoras do erro de forma a mitigar situações que colocassem em causa a segurança da equipa bem como a dos doentes. Santos et al. (2010), refere que a realização de briefings antes e depois da concretização de determinados procedimentos, é uma estratégia com vista a prevenção do erro, uma vez que nos briefings que antecedem o procedimento são discutidos assuntos que podem ser geradores de problemas. No que diz respeito aos briefings após os procedimentos, deve, ser discutidos os problemas identificados assim como a forma de atuação perante os mesmos. A utilização desta estratégia ao longo da nossa prática clínica, permite a prestação de cuidados de qualidade e com foco na segurança dos profissionais e dos doentes.

O exercício profissional da enfermagem está centrado numa relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas, e que se caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente salvaguardando sempre as suas capacidades e a valorização do seu papel (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Tendo em conta a situação pandémica em que se vivia no período de realização deste estágio, houve a necessidade de se criar novas estratégias de comunicação para que deste modo se integrasse a família no processo de doença do seu familiar. Assim, um elemento da equipa multidisciplinar contactava o familiar de referência diariamente com o intuito de informar a situação clínica do seu parente. Outra estratégia adotada foi a utilização de dispositivos eletrónicos que permitissem a interação entre os doentes e a sua família durante o período de internamento. Segundo Frost. Et al. (2016), os doentes tratados em unidades de cuidados intensivos têm um risco aumentado de adquirir infeções associadas aos cuidados de saúde, uma vez que estão expostos a tratamento de natureza invasiva como a ventilação mecânica invasiva, o cateter urinário e os acessos venosos centrais. Face aos diversos contextos de atuação e consequente utilização de medidas invasivas no processo de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos de extrema complexidade, a responsabilidade do EE em EMC consiste em maximizar a prevenção, as

intervenções, o controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Considerando a importância desta temática, ao longo do estágio foram adotadas medidas com o intuito de prevenir e reduzir a ocorrência destes eventos adversos. Neste sentido, todos os doentes que davam entrada no serviço, no momento de admissão colhiam uma zaragatoa nasal para pesquisa de MRSA (*Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente*) e zaragatoa retal para pesquisa de KPC (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*), ficando em isolamento até a obtenção do resultado das mesmas.

É de salientar que no SMI, as questões relativas ao controlo de infeção estão bem enraizadas e que a prevenção da pneumonia associada à ventilação invasiva (PAVI) está fortemente implementada no quotidiano da equipa multidisciplinar deste serviço. Como sabemos, o EE tem um papel fundamental na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, sendo que neste caso em específico é da nossa responsabilidade entrevir eficazmente na prevenção desta complicação.

Nesse contexto, realizamos certas intervenções específicas como elevação do leito da cama num ângulo igual ou superior a 30°, realizar a higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0.2% com uma frequência mínima de 3 vezes ao dia, discutir e avaliar diariamente juntamente com a equipa médica a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação e rever, reduzir e se possível, suspender diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado para o tratamento (DGS, 2017). Outro aspeto a salientar, é a prestação de cuidados especializados com vista na melhoria contínua da qualidade.

Neste âmbito, Fonseca (2015), refere que a procura da qualidade dos cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática que exige um contínuo aperfeiçoamento das suas competências teóricas e dos fundamentos da profissão. Assim, é de extrema importância a atualização de conhecimentos por parte destes profissionais, uma vez que desenvolvem uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem mais personalizados e tendo em conta as suas necessidades.

No SMI, conseguimos observar uma política de melhoria da qualidade com a existência de um enfermeiro responsável pela formação interna dos profissionais do serviço. Este tem a missão de avaliar as necessidades formativas de toda a equipa e realizar posteriormente um plano de formação interna que deve ser endereçado à enfermeira chefe do serviço.

Outro aspecto positivo é que todos os meses os enfermeiros do serviço têm a oportunidade de ter, é uma ação de formação com vista a aquisição de novos conhecimentos e que conseqüentemente leva a uma melhoria dos cuidados prestados pelos mesmos.

Também se observou a realização de auditorias internas, como por exemplo a auditoria sobre a prevenção da PAVI e sobre manutenção do cateter venoso central. Estas eram realizadas todas as manhãs por um elemento da equipa que estava destacado para o efeito sendo os dados analisados pela enfermeira chefe.

A realização deste estágio, foi de extrema importância para o meu processo de aquisição das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

3. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO

Este capítulo, é uma reflexão sobre o percurso efetuado nos dois estágios realizados no âmbito desta Unidade Curricular. Inicialmente irei realizar uma breve contextualização destes dois locais de estágio e posteriormente a minha reflexão sobre o meu percurso tendo como base a aquisição de competências propostas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

3.1. Contextualização dos locais de estágio

O primeiro local de estágio foi no Instituto Nacional de Emergência Médica no período temporal de 6 de setembro de 2021 a 17 de outubro do mesmo ano. Este teve uma carga horária de 180h em contexto de prática clínica.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), foi criado no ano de 1981 com o intuito de coordenar, no território de Portugal Continental, o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), com o objetivo de garantir assistência aos sinistrados e às vítimas de doença súbita. A estrutura deste organismo está dividida entre os serviços centrais, onde se encontram as unidades operacionais, as unidades de apoio logístico e as unidades de apoio à gestão, e os serviços descentralizados que são constituídos por três delegações que se encontram distribuídas pelo território nacional.

Tendo em conta os diversos meios desta instituição, o estágio foi dividido por dois meios, tendo realizado 120h na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), e 40h na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). As restantes 20h foram divididas pelo um turno dedicado à gestão com duração de 8h, reuniões de avaliação e apresentação de trabalhos realizados no âmbito deste estágio.

A VMER é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por um médico e um enfermeiro com formação específica em suporte avançado de vida e em emergência pré-hospitalar. Podemos considerar que este meio é uma pequena sala de emergência ambulante, pois na sua carga podemos encontrar material de abordagem inicial à vítima, material de abordagem à vítima de trauma, ventilador, videolaringoscópio, uma pequena farmácia, aspirador de secreções, seringa infusora, garrafas de oxigénio e o Lucas.

Este último, é um sistema mecânico de compressões e descompressões do tórax que permite a realização de compressões torácicas de forma autónoma e continua sem restrição de outros procedimentos invasivos (Alves et al., 2020).

Este meio encontra-se alocado a uma base hospitalar onde existe um stock de material, copa, sala de computadores entre outras divisões de apoio.

Segundo o INEM (2013), as ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) constituem num meio de socorro que além do suporte básico de vida têm a possibilidade de administração de fármacos e a realização de intervenções consideradas invasivas mediante protocolos de atuação aplicados sob supervisão médica. Podemos considerar este meio como um meio de emergência pré-hospitalar diferenciado, sendo a sua tripulação constituída por um técnico de emergência pré-hospitalar e um enfermeiro com formação específica nesta área e detentor do curso de suporte imediato de vida administrada pelo INEM.

A ambulância SIV na sua carga, para além do material básico que constitui a ambulância, também contém um ventilador, seringa infusora, material de abordagem à vítima, material de 10 abordagem à vítima de trauma, fármacos e material para via aérea avançada como máscaras laríngeas e laringoscópio. Em ambos os meios, o regime de turnos é em horário rotativo compreendidos entre manhãs, tardes e noites podendo os profissionais fazer turnos seguidos.

O segundo contexto de estágio decorrido entre 28 de outubro de 2021 a 18 de dezembro de 2021, teve lugar num Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, com uma carga horária de 180h de prática clínica. Este, segundo o despacho nº13427/2015, é considerado um Serviço de Urgência Polivalente onde se encontra integrado um centro de trauma, que por sua vez enquadra-se no nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência.

Tendo em conta a situação pandémica vivida durante o decorrer deste estágio no SU, o mesmo teve a necessidade de se ajustar em função da procura da população por este recurso de saúde. Deste modo, este contempla as seguintes áreas: Triagem, Sala de Emergência,

Área Médica, Observação Clínica, Área Respiratória que integra uma Área Dedicada ao COVID-19, Pequena Cirurgia, Ortopedia, Clínica Geral, Oftalmologia, Internamento de Curta Duração Cirúrgico e Unidade de Curta Duração Médica. Também neste SU encontramos Áreas dedicadas a realização de exames complementares de diagnóstico como Raio X (Rx), Ecografia e Tomografia Axial Computorizada (TAC).

É de salientar que podemos encontrar em todas estas áreas balcões de trabalho de apoio às equipas multidisciplinares que prestam serviço nas mesmas.

O rácio do SU de urgência é composto por 19 enfermeiros no turno da manhã e da noite e de 20 enfermeiros no turno da tarde, uma vez que no turno da tarde é alocado mais 1 enfermeiro à Pequena Cirurgia por aumento do fluxo de doentes durante esse período. Em todos os turnos existe um enfermeiro coordenador que gere a dinâmica do SU em conjunto com o chefe de equipa e coordena a equipa de enfermagem que se encontra a turno. O enfermeiro coordenador deve ser preferencialmente um enfermeiro especialista.

Relativamente à de Emergência, nem todos os enfermeiros do SU são alocados à mesma, uma vez que para tal é necessário uma formação específica.

3.2. O percurso para a aquisição de competências na abordagem ao doente crítico

Os cuidados de saúde e, por consequência, os cuidados de enfermagem, hoje em dia assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma realidade mais presente no cenário dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Neste âmbito, consideramos que o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização (Regulamento nº 140/2019, 2019). Desta forma ao longo do meu processo formativo, que se iniciou com a componente teórica seguido da componente prática, fui adquirindo competências para que no final desta etapa conseguisse adquirir as habilitações regulamentadas pela ordem dos enfermeiros para me tornar um enfermeiro especialista.

O conceito de competências pode ser descrito como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de um indivíduo perante uma situação, dentro de um determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação (Amaral & Figueiredo, 2021).

Já Benner (2001), citado por Amaral & Figueiredo (2021), refere que a aquisição e evolução do desenvolvimento de competências de um enfermeiro baseia-se nas experiências vivenciadas e na forma como são ensinadas. Assim, tendo em conta os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica, delineei objetivos com o intuito de me ajudar a traçar o meu percurso com vista na aquisição das competências preconizadas pela ordem dos enfermeiros para esta área de especialização. Desta forma, este capítulo vai descrever e refletir como se processou o meu percurso de aquisição de competências ao longo destes estágios, tendo em conta os objetivos delineados e o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para os Enfermeiros Especialistas.

- **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Neste contexto, para melhor orientação na aquisição desta competência, delineei o seguinte objetivo: Prestar cuidados especializados com base no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Nos dias de hoje, temos de compreender que o ser humano não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas sim como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, garantindo a sua dignidade ética. Assim é fundamental iniciarmos uma caminhada em direção à humanização dos cuidados de saúde (Barbosa & Silva, 2007).

Desta forma, a pessoa em situação crítica tem de ser tratada como um ser holístico, pois assim conseguimos intervir de forma eficaz na globalidade das suas necessidades. Em contexto pré-hospitalar, o enfermeiro muitas das vezes encontra-se em situações de elevado stress, nomeadamente em ambientes hostis ou situações onde os meios nem sempre são os suficientes para a circunstância com que se depara. Tendo em conta todos estes aspetos, podemos considerar que a atuação do enfermeiro nesta circunstância é extremamente desafiadora.

A atuação do enfermeiro em contexto da ambulância SIV é regida por protocolos de atuação, tendo o mesmo de basear a sua atuação nestes. Após a leitura dos mesmos, pude constatar juntamente com o tutor, que o protocolo das paragens cardiorrespiratórias (PCR), tendo em conta os domínios da responsabilidade profissional e ético, pode levantar algumas questões éticas no que diz respeito à atuação do enfermeiro SIV.

Neste contexto, e no âmbito do estágio, realizei um trabalho de reflexão sobre esta temática da atuação do enfermeiro SIV (Apêndice I: A atuação do Enfermeiro SIV na Reanimação). Pude concluir que o enfermeiro SIV é um elemento altamente qualificado sendo uma mais-valia nos cuidados pré-hospitalares prestados à população em geral. Uma vez que este implementa as suas intervenções tendo por base a melhor evidencia científica e os princípios éticos e deontológicos da sua profissão, os referidos protocolos podem limitar a ação das suas funções. Deste modo o INEM deveria reformular os seus protocolos com base nas novas diretrizes internacionais e ponderar a inclusão de procedimentos já existentes na Região Autónoma dos Açores.

O Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (2021), além dos protocolos de atuação também implementou procedimentos de atuação em diversas situações, sendo uma delas relativa à vítima cadáver. Com a implementação deste procedimento, o enfermeiro SIV nos Açores consegue ter mais autonomia no que diz respeito à tomada de decisão de não reanimar ou suspender as manobras de reanimação, quando comparado com o enfermeiro SIV do INEM.

Caso a vítima não apresente critérios de morte irreversível, o enfermeiro SIV tenta apurar se existe uma diretiva antecipada de vontade, se é seguida pelos cuidados paliativos, se apresenta uma doença crónica incapacitante e se não tem vida de relação. Caso se verifique alguma destas situações, o enfermeiro contacta o médico assistente da vítima de forma a este redigir o certificado de óbito. Se nenhum destes aspetos for apurado, o enfermeiro SIV tem de iniciar manobras de suporte avançado de vida (SAV).

Após 20 minutos de SAV, caso o enfermeiro SIV não detete causas reversíveis de paragem, ritmos desfibrilháveis, a paragem não foi presenciada e se não foram iniciadas manobras de suporte básico de vida antes da chegada das equipas, o enfermeiro faz um eletrocardiograma de 12 derivações para ter acesso a uma tira de ritmo em assistolia e pede a autoridade para o local.

Assim, conseguimos uma abordagem mais centrada na pessoa indo ao encontro da ética profissional.

Com vista ao cumprimento da lei e do código deontológico, os procedimentos relacionados com a abordagem da vítima em ambiente extra-hospitalar, tive a necessidade de implementar estratégias com objetivo de proteger e respeitar a integridade física da vítima, proporcionar o melhor conforto, segurança e intimidade durante a prestação de cuidados urgentes e emergentes à vítima. Uma das estratégias utilizadas era mover a vítima, sempre que possível, para um ambiente mais resguardado, como por exemplo a célula sanitária da ambulância,

com o objetivo de proporcionar um ambiente mais seguro e resguardado para prestar os cuidados necessários tendo em conta o respeito pela sua intimidade e segurança.

Com a elevada taxa de afluência que se verifica por vezes no SU, por muitas vezes a prestação de cuidados torna-se desafiadora, pois a estrutura física do mesmo chega a não comportar o elevado número de utentes que nela se encontram. Desta forma o enfermeiro especialista tem o desafio de gerir os cuidados prestados pela equipa de enfermagem de forma a salvaguarda a segurança, privacidade e a dignidade dos utentes.

Tendo em conta estas circunstância, a minha atuação no SU era suportada pelo conhecimento científico associado aos princípios éticos, legais e deontológicos, com vista a qualidade dos cuidados prestados e a salvaguardo dos direito e interesses do doente.

- **Competências do domínio da melhoria continua da qualidade**

A Organização Mundial de Saúde (2020), menciona que os cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias formas, no entanto é reconhecido que os mesmos devem ser eficazes. Deste modo, as prestações dos cuidados de saúde têm de ser baseados na melhor evidência, seguros e centrados nas pessoas. Para além disso, também refere que devem ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes de forma a serem prestados com qualidade.

Tendo por base a melhoria continua da qualidade, é de extrema importância que exista um continuo investimento na formação dos profissionais para um aperfeiçoamento das suas competências teóricas através da evidencia científica. Desta forma, todos os cuidados prestados serão feitos de forma eficaz, segura e centrados na pessoa. Os enfermeiros têm a responsabilidade de atualizar os seus conhecimentos, pois ao desenvolverem uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permite à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família e comunidade (Fonseca,2015).

Neste contexto é de salientar que o INEM providencia aos seus enfermeiros ações de formação preconizadas pelos mesmos como o objetivo de partilha de experiências e conhecimentos para que desta forma se consiga promover uma melhoria continua na prestação de cuidados de enfermagem. Também é de salientar que diversos cursos, que fazem parte da bagagem deste profissionais como por exemplo o curso de suporte avançado de vida e o curso de suporte imediato de vida entre outros, são renovados periodicamente com o intuito de relembrar os profissionais sobre essas temáticas. Em algumas circunstâncias

são apresentadas algumas alterações na sua aplicação preconizadas pela atualização das *guidelines* internacionais.

No turno que realizei no *BackOffice*, junto com os enfermeiros coordenadores da delegação regional norte do INEM, pude observar que são utilizados programas de auditoria interna como estratégia de melhoria contínua da qualidade. O Instituto Português de Auditoria Interna, citado por Costa (2019), traduz auditoria interna como “uma atividade independente, de garantia (*assurance*) e de consultoria, destinada acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação.”

Neste turno pude observar que uma das tarefas dos enfermeiros coordenadores era a realização de auditorias relativamente à atuação das equipas de emergência pré-hospitalar no âmbito das paragens cardiorrespiratórias. Estas auditorias avaliam os registos efetuados pelos profissionais e as informações disponibilizadas pelo monitor desfibrilador, com o intuito de perceber se a atuação dos profissionais foi eficaz durante os cuidados de reanimação. Através da análise destes dados, conseguimos obter indicadores de qualidade e consequentemente identificar quais os aspetos que devem ser trabalhados com o intuito de alcançar a excelência.

Desta forma posso afirmar que o INEM tem enraizada uma política com vista a melhoria contínua dos cuidados o que faz com que a prestação de cuidados nesta instituição tenha em vista a excelência

No SU, pude observar que na sua essência estava implementada uma cultura de melhoria contínua com vista a segurança do doente. A qualidade da transmissão dos cuidados de saúde é considerada um elemento basilar na segurança dos doentes, uma vez que se encontra associada a um aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade (DGS, 2017). A mesma norma, indica-nos que as falhas na comunicação são altamente potenciadores da ocorrência de eventos adversos na saúde. Sendo que 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, no período de transição de cuidados (DGS, 2017). Neste âmbito, foi implementado no SU um modelo de transmissão de informação que visa a melhoria da comunicação dos enfermeiros na transição de cuidados.

A ferramenta ISBAR, permite que exista uma padronização da comunicação em saúde, sendo reconhecida por promover a segurança do doente na transmissão dos cuidados. Este auxiliar de memória, permite de uma forma simples, memorizar uma construção complexa que auxilia a transmissão verbal, sendo I: corresponde à identificação, S: à situação atual, B: aos antecedentes, A: à avaliação, R: às recomendações (DGS,2017).

Deste modo a equipa de enfermagem conseguiu padronizar o processo de transmissão de informação, o que levou à diminuição do erro que por consequência diminui a ocorrência de eventos adversos, melhorando assim os padrões de qualidade do SU. Outro aspeto positivo a salientar é a oportunidade que o serviço dá aos seus colaboradores de participarem em cursos de formação, aumentando assim os seus conhecimentos científicos.

Ao longo deste período, fui adquirindo novos conhecimentos e competências na abordagem ao doente crítico e tive a oportunidade de participar em programas de melhoria contínua, o que levou à aquisição da competência acima mencionada.

- **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Neste âmbito delinieie o seguinte objetivo: Adquirir conhecimentos no planeamento e organização do serviço tendo em conta a importância do trabalho em equipa.

Relativamente à gestão do serviço, no que diz respeito à enfermagem, é de salientar o papel preponderante do trabalho e empenho dos Enfermeiros Coordenadores com funções de gestão no INEM. Segundo o Artigo 4º e 5º do preâmbulo no regulamento nº 101/2015, o enfermeiro gestor tem a competência acrescida de gestão e assessoria de gestão, sendo as suas competências do domínio da gestão as seguintes:

- Garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera;
- Garantir a implementação a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Gerir o serviço/unidade e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde;
- Garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- Garantir a prática profissional baseada na evidência;

Assim, para compreender melhor o papel do enfermeiro gestor no INEM, tive a oportunidade de durante o estágio realizar um turno no *backoffice* juntamente com os enfermeiros com funções de coordenação e gestão.

No que diz respeito à elaboração dos horários de enfermagem, cada enfermeiro coordenador tem a sua responsabilidade alguns meios SIV, tendo o mesmo de realizar o horário dos enfermeiros SIV do INEM destacados para cada meio. Uma vez que a maioria dos meios SIV estão integrados em unidade hospitalares, os recursos dos mesmos são partilhados entre INEM e o hospital em que este se encontra integrado.

Deste modo, o enfermeiro coordenador do INEM tem de articular com os enfermeiros chefes responsáveis pelos elementos dos meios SIV de cada hospital, para que consigam realizar o horário em tempo útil.

Também é da responsabilidade dos enfermeiros coordenadores a implementação e coordenação de ações de formação direcionadas aos enfermeiros SIV com vista a manutenção e renovação dos conhecimentos destes elementos.

Segundo o regulamento nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, têm de liderar a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa. Assim, o enfermeiro da VMER e da SIV, na sua atuação, têm o papel de coordenar e liderar a equipa ou equipas que se encontram no local da ocorrência a prestar os cuidados à vítima.

Nestas situações o enfermeiro além de ter de avaliar a vítima, após fazer o diagnóstico da situação, tem a responsabilidade de gerir todos os elementos da equipa para que deste modo se consiga prestar cuidados de alta qualidade, eficazes e no menor tempo possível, com vista na otimização dos cuidados, estabilização e transporte da vítima para a unidade hospitalar em tempo útil.

É de salientar que em diversas situações foi-me possível colaborar com o enfermeiro tutor na coordenação dos cuidados e da equipa, o que me permitiu adquirir conhecimentos e desenvolver competências na coordenação e liderança de equipas.

Relativamente ao SU, as questões relacionadas com a elaboração de horários são da responsabilidade do enfermeiro chefe do serviço.

Como anteriormente referido, em todos os turnos podemos observar a existência de um enfermeiro coordenador, que na maioria das vezes tende a ser um enfermeiro com o título de especialista.

Para além da função de coordenação do SU em conjunto com o chefe de equipa, este tem um papel de extrema importância na gestão dos cuidados assegurados pela equipa de enfermagem.

Caso esteja destacado um enfermeiro especialista para o cargo de coordenação, posso considerar que é uma mais-valia para o serviço, pois o mesmo é detentor de competências e conhecimentos que o permite realizar uma gestão da equipa de enfermagem de forma eficaz. Segundo o regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista, dentro da gestão dos cuidados, tem o papel de adaptar a liderança e a gestão de recursos face às situações e ao contexto, visando sempre garantir a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, este enfermeiro no desempenho de funções de coordenação, tem de ter a capacidade de analisar as necessidades do serviço com o objetivo de adaptar a sua liderança e os recursos em função das necessidades do serviço.

Durante este estágio, tive a oportunidade de realizar alguns turnos na coordenação, o que me permitiu o desenvolver estas competências da esfera do enfermeiro especialista.

Em suma, consigo concluir que atingi o meu objetivo proposto.

- **Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Neste contexto, delinee o seguinte objetivo: Adquirir e aprofundar novos conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções específicas do serviço.

Tendo em conta as experiências vividas na VMER e na SIV, no decorrer deste estágio, deparei-me com diversas situações novas onde foi importante os conhecimentos adquiridos na componente teórica, bem como no estágio anterior.

Como anteriormente referido, o meio SIV atua mediante protocolos de atuação aplicados sob supervisão médica. Deste modo, a consulta destes protocolos de atuação foi um fator importante, pois ajudou-me de certa forma a compreender o modo de atuação do enfermeiro SIV.

Segundo Silva. Et al, (2018), a emergência médica pré-hospitalar tem como seu principal objetivo garantir à população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou trauma, realizando a estabilização da vítima no local da ocorrência e garantir o seu transporte em segurança para a unidade hospitalar de destino. Tendo em conta esta especificidade da emergência pré-hospitalar e a panóplia de situações com que nos podemos deparar ao longo do estágio, foi possível ao longo deste período ter

contactado com diversas situações no âmbito da doença súbita e traumatológicas tendo sido muito enriquecedor não só para a minha evolução enquanto futuro enfermeiro especialista bem como a nível profissional.

Como anteriormente referido, em ambiente pré-hospitalar os profissionais de saúde atuam em situações de doença súbita e de trauma. Uma vez que o trauma é uma área em que a nível profissional não tenho muito contacto, foi de extrema importância todas as experiências que tive durante este estágio na abordagem à vítima de trauma, pois permitiu-me adquirir novos conhecimentos e aptidões práticas na estabilização deste tipo de vítima. Uma situação em que tive mais contacto com esta dinâmica, foi numa saída na SIV para um acidente de viação entre dois veículos ligeiros em que informação disponibilizada referia a presença de uma vítima encarcerada num dos veículos. Nestas situações, o profissional de saúde além da abordagem à vítima, tem que se contextualizar sobre o sucedido, pois é importante saber quais o mecanismo de lesão que a vítima foi exposta para deste modo atuar de uma forma mais eficaz.

Segundo Bessa, (2021), a condição geral da vítima é seriamente influenciada pelo mecanismo de lesão. Deste modo, a avaliação clínica completa deve incluir um histórico do mecanismo de lesão. O mesmo autor refere que o conhecimento do mecanismo de lesão pode melhorar a compreensão do estado fisiológico da vítima e deste modo conseguimos obter pistas para antecipar possíveis lesões. Podemos obter este tipo de informação observando o local da ocorrência e questionando as vítimas ou testemunhas. Assim, conseguimos prever algumas das lesões com base na direção e na quantidade de energia associada ao mecanismo de lesão. Temos de ter em conta também que os padrões das lesões são influenciados pela faixa etária e pelo tipo de atividade. Deste modo, o conhecimento e a apreciação do mecanismo de lesão permite-nos suspeitar, com grande fiabilidade, as possíveis lesões que a vítima poderá apresentar (Bessa, 2021).

Segundo o regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista alicerça os seus processos de tomada de decisão e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação. Neste sentido, no decorrer do estágio no SU, foi levantada uma questão relativa ao controlo de infeção o que levou à realização de um cartaz informativo sobre a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical (Apêndice II – Prevenção da Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical).

Este teve como objetivo aprofundar o meu conhecimento sobre esta temática e ao mesmo tempo partilhar o mesmo com a equipa de enfermagem do SU.

Neste documento apresento um algoritmo clínico desenvolvido pela Direção Geral da Saúde, com o intuito de orientar a prática clínica dos profissionais na prevenção desta complicação associada aos cuidados de saúde. A Direção Geral da Saúde, 2017, refere que este “Feixe de Intervenção” tem o objetivo de assegurar aos doentes tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

Como descrito no Regulamento nº 429/2018, a situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que por sua vez vai causar uma perda de saúde de forma abrupta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando assim a vítima em risco de vida. Nestes casos, a assistência deve ser de imediato. Nos dois contextos de estágio tive a oportunidade de presenciar várias situações de emergência.

Foi na sala de emergência do SU, onde estive em contacto com algumas situações onde a minha atuação tinha de ser rápida e precisa, com o intuito de reverter a situação salvando assim a vida do doente. Uma vez que a sala de emergência integra a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, esta é considerada uma área fundamental para a correta abordagem do doente emergente, grave e crítico (ACSS, 2019).

A ACSS, 2019, refere ainda que esta estrutura deve dispor da logística necessária para o apoio muito urgente ou emergente, tendo em conta o tratamento do doente em estado crítico e condições para suporte avançado de vida. Uma dessas situações, foi a admissão na sala de emergência, de um utente que estava a sofrer um Enfarte Agudo do Miocárdio, pelo que a atuação do enfermeiro tem de ser o mais célere possível com vista em reverter o estado clínico do utente.

É de salientar que estas situações são geradoras de stress na equipa multidisciplinar presente na sala de emergência, pois a resolução destes eventos adversos que podem colocar em causa as funções vitais do utente e têm de ser resolvidas com a maior brevidade possível. Tanto a segurança do doente como da equipa multidisciplinar, deve sempre ser tida em conta.

Nestes contextos o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, tem de ter a capacidade de avaliar a vítima, enquanto inicia os

cuidados. Ao mesmo tempo tem que ter a capacidade de elaborar um pensamento crítico tendo por base a melhor evidência científica, com o objetivo de resolver a situação no menor tempo possível e aplicando as intervenções mais indicadas para a situação. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nunca se deve esquecer que tem de olhar para a pessoa com um ser holístico e detentora de vontade própria.

Uma forma de atuação que permite ao enfermeiro avaliar a vítima de forma sequencial e metodológica, o mais rápido possível, é a utilização da metodologia ABCDE. Segundo Costa, 2021, o doente crítico requer uma abordagem por prioridades, que permita avaliar passo a passo, os motivos que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células na metodologia “problema encontrado = problema resolvido”. Este modelo de abordagem ABCDE (A – *Airway*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure*) é uma forma de sistematização dos cuidados iniciais ao doente crítico, que nos permite focalizar as prioridades na sua abordagem. No âmbito da emergência pré-hospitalar, esta metodologia era utilizada em todas as abordagens, pois desta maneira o enfermeiro conseguia avaliar no menor tempo possível o estado clínico do doente e ao mesmo tempo sistematizar os cuidados com vista na priorização dos mesmos.

- **Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Tendo em conta a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias de implementar, considerando a pessoa em situação crítica e a sua família, faz com que o enfermeiro especialista tenha a necessidade de mobilizar os seus conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento nº 429/2018). Desta forma, a relação terapêutica entre enfermeiro, doente e família é de grande importância. Sem esta os enfermeiros não conseguiriam prestar os seus cuidados principalmente em contexto de doença crítica sendo que muitas vezes é a partir deste que conseguimos obter as informações necessárias para atuar de forma eficaz. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro com uma pessoa ou do enfermeiro com um grupo de pessoas (família ou comunidade) e caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, salvaguardando sempre as suas capacidades e a valorização do seu papel.

Tanto no ambiente pré-hospitalar como em contexto do SU, as situações com que os enfermeiros e os restantes elementos da equipa se deparam, muitas das vezes são geradoras de stress para todos os elementos da equipa, para a vítima e os seus familiares. Podemos considerar que é de extrema importância que estes profissionais consigam estabelecer uma relação terapêutica com os recetores das suas intervenções para que deste modo atuem de forma eficaz com o intuito de salvar a vida das suas vítimas tendo em conta as suas vontades e preferências.

Uma estratégia preponderante para atingir este objetivo e conseguirem ter uma comunicação eficaz com as vítimas e os seus familiares é adaptarem-na consoante os recetores com que se deparam. Segundo Rodriguez, Velandia, & leiva (2016), a comunicação deve ser clara, sensata, adaptável, credível, com vocabulário simples, tom de voz e pronúncia adequada. Já Campos, (2017), considera que a comunicação é uma ferramenta essencial no desempenho de qualquer atividade profissional ligada aos cuidados de saúde. E que o uso efetivo da comunicação enquanto estratégia terapêutica tem como objetivo os ganhos terapêuticos em saúde e no desempenho do exercício profissional.

A utilização de estratégias de intervenção terapêutica nos cuidados de enfermagem é facilitadora no processo de relação o que contribui de certa forma para que a vítima e sua família aprendam a viver melhor com a situação de doença, com vista o bem-estar e o melhoramento da qualidade de vida (Campos,2017).

Segundo o regulamento nº429/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tem de ter a capacidade de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, familiar/cuidador face á situação de alta complexidade do seu estado de saúde. O mesmo tem de demonstrar conhecimento aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica, ter conhecimentos sobre estratégias facilitadoras da comunicação e adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica.

Tanto no SU como no pré-hospitalar, tive diversas oportunidades de implementar estratégias de comunicação com o intuito de conseguir chegar a estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas e respetivas famílias. Desta forma a minha prestação de cuidados especializados foi mais eficaz e consegui obter ganhos para os estados de saúde das pessoas, tentando sempre em conta os seus valores e vontades.

A nível do pré-hospitalar é relevante salientar que na maioria dos pedidos de socorro ocorrem no domicílio das pessoas, e neste contexto muitas das vezes temos a presença dos seus

familiares/cuidadores durante a prestação dos cuidados. Nestas circunstâncias, o enfermeiro deve ter como alvo dos seus cuidados a família/cuidador da vítima, uma vez que acabaram de experienciar um evento traumático na sua vida.

Relativamente ao SU, durante a prestação direta de cuidados à pessoa em contexto da Sala de Emergência, a família/cuidador não se encontra presente, mas está na mesma envolvida na prestação de cuidados. Segundo Cabete, et al. (2019), a vivência da doença é um processo que afeta toda a família, desta forma é fundamental que os cuidados de enfermagem não se centram só na interação entre o enfermeiro e o doente, mas que a família seja envolvida e não apenas considerada como um recurso para ajudar a pessoa que está doente. Esta deve ser também considerada como sendo um alvo dos cuidados.

O enfermeiro especialista, nestes dois contextos, tem a necessidade de empregar os seus conhecimentos baseados na melhor e mais recente evidência científica de forma a conseguir identificar precocemente os focos de instabilidade. Esta abordagem tem o intuito de dar uma resposta de forma antecipada com a execução de técnicas de alta complexidade com o objetivo de reverter os mais precocemente as falências presentes na pessoa.

Deste modo posso considerar que com este percurso percorrido consegui adquirir as minhas competências relativas a este item.

- **Maximizar as intervenções na prevenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana à pessoa em situação crítica**

As Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antibióticos (RAM), são problemas diretamente relacionados e de importância crescente a nível mundial, aos quais nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode estar indiferente. As IACS têm o potencial de agravar o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando novas doenças às já presentes, aumentando a mortalidade e simultaneamente os custos do internamento (Direção Geral de Saúde, 2017).

No contexto pré-hospitalar, encontramos muitas variáveis externas que condicionam a atuação dos profissionais na prevenção e controlo de infeção, uma vez que a atuação muitas das vezes se realiza em ambientes não controlados. Segundo Martins (2014), os profissionais que atuam em contexto pré-hospitalar estão mais expostos aos riscos biológicos, pois manipulam em situações de elevado stress e em ambientes pouco controlados materiais e equipamentos que se encontram conspurcados com

fluidos orgânicos. Ao longo do estágio verifiquei que as equipas apresentavam grande preocupação com o controlo de infeção e tentavam ao máximo implementar mecanismos que visavam realizar este tipo de controlo.

Tendo em conta as experiencias que tive durante o estágio, saliento uma que foi a de uma vítima com uma fratura exposta do membro inferior com presença de hemorragia ativa Neste caso, na abordagem à vítima no que diz respeito à fratura exposta, utilizamos material esterilizado e efetuamos uma lavagem com o objetivo de prevenir a infeção e conseguir perceber quais as estruturas da perna que estavam afetadas por este traumatismo. Ao mesmo tempo procedemos ao controlo da hemorragia e estabilização do membro. Foi realizada a técnica de punção venosa periférica para administração de terapêutica de forma assética, pois temos ao nosso dispor materiais que nos permitem realizar a assepsia do local de punção. Após cada ocorrência, todo o material utilizado era devidamente desinfetado, como por exemplo o monitor e os cabos de monitorização. No caso particular das ambulâncias SIV, a maca de transporte da vítima também era desinfetada..

Também do decorrer do estágio tive ativações para vítimas infetadas com SARS-COV-2. Neste contexto antes de sairmos para a ocorrência colocávamos os equipamentos de proteção individual e preparávamos, no caso da ambulância SIV, a célula sanitária para efetuar o transporte das vítimas infetadas. É de salientar que no final da ocorrência, era da responsabilidade da equipa realizar a limpeza e desinfecção da célula sanitária e de todo o material utilizado com o intuito de prevenir a propagação do vírus e manter o meio de emergência pré-hospitalar operacional para novas ocorrências.

Segundo a DGS citada pelo INEM,2020, a limpeza e desinfecção dos equipamentos de trabalho é fundamental para a prevenção as cadeias de transmissão das infeções entre os profissionais de saúde e os doentes, e entre os profissionais de saúde, os doentes e as comunidades. Outro fator positivo, é o facto de ser uma unidade onde podemos encontrar vários pontos para a higienização das mãos, bem como a existência de quartos fechados onde é permitido internar os doentes com alto risco de contágio e desta forma prevenir a disseminação dos agentes patogénicos pelo serviço. É de salientar que no SU, esta temática do controlo de infeção é tida em conta em todo o processo de prestação de cuidados.

Como ainda nos encontrava-nos numa situação pandémica, todos os pacientes suspeitos de serem portadores de infeção por SARS–COV-2, eram isolados e submetidos a rastreio através da colheita de uma zaragatoa nasofaríngea. Outra situação em que era de extrema importância aplicar mecanismos no âmbito do controlo de infeção, era os casos suspeitos de infeção por tuberculose e dos doentes colonizados com KPC. Nestes casos era necessário providenciar um isolamento com o intuito de mitigar a desimanção destes agentes patogénicos.

Foi também no âmbito da prevenção das infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical que realizei uma revisão integrativa da literatura que se encontra no Apêndice 3 do presente documento em apêndice (Apêndice III – Ganhos na utilização de intervenções no controlo da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical). Esta revisão contemplou 3 artigos, onde conseguimos perceber que ao implementarmos intervenções baseadas em evidência científica, com o objetivo de reduzir a prevalência deste tipo de infeções, a utilização dos cateteres vesicais e melhorar as técnicas de manuseamento dos mesmos, conseguimos obter ganhos em relação à saúde e aumento da qualidade dos cuidados prestados à população. Também conseguimos observar dados que nos indicam que após a implementação das intervenções as taxas de infeção do trato urinário associadas ao cateter vesical baixaram significativamente.

- **Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe.**

Segundo o regulamento nº 429/2018, (2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, tem de conceber, planear e gerir a resposta de forma pronta e sistematizada no sentido da sua eficácia e eficiência sem deixar de parte a preservação de vestígios que indiciem a prática de crimes.

Lopes, (2021), afirma que uma situação de exceção, no âmbito de prestação de cuidados de emergência médica, caracteriza-se por uma situação onde se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil (Decreto-Lei nº 27/2006), pode-se declarar situação de calamidade quando, face à ocorrência ou perigo de ocorrência de algum ou alguns acontecimentos (Acidente grave ou Catástrofe), que se encontram referidos no artigo

3º do mesmo decreto de lei, e à sua possível intensidade, sendo reconhecida a necessidade de adotar medidas de carácter excepcional com o objetivo de prevenir, reagir ou repor a normalidade das condições de vida nos locais atingidos pelos seus efeitos. Foi durante o período de realização do estágio do SU, que foi declarada situação de calamidade pelo Governo devido ao retorno do avanço da situação pandémica causada pelo SARS-COV-2. Tendo em conta que o período de inverno por si só já é uma altura onde devido à gripe sazonal o número de utentes que recorrem ao SU é elevado, com o aumento dos casos de infeções por SARS – COV- 2, observamos uma subcarga dos SU onde, por muitas vezes, os recursos humanos e físicos não são suficientes a suprimir as necessidades existentes na altura. Nestas situações o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tem um papel fundamental pois o mesmo tem competências para gerir e planear respostas que podem passar pela gestão dos recursos de enfermagem do SU tendo de os recolocar em áreas que tenham mais necessidade de recursos humanos, reajustar o ambiente físico do SU e alterar stocks de material e medicação essenciais para a prestação de cuidados eficazes. Desta forma, consegue-se em situações de exceção, prestar cuidados da melhor forma possível tendo como base a segurança e a qualidade dos mesmos, dando resposta as necessidades existentes no local.

O enfermeiro especialista, ao gerir os seus cuidados com apoio nas suas competências e baseados em evidência científica, pode antecipar os cuidados a prestar garantindo a sua eficácia e eficiência.

É de salientar que durante o estágio no INEM, tive a oportunidade de ouvir uma comunicação via rádio da passagem de dados sobre um acidente de viação com multi-vítimas. Nesta situação o meio mais diferenciado que se encontrava no local era uma ambulância SIV, portanto o enfermeiro como elemento mais diferenciado tomou a posição de time líder do teatro de operações. Desta forma, este teve de avaliar o local do sinistro, com o intuito de verificar as medidas de segurança do teatro de operações, o número de vítimas, atribuição de prioridades para que a posteriori o enfermeiro conseguisse distribuir os recursos que tinha tendo em conta a gravidade de cada vítima.

Nesta situação, o enfermeiro teve de aplicar a triagem multi-vítimas para assim conseguir obter o número de vítimas e ao mesmo tempo identificar as vítimas por critérios de gravidade para melhor gestão dos meios e prestação de socorro.

Estes protocolos de triagem têm como objetivo fornecer os primeiros socorros com a capacidade de sistematizar e categorizar as vítimas, usando vários parâmetros fisiológicos com o intuito de avaliar o estado das mesmas. Quando se trata do socorro de multi-vítimas, o princípio-chave da resposta médica e fazer o melhor ao máximo de vítimas possíveis, uma vez que existe a necessidade de estabelecer prioridades para um atendimento adequado Lopes, (2021). Relativamente a este modelo de triagem, tive a oportunidade de assistir a uma seção de formação preconizada por uma colega do mestrado, o que foi deveras enriquecedor pois desta forma consegui consolidar os meus conhecimentos sobre esta temática e assim adquirir novas competências.

Um enfermeiro que preste cuidados num SU, tendo em conta que são os primeiros a abordar as vítimas de trauma e/ou violência, têm uma grande oportunidade de identificarem e encaminharem as “vítimas forenses”. Este tem a oportunidade única de facilitar a recolha de provas, uma vez que na maioria das vezes os vestígios só podem ser recolhidos na unidade hospitalar. Assim os profissionais de saúde devem estar atentos ao reconhecimento e à identificação dos vestígios Gomes, (2021). Desta forma o enfermeiro, não só em ambiente hospitalar, mas também na sua atuação no pré-hospitalar, tem a necessidade de avaliar a vítima de forma criteriosa com o intuito de prestar os cuidados necessários e mais indicados à mesma e ao mesmo tempo avaliar se existe indícios de crime perante a situação com que se depara. Assim, podemos considerar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, é um elemento essencial nestes teatros de operações, pois o mesmo com as suas competências são uma mais-valia para as equipas multidisciplinares e ao mesmo tempo ajudam a dar uma resposta eficaz e eficiente em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Desta forma tendo, consigo concluir que com o culminar destes dois estágios consegui adquirir competências na resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe que são inerentes a um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

4. CONCLUSÃO

Com o culminar destes dois momentos de estágio e em modo de complemento do meu processo formativo, considero importante a realização de uma introspeção sobre o meu desempenho na passagem pela emergência pré-hospitalar e o SU. Embora este relatório se cingir á unidade curricular Estágio e Relatório Final, foi de extrema importância abordar no mesmo o meu percurso de desenvolvimento e aquisição de competências no contexto de um Serviço de Medicina Intensiva. O mesmo permitiu-me a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências que foram ferramentas importantes para estes estágios e para o meu desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista.

A elaboração deste relatório final, permitiu descrever, analisar e refletir sobre o meu processo de aprendizagem, bem como sobre a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Deste modo, é relevante salientar que a realização prévia de um projeto de estágio foi importante para me auxiliar nesta jornada de aquisições de competências.

Segundo regulamento nº 122/2011, o enfermeiro especialista é aquele que detêm um conhecimento aprofundado num domínio da enfermagem, com vista nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que traduz um conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O estágio realizado no pré-hospitalar, foi bastante enriquecedor pois a minha área de atuação enquanto enfermeiro foca-se em ambiente hospitalar e engloba a abordagem da pessoa em situação crítica de uma forma holística num contexto onde pode existir falta de recursos. Com a realização do mesmo, consegui adquirir mais conhecimentos e aptidões clínicas para a abordagem à pessoa em situação crítica e conseqüentemente compreender o papel que o enfermeiro especialista executa neste tipo de ambiente e a importância da presença do mesmo. Assim, consegui desenvolver as minhas competências com vista a alcançar o meu objetivo de me tornar um enfermeiro especialista.

O SU, sendo o serviço que é conhecido por ser a porta de entrada de um hospital, traz diversos desafios pois neste deparamo-nos com situações de extrema complexidade onde a atuação do enfermeiro tem de ser celebre e eficaz na sua prestação de cuidados diferenciado. Desta forma, ao longo da minha permanência no SU, tive a possibilidade de mobilizar conhecimentos com vista na abordagem do doente crítico de uma forma eficaz

O enfermeiro especialista além de prestar cuidados diferenciados à sua população alvo, também tem um papel preponderante no desenvolvimento da disciplina de enfermagem com o dever da pesquisa ativa sobre novos conhecimentos e ter como base dos seus cuidados a melhor evidência científica. A ele também está incutida a responsabilidade de transmitir novos conhecimentos aos seus pares. Deste modo, ao longo do estágio fui trabalhando num processo refletivo que me permitiu observar algumas das necessidades dos serviços por onde passei e desta forma traçar estratégias para potenciar a melhoria contínua dos cuidados prestados. Assim, realizei um trabalho com cariz reflexivo sobre a atuação do enfermeiro SIV em contexto de paragem cardiorrespiratória, o que permitiu refletir sobre a atuação do mesmo nestes contextos e com base na mais recente evidência científica, aspetos éticos e legais e noutras realidades. Com este trabalho podemos concluir que a atuação tinha de ser melhorada em alguns aspetos.

Realizei também um cartaz com cariz informativo sobre a prevenção da infeção associada ao cateter vesical e por fim, mas não menos importante, uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de procurar na evidência científica mais recente ganhos na utilização de intervenções no controlo de infeção do trato urinário associada ao cateter vesical.

Com a elaboração desta revisão e a pesquisa ativa sobre novos conhecimentos, consegui obter novos conhecimentos e ao mesmo tempo desenvolver competências relacionadas com a produção e mobilização de conhecimento científico que foi de extrema importância não só para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para o meu desenvolvimento enquanto futuro e mestre e especialista. É de salientar que durante este percurso foram sentidas algumas dificuldades, principalmente no primeiro contexto de estágio uma vez que a prestação de cuidados no pré-hospitalar é de extrema complexidade, mas ao mesmo tempo desafiador, tendo colmatado essas mesmas dificuldades com o desenrolar do mesmo.

Senti que a elaboração deste relatório foi um desafio, pois ao mesmo tempo tive algumas dificuldades na redação do mesmo, uma vez que, a nível académico nunca tinha realizado

algo do gênero. Contudo, ao finalizar o mesmo, senti que consegui superar esta minha dificuldade.

Podemos considerar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, é um profissional de saúde com um alto conhecimento e competências técnico-científicas, sendo uma mais-valia para as unidades de saúde em geral. O mesmo tem de uma grande capacidade de sintetizar e processar a informação, ao mesmo tempo que presta os seus cuidados diferenciados com vista na eficácia das suas intervenções. Com o término do estágio e após a realização deste relatório, onde tive a oportunidade de analisar e refletir com auxílio da melhor evidência científica este meu processo de desenvolvimento académico bem como profissional, posso concluir que atingi todos os objetivos e competências a que me propus.

Em modo de conclusão, considero que esta experiência foi bastante enriquecedora para mim enquanto estudante, enfermeiro e futuro enfermeiro especialista, pois desta forma, consegui adquirir ferramentas para uma prestação de cuidados especializados tendo como base a melhor evidência científica e respeitando os princípios éticos e deontológicos, apontando o meu trabalho com vista a segurança dos cuidados e a melhoria contínua.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*.
- Amaral, G.; Figueiredo, A.S. (2021). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, vol.V, num. 5
- Alves, A.L.; Freitas, C.; Viveiros, A.; Ribeiro, L.; Gomes, R.; Pereira, J.; Veríssimo, M.; Fernandes, O. (2020). *The Efficacy of Lucas in Cardiac Arrest*. *Internacional Journal of Scientific and Research Publications*, Volume 10, Issue12, Decembre 2020. P – 248 -253. DOI: 10.29322/IJSRP.10.12.2020.p10822
- Barbosa, I.; Silva, M. (2007). *Cuidados humanizados de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário*. *Revista Brasileira de Enfermagem* p. 546 - 551
- Bessa, P.(2021). *Epidemiologia, Biomecanismos e Mecanismos de Lesão em trauma*. *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lidel Enfermagem, Lisboa.
- Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, A., Silva, V. (2019). *Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem*. Obtido em <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Costa, A. (2019). *A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: Caso do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE*. Instituto Politécnico de Coimbra. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. Obtido de https://xomum.rcaap.pt/bitstream/Ana_Costa
- Campos, C. (2017). *A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional Nos Cuidados de Enfermagem*. Artigo de Revisão. *PsiLogos*
- Costa, P.(2021). *Abordagem Sistematizada do Doente Crítico*. *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lidel Enfermagem, Lisboa p. 53- 59
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*

- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde (2017). “ Feixo de Intervenções# de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma DGS
- ERS, Entidade Reguladora da Saude (2015). Análise da Cobertura Populacional da Rede de Urgências/ Emergências Criada pelo Despacho nº13427/2015, de 16 de novembro, do Ministério da Saúde
- Fonseca, E. (2015). Formação: Uma Narrativa para a Prestação de Cuidados de Enfermagem. NURSING Magazine Digital <http://www.nursing.pt/formacaouma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Gomes, A. (2021). Enfermagem Forense no Serviço de Urgência. Enfermagem de Urgência e Emergência. Lidel Enfermagem, Lisboa. P. 401- 410
- INEM (2013). SIEM, Sistema Integrado de Emergência Médica. Versão 2.0 1ª edição, 2013
- INEM (2020), Orientação Técnica (limpeza e desinfeção de veículos e equipamentos no âmbito do Covid -19). Departamento de Emergência Médica, Gabinete de qualidade, Comissão de Controlo de Infeção, 20/10/2020 Obitado em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/10/OT-10.02-DEM-GQLimpeza-e-desinfeção-de-Veículos-e-Equipamentos-no-âmbito-do-COVID1920.10.2020.pdf>
- Lei nº 27/2006. Diário da República nº 126/2006, Série I, de 03 de julho de 2006
- Lopes, M.(2021). Modelos de Triagem em Situações de Catástrofe. Enfermagem de Urgência e Emergência. Lidel Enfermagem, Lisboa. P. 351- 362
- Martins, A. O. (2014). Riscos biológicos: Medidas de prevenção e controle no atendimento pré-hospitalar móvel (Trabalho para a obtenção do grau de pós-graduado em Gestão em Saúde e Controlo de infeção). Faculdade Método de São Paulo, São Paulo).
- Mota, M.; Cunha, M.; Reis Santos, M. (2020). O Enfermeiro No Pré-Hospitalar: Cuidar para a Cura. Millenium, 2(ed espec. nº5), 147-152. Obitado de DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- OE, Ordem dos Enfermeiros. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico Cirúrgica- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica. Leiria.
- OE, Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Desvritivos.

- Organização Mundial de Saúde (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., Coutinho, P. (2017). Medicina Intensiva. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência.
- Regulamento nº 101/2015 de 10 de março de 2015, publicado em Diário da República, 2ª série, nº 48, 10 março de 2015
- Regulamento nº 122/2011 de 10 de março de 2015, publicado em Diário da República, 2ª série, nº 35, 18 de fevereiro de 2011
- Regulamento nº 429/2018 de 18 de fevereiro de 2011, publicado em Diário da República, 2ª série, nº 135, 16 de julho de 2018.
- Rodriguez, L. B., Velandia, M. F., & Leiva, Z. O. (2016). Percepción do los familiares de pacientes críticos hospitalizados en respecto a la 37 comunicaci3n y apoio emocional. Revista CUIDARTE, 1297-1309. doi:doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Santos, M., Gilo, A., AndradeGuimar3es, T., Gomes, A. (2010). Comunica3o em sa3de e a seguran3a do doente: problema e desafios. Revista portuguesa de Sa3de p3blica
- Silva, N., Br3s, M., Pastor, A., Coutinho, R., Santos, N., Pereira, S., Gon3alves, A., Pereira, A. (2018). Viatura M3dica de Emerg3ncia e Reanima3o: Experi3ncia do Hospital Distrital da Figueira da Foz. Obtido em DOI: 10.24950/rspmi/original/327/3/2018
- Servi3o Regional de Prote3o Civil e Bombeiros dos A3ores. Servi3os SIV A3ores. Obtido em 25/10/2021 em [Servi3o SIV A3ores \(azores.gov.pt\)](http://servico.siv.azores.gov.pt)
- Steven A. Frost, Mari-Cris Alogso, Lauren Metcalfe, Joan M. Lynch, Leanne Hunt, Ritesh Sanghavi, Evan Alexandrou and Kenneth M. Hillman (2016). Chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: a systematic review and meta-analysis

5. APÊNDICE

APÊNDICE I: A atuação do Enfermeiro SIV na Reanimação



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A atuação do Enfermeiro SIV na Reanimação

Estudante: Manuel Sarmento

Sob orientação de: Prof. Doutora Amélia Ferreira

Porto, outubro de 2021

Índice

INTRODUÇÃO.....	59
PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA	61
Ética da ressuscitação e decisão de fim de vida.....	63
Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade	67
O Enfermeiro SIV na Região Autónoma dos Açores.....	71
CONCLUSÃO.....	73
BIBLIOGRAFIA	75

Abreviaturas

- CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes;
- DAE - Desfibrilhação Automática Externa;
- DNR - Decisão de Não Reanimar;
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;
- PCR – Paragem Cardiorrespiratória;
- SAV – Suporte Avançada de Vida;
- SIV – Suporte Imediato de Vida,
- SNS – Serviço Nacional de Saúde;
- SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores.

INTRODUÇÃO

A emergência pré-hospitalar em Portugal tem sofrido ao longo do tempo um desenvolvimento notório, desde a criação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no ano de 1981, a implementação do Sistema Integrado de Emergência Médica, bem como outros inventos que foram potenciando o desenvolvimento e o crescimento da emergência pré-hospitalar.

Houve uma melhoria na assistência pré-hospitalar potenciada com o aumento dos recursos humanos e meios, bem como o aparecimento de equipas diferenciadas, que levam à prestação de melhores cuidados e conseqüentemente uma maior segurança para a população. Uma dessa mudanças foi a criação das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), em 2007, tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar, que constituem uma equipa de prestação de cuidados diferenciados aos cidadãos.

Ao par da evolução da orgânica do INEM, as ciências médicas e de enfermagem foram atualizando e produzindo novos conhecimentos científicos na área da saúde. Estas potenciam a criação regular de *guidelines* por instituições como a *European Resuscitation Council* sobre o modo de atuação mais eficaz para a prestação de cuidados emergentes à população, tendo por base uma intervenção centrada na pessoa e no seu meio envolvente para que desta forma se consiga prestar cuidados dignos e respeitando os direitos e as vontades das vítimas de doença de instalação súbita.

O paradigma da prestação de socorro pelas equipas de emergência às vítimas, cujo as funções vitais se encontram comprometidas, tem vindo a alterar ao longo dos tempos, nomeadamente a não atuação somente focada na reversão das situações ameaçadoras da vida. Hoje em dia as equipas de emergência pré-hospitalar encontram-se mais dotadas de conhecimentos científicos, e ao mesmo tempo mais despertos para os aspetos éticos e legais da sua atuação. Deste modo os profissionais de saúde desta área, tentam centrar os seus cuidados na pessoa, abordando a mesma de uma forma holística, envolvendo nos cuidados a suas preferências, vontade e crenças para que, juntamente com os princípios

éticos, não pratiquem intervenções que tendo em conta a situação podem ser consideradas fúteis.

PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) de instalação inesperada e súbita, pode-se considerar um evento dramático, que afeta não só a vítima, mas também todo o seu meio envolvente. Segundo o SNS24, a PCR é um acontecimento repentino que consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória. Em consequência, a vítima fica inconsciente, não responde e não ventila ou a mesma não é normal.

A *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support*, 2021, refere que deve-se dar início as manobras de ressuscitação cardiopulmonar em qualquer vítima que não responda e com ausência ou ventilação anormal. A mesma *guideline* afirma que uma respiração lenta e difícil (respiração agónica) deve ser considerada como um sinal de PCR. A nível Europeu, a incidência de PCR em contexto não hospitalar é entre 67 e 170 por 100000 habitantes, sendo que as manobras de ressuscitação são tentadas ou continuadas pelas equipas de emergência pré-hospitalar em cerca de 50 – 60% dos casos (entre 19 a 97 por 100000 habitantes), já a nível hospitalar a incidência anual é entre 1.5 e 2.8 por 1000 internamentos hospitalares (*European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe*, 2021)

A Fundação Portuguesa de Cardiologia, s.d., afirma que em Portugal, estima-se que todos os anos 10 mil pessoas sejam vítimas de morte súbita.

Após uma PCR, a vítima perde 10% de hipóteses de sobrevivência a cada minuto que passa, ou seja, ao fim de cinco minutos sem assistência, a vítima tem apenas 50% de probabilidade em sobreviver. Por outro lado, a massa encefálica apenas sobrevive 3 a 5 minutos sem oxigénio (Fundação Portuguesa de Cardiologia, s.d.).

Caso a reanimação cardiopulmonar em situações de PCR súbita testemunhada for iniciada em tempo útil, a probabilidade de sobrevivência da vítima pode duplicar ou triplicar. Pois, por cada minuto de atraso no início das manobras reanimação, as hipóteses de sobrevivência diminuem entre 7 a 10% (Rente et al., 2021).

Com a monitorização dos equipamentos de desfibrilhação automática externa (DAE), utilizados logo após uma paragem cardíaca, verificou-se uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular, neste caso Fibrilhação Ventricular. Deste modo a desfibrilhação precoce, realizada entre 3 a 5 minutos após o colapso da vitima, assegura-nos uma taxa de sobrevivência de 50 a 70% (INEM, 2020).

Estes dados mostram-nos a importância de uma atuação precoce e eficaz em situações de PCR e da utilização de equipamentos que nos permitam uma desfibrilhação precoce. Deste modo, a capacitação da população em geral para realizar manobras de suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa, pode potenciar um aumento das taxas de sobrevivência das vítimas de PCR presenciadas. Uma vez que nos casos em que o suporte básico de vida é realizado de forma eficaz, o declínio da taxa de supervivência é mais gradual (3-4%), em vez dos 10% a cada minuto que passa após o evento adverso (INEM,2021).

Ética da ressuscitação e decisão de fim de vida

A ressuscitação e o fim de vida, sempre foram um tema muito delicado para a sociedade bem como para os profissionais de saúde. No entanto, com o avançar dos anos este foi sendo abordado pela comunidade de saúde com vista a alterar o paradigma da atuação dos profissionais nas questões da ressuscitação e em casos de fim de vida.

Hoje em dia é intrínseco que os profissionais que assistem as vítimas em PCR, tem de ter altos conhecimentos técnicos e científicos na área da reanimação, bem como em aspetos éticos para que desta forma na sua atuação consigam determinar se devem ou não iniciar manobras de reanimação, assim como mantelas ou suspendê-las.

Este tipo de decisões pelos profissionais de saúde é de extrema complexidade, sendo um desafio para os mesmos. Esta torna-se mais fatigante quando a mesma tem de ser tomada em contexto do pré-hospitalar, onde não temos ao nosso dispor uma equipa multidisciplinar para apoiar a decisão, bem como muitas vezes o acesso a informação é reduzida.

As decisões em contexto de reanimação, dentro do hospital como fora do mesmo, devem ter um conjunto de critérios inerentes à vítima, bem como considerações sobre aspetos legais, organizacionais e culturais (*European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of live decisions*, 2021).

É geralmente aceite que as manobras de ressuscitação não devem ser fornecidas a todos os pacientes. Este ponto de vista reflete as preceitas médicas e éticas, incluindo o dano potencial da reanimação (em termos da dignidade, estado de consciência da vítima, expectativas dos familiares, etc.), e o risco resultados desfavoráveis em caso de sobrevivência (*European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of live decisions*, 2021).

Mentzelopoulos et al, 2018, define como relevantes os seguintes princípios éticos:

- Autonomia: respeito pelo direito de autodeterminação;
- Honestidade: comunicação precisa e transparente sobre a melhor evidência científica, julgamento clínico incluído incertezas ao paciente/família

- Beneficência: seleção de intervenções benéficas para o paciente após a avaliação do risco-benefício;
- Não maleficência: evitar ferir ou provocar o menor dano possível para obter um resultado benéfico;
- Dignidade: compreender “ser humano”, “ter controlo”, “relacionamento e pertença” e “manutenção do eu individual” em relação à ressuscitação e aos cuidados pós-ressuscitação. Dignidade significa evitar intervenções desproporcionadas e um “fim de vida” contradizendo as preferências do paciente.
- Justiça: distribuição justa e igualitária de benefícios, riscos e custos. Diz respeito à igualdade de direitos na saúde, e a obrigação dos profissionais de saúde de aderir aos cuidados adequados e alocação de fardos e benefícios.

Tendo em conta estes princípios éticos, os profissionais de saúde perante uma paragem cardiorrespiratória devem:

- Incluir a vontade do doente na sua tomada de decisão através das diretivas antecipadas de vontade;
- Ser transparente na sua atuação;
- Atuar conforme a melhor evidência científica;
- Implementar intervenções que após a ponderação dos seus riscos e benefícios, resultem em beneficência relevante para o paciente;
- Não implementar intervenções que possam provocar danos à vítima bem como a sua família;
- Atuar de forma responsável, vendo a vítima como um ser único e individual, respeitando as suas preferências.

A Decisão de Não Reanimar (DNR) é sempre uma tomada de posição difícil e potenciadora de *stress* no ceio da equipa multidisciplinar. Fora do hospital, esta decisão torna-se mais complexa pois encontramos limitações na acessibilidade à informação clínica da vítima em PCR, nomeadamente aos antecedentes pessoais e ao seu estado clínico. Em muitas situações, a informação sobre os desejos e a vontade da vítima não estão disponíveis (*European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of live decisions*, 2021).

Tendo em conta estes obstáculos existem situações descritas que possibilitam a identificação da extinção da vida numa vítima. São estas a decapitação, a inceneração/carbonização, a decomposição/putrefação e a hemicorporetomia (seção transversa). Quando estas situações são identificadas, as manobras de ressuscitação não são iniciadas (INEM, 2020).

Já a *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions*, 2021, define os seguintes critérios para parar ou não iniciar as manobras de ressuscitação:

1. Critérios inequívocos:

- Quando a segurança das equipas não pode ser assegurada;
- Quando há uma lesão mortal obvia ou morte irreversível;
- Quando há acesso a uma diretiva antecipada de vontade que recomenda a não realização de manobras de ressuscitação.

2. Outros critérios para a tomada de decisão:

- Persistência de assistolia apesar de 20 minutos de manobras de suporte avançado de vida, na ausência de qualquer causa reversível;
- PCR não presenciada com um ritmo inicial não desfibrilhável onde o risco de dano a vítima decorrente da ressuscitação é maior que os benefícios desta.

3. Critérios que por si só não devem informar a tomada de decisão:

- Tamanho das pupilas;
- Duração da reanimação;
- Valor de dióxido de carbono expirado;
- Valor inicial dos lactatos;
- Tentativa de suicídio.

Considerando os dados referidos, que após uma PCR sem assistência a cada minuto que passa a probabilidade de sobrevivência baixa em 10% aproximando-se de 0 e após 5 minutos de hipoxia cerebral o cérebro não consegue sobreviver causando diversas lesões, quando a PCR ocorre fora do ambiente hospitalar e a ressuscitação é tentada, apenas 9% das pessoas sobrevive à alta hospitalar (*Resuscitation Council UK, 2021*).

Tendo em conta estes dados, o profissional de saúde altamente qualificado que prolonga a reanimação, pode estar a praticar atos inúteis e inglórios.

Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

“Ambulância de suporte imediato de vida (SIV) — integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de suporte imediato de vida” (Despacho n.º 14898/2011, 2011).

O meio SIV deverá ser tripulado por um enfermeiro com formação específica em emergência pré-hospitalar, preferencialmente Especialista em Pessoa em Situação. Nele tem disponível uma carga de material com especificidades técnicas que lhe permite a monitorização e estabilização hemodinâmica, para que desta forma consiga assegurar o transporte da vítima em situação crítica. Parte das funções do enfermeiro SIV é a coordenação da equipa, administração de terapêutica e a realização de intervenções consideradas invasivas validadas por protocolos aplicados com supervisão médica com vista na salvaguarda das vítimas e o seu melhor benefício.

O enfermeiro SIV no seu dia a dia, depara-se com múltiplas situações de extrema complexidade relacionadas com a doença aguda e traumática. Deste modo, a sua atuação exige-lhe um elevado conhecimento a nível prático e teórico tendo por base a melhor e mais recente evidência científica. Na abordagem à vítima, avalia e implementa as intervenções de enfermagem mais adequadas para cada situação, sendo que em algumas situações necessita da validação médica devido à sua interdependência, comunicando com o médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para que consequentemente cumpra com os protocolos instituídos.

A sua abordagem tem como base os seus conhecimentos científicos na disciplina de Enfermagem, sendo inteiramente responsável por todas as suas ações.

Como a nível pré-hospitalar as situações com que o enfermeiro se depara são muito diversas, a implementação de protocolos vem por este meio ajudar o enfermeiro a ter uma atuação mais eficaz num meio em que diversas variáveis podem interferir na sua atuação.

Por sua vez, estes protocolos quando não são flexíveis na sua aplicação podem condicionar a tomada de decisão por parte dos profissionais, podendo levar a práticas que tendo em conta a evidência científica podem não ser as mais corretas.

O enfermeiro quando atua em equipas sem a presença do médico acaba por ter algumas limitações legais na sua atuação. Um dos casos onde é possível observar estas limitações é na atuação do enfermeiro perante uma vítima em PCR.

Segundo Sousa, 2019, o rigor mortis (ou rigidez cadavérica) começa a instalar-se 3 a 4 horas após a morte, atingindo um pico máximo entre a 6 e as 12 horas após a morte. O período de rigidez cadavérica completa pode persistir durante 18 a 36 horas, dependente da temperatura ambiente. Tendo por base esta evidência, podemos considerar que a rigidez cadavérica é um sinal de irreversibilidade da PCR e que as manobras de ressuscitação nesta situação podem ser consideradas fúteis e inapropriadas.

Apesar do enfermeiro SIV ser detentor de competências e conhecimentos científicos, perante situações em que se depara com uma vítima em PCR que apresenta sinais de irreversibilidade como a rigidez cadavérica, tendo em conta o protocolo do INEM em situações de PCR, o enfermeiro mesmo sendo capaz de diagnosticar morte irreversível através dos seus conhecimentos científicos e com o auxílio do monitor de desfibrilhação para confirmar a ausência de atividade elétrica, tem de iniciar e manter manobras de ressuscitação até à chegada do médico ao local ou até à chegada à unidade hospitalar.

Tendo em conta os princípios éticos e a deontologia profissional, o enfermeiro nestas situações deveria ter uma conduta de respeito pela vítima cadáver não a submetendo a procedimentos como a reanimação. Nestes casos os princípios éticos que se encontram na nossa deontologia profissional não devem ser suprimidos. Com o diagnóstico de morte irreversível, o enfermeiro deve respeitar o princípio da não-maleficência quando não consegue trazer benefícios para a vítima e não praticar a obstinação terapêutica. Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, “«*Obstinação diagnóstica e terapêutica*» os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido.” Segundo Carneiro & Carneiro, 2020, os procedimentos praticados nas manobras de ressuscitação (compressões torácicas com o risco de fratura costais e do esterno, as entubações traqueais ou laríngeas, ventilação com pressão positiva, cardioversões/desfibrilhações, punções venosas, arteriais, torácicas,...) são consideradas ofensas à integridade física da vítima.

Uma vez que o enfermeiro SIV está obrigado a seguir o protocolo que não o possibilita tomar a decisão de não reanimar ou suspender as manobras numa vítima já cadáver que se encontra em rigidez cadavérica, este incute numa série de irregularidades que podem ser puníveis tendo em base a legislação portuguesa.

Segundo o Decreto-Lei nº.48/95,1995:

“Artigo 150º do Código Penal

(Intervenções e tratamentos médico-cirúrgico)

1 - As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.

2 - As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as leges artis e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.”

“Artigo 254º do Código Penal

(Profanação de cadáver ou de lugar fúnebre)

b) Profanar cadáver ou parte dele, ou cinzas de pessoa falecida, praticando actos ofensivos do respeito devido aos mortos; ou

c) Profanar lugar onde repousa pessoa falecida ou monumento aí erigido em sua memória, praticando actos ofensivos do respeito devido aos mortos; é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.”

Tendo em conta esta situação, o enfermeiro SIV ao aplicar as manobras de ressuscitação a uma vítima já cadáver, não está a respeitar o corpo da vítima nem a preservar a sua dignidade, uma vez que esta intervenção não trará nenhum benefício para a mesma. Desta forma também podemos considerar que o enfermeiro está a cometer irregularidades no que diz respeito ao seu código deontológico que regula a sua profissão.

No que diz respeito ao código deontológico dos enfermeiros inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro:

Artigo 97º

“1 — Os membros efetivos da Ordem estão obrigados a:

- a) *Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem;*” (Lei nº156/2015,2015).

Artigo 99º

“1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

3 — São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

- b) *O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;*” (Lei nº156/2015,2015).

Artigo 100º

“O enfermeiro assume o dever de:

- c) *Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional;*” (Lei nº156/2015,2015).

Artigo 108º

“O enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de:

- d) *Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*” (Lei nº156/2015,2015).

O Enfermeiro SIV na Região Autónoma dos Açores

Os meios de suporte imediato de vida na Região Autónoma dos Açores, foram criados a 28 de março de 2012, com uma viatura na Ilha Terceira e outra na Ilha de São Miguel com o objetivo de prestar cuidados de saúde diferenciados em ambiente pré-hospitalar (Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores, 2018).

As viaturas SIV, são tripuladas por um enfermeiro e por um tripulante de ambulância de socorro, estando equipadas com material de suporte avançado de vida na doença e no trauma. Segundo o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores, o enfermeiro SIV nos Açores:

- Tem como principal função prestar cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos pelo Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) e as orientações da regulação médica.
- Assegura a chefia a equipa do meio SIV;
- Possuem formação qualitativa de emergência pré-hospitalar.

À semelhança dos enfermeiros SIV do INEM, os enfermeiros SIV dos Açores também atuam com base em protocolos de atuação que contemplam os princípios éticos e evidência científica mais recente.

Quando comparados, ambos os protocolos da PCR são praticamente idênticos, diferindo apenas no ponto em que após 20 minutos de manobras de suporte avançado de vida o enfermeiro SIV tem de contactar o médico regulador.

O Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (2021), além dos protocolos de atuação também implementou procedimentos de atuação em diversas situações, sendo uma delas relativa à vítima cadáver. Com a implementação deste procedimento, o enfermeiro SIV nos Açores consegue ter mais autonomia no que diz respeito à tomada de decisão de não reanimar ou suspender as manobras de reanimação, quando comparado com o enfermeiro SIV do INEM.

Caso a vítima não apresente critérios de morte irreversível, o enfermeiro SIV tenta apurar se a vítima tem uma diretiva antecipada de vontade, se é seguida pelos cuidados paliativos, se apresenta uma doença crónica incapacitante e se não tem vida de relação. Caso se verifique alguma destas situações, o enfermeiro contacta o médico assistente da vítima de forma a este redigir o certificado de óbito. Se nenhum destes aspetos for apurado, o enfermeiro SIV tem de iniciar manobras de suporte avançado de vida (SAV). Após 20 minutos de SAV, caso o enfermeiro SIV não deteta causas reversíveis de paragem, não detete ritmo desfibrilável, paragem não presenciada e nem foram iniciadas manobras de suporte básico de vida antes da chegada das equipas, o enfermeiro regista um eletrocardiograma de 12 derivações em assistolia parando a manobra e chama as autoridades competentes para o local da ocorrência. Com este procedimento o enfermeiro SIV consegue implementar intervenções com base na melhor evidência científica e respeitar os princípios éticos no que diz respeito à ressuscitação da vítima.

Outros aspetos positivos e que este tipo de procedimentos ajuda o enfermeiro SIV, são a uma menor frequência de obstinação terapêutica e nestas situações o meio SIV nestes fica disponível em menos tempo para novas ocorrências.

CONCLUSÃO

A emergência pré-hospitalar, ao longos dos anos tem vindo a mudar o seu paradigma, graças ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pela comunidade científica nesta área de atuação. Este permitiu a evolução dos cuidados a prestar no processo de socorro e assistência pré-hospitalar.

É consensual à data que os profissionais de saúde, tentam centrar os seus cuidados na pessoa, respeitando os princípios éticos.

Podemos concluir que a presença do enfermeiro SIV altamente qualificado, é uma mais-valia nos cuidados pré-hospitalares prestados à população em geral. No entanto, tendo em conta o enquadramento legal, a sua atuação é baseada em protocolos que em determinadas situações podem limitar a sua ação. Uma vez que o enfermeiro SIV implementa as suas intervenções baseadas na evidencia científica mais recente, tendo também em conta os princípios éticos e deontológicos da sua profissão, os referidos protocolos podem limitar a ação das suas funções.

Em Portugal conseguimos observar no meio dos enfermeiros SIV atuações distintas para situações semelhantes. Na Região Autónoma dos Açores, o procedimento relativo à abordagem das vítimas cadáveres permite ao enfermeiro SIV ter mais autonomia na decisão de não reanimar ou suspender a reanimação, ao contrário do que acontece com os seus pares do INEM. Assim a inclusão destes procedimentos nos protocolos do INEM, permitiria uma abordagem mais centrada na pessoa, conseguindo assim o enfermeiro ir de encontro com a sua ética profissional.

Em suma, é necessário que o INEM, reconheça as capacidades do enfermeiro SIV na identificação de situações irreversíveis, para além do que está descrito no protocolo. Deste modo os protocolos deveriam ser reformulados com base nas novas *guidelines*.

BIBLIOGRAFIA

- Carneiro, A.; Carneiro, R. (2020). DNR a Decisão de Não Reanimar. Pontos de Vista;
- Decreto – Lei nº 48/95. (2016). Diário da República nº63/1995, Série 1-A de 1995-03-15. Código Penal;
- Despacho nº 14898/2011. (2011). Diário da República, 2ª série – nº211 – 3 de Novembro de 2011;
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (S.D.). Dados Estatísticos. Obido em 20/10/2021 em [Dados estatísticos - Fundação Portuguesa Cardiologia \(fpcardiologia.pt\)](http://Dados%20estat%C3%ADsticos%20-%20Fundacao%20Portuguesa%20Cardiologia%20(fpcardiologia.pt));
- Grasner, J.; Herlitz, J.; *et al.* (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. European Resuscitation Council;
- INEM (2021). Manual de Suporte Avançado de Vida. Departamento de Formação em Emergência Médica;
- INEM. (2021). Manual de Suporte Básico de Vida DAE desfibrilhação automática externa;
- Lei nº 52/2012. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos: Base II. Diário da República, 1ª serie – Nº 172 – 5 de setembro de 2012;
- Lei nº 156/2015. (2015). Código Deontológico. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº156/2015 de 16 de setembro);
- Mentzelopoulos, S.; *et al.* (2018). Ethical challenges in resuscitation. Intensive care med;
- Olasveengen, T.; *et al.* (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. European Resuscitation Council;
- Perkins. G.; Nolan, J.; Soar,J.; Hawkes, C; *et al.* (2021). Epidemiology of cardiac arrests Guidelines. Resuscitation Council UK;

- Rente, M.; Costa, M.; Pontes, M.; Príncipe, F.; Mota, L. (2021). Perceção dos Enfermeiros Sobre Prática Simulada em Suporte Básico de Vida Na Prática Clínica. Ciência da Vida e da Saúde. Millenium;
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. Serviços SIV Açores. Obtido em 25/10/2021 em [Serviço SIV Açores \(azores.gov.pt\)](https://www.azores.gov.pt);
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2018). Suporte Imediato de Vida já respondeu a mais de 16 mil ocorrência. Obtido no dia 25/10/2021 em [Suporte Imediato de Vida já respondeu a mais de 16 mil ocorrências \(azores.gov.pt\)](https://www.azores.gov.pt);
- SNS 24. (2021). Paragem cardiorrespiratória. Obtido em 19 de 10 de 2021, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/paragem-cardiorespiratoria/#sec-0>;
- Sousa, M. (2019). Determinação do intervalo postmortem: ficção ou realidade. Mestrado integrado em medicina. Universidade do



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

A atuação do Enfermeiro SIV na Reanimação

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular: Estágio final e relatório

Orientadora: Professora Doutora Amélia Ferreira

Manuel Sarmento

Porto, 27 de outubro 2021

Introdução

- 1981 foi criado o Instituto Nacional de Emergência Médica que impulsionou o crescimento da emergência pré-hospitalar;
- 2007 Criação das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida;
- Prestar cuidados dignos e respeitando os direitos e as vontades das vítimas de doença de instalação súbita;
- Equipas de emergência pré-hospitalar encontram-se mais dotadas de conhecimentos científicos;
- Aspectos éticos e legais da sua atuação.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

27/10/2021

2

Paragem Cardiorrespiratória (PCR)

A PCR é um acontecimento repentino que consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória. Em consequência a vítima fica inconsciente, não responde e não ventila ou a mesma não é normal.

(SNS)

Paragem Cardiorrespiratória (PCR)

- Deve-se dar início as manobras de ressuscitação cardiopulmonar em qualquer vítima que não responda e com ausência ou ventilação anormal.



Paragem Cardiorrespiratória (PCR)

A vítima perde 10% de hipóteses de sobrevivência a cada minuto que passa, ou seja, ao fim de cinco minutos sem assistência, a vítima tem apenas 50% de probabilidade em sobreviver.

Por outro lado, a massa encefálica apenas sobrevive 3 a 5 minutos sem oxigénio

Fundação Portuguesa de Cardiologia

Paragem Cardiorrespiratória (PCR)

Uma vez que nos casos em que o suporte básico de vida é realizado de forma eficaz, o declínio da taxa de supervivência é mais gradual (3-4%), em vez dos 10% a cada minuto que passa após o evento adverso

(NEM, 2021)

Ética na ressuscitação e decisão de fim de Vida

- Autonomia: respeito pelo direito de autodeterminação;
- Honestidade: comunicação precisa e transparente sobre a melhor evidência científica, julgamento clínico incluído incertezas ao paciente/família;
- Beneficência: seleção de intervenções benéficas para o paciente após a avaliação do risco-benefício;
- Não maleficência: evitar ferir ou provocar o menor dano possível para obter um resultado benéfico;

Mentzelopoulos et al, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

27/10/2021

7

Ética na ressuscitação e decisão de fim de Vida

- Dignidade: compreender “ser humano”, “ter controle”, “relacionamento e pertença” e “manutenção do eu individual” em relação à ressuscitação e aos cuidados pós-ressuscitação. Dignidade significa evitar intervenções desproporcionadas e um “fim de vida” contradizendo as preferências do paciente.
- Justiça: distribuição justa e igualitária de benefícios, riscos e custos. Diz respeito à igualdade de direitos na saúde, e a obrigação dos profissionais de saúde de aderir aos cuidados adequados e alocação de fardos e benefícios.

Mentzelopoulos et al, 2018

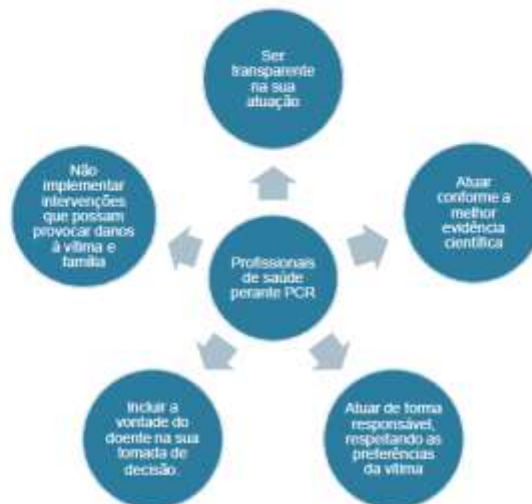


CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

27/10/2021

8

Ética na ressuscitação e decisão de fim de Vida



European Council Resuscitation, 2021

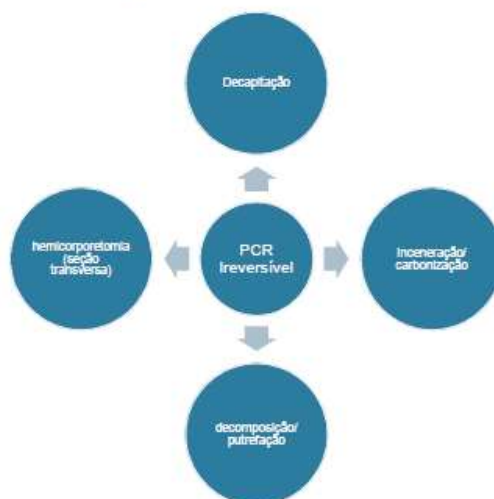
Ética na ressuscitação e decisão de fim de Vida

A Decisão de Não Reanimar (DNR) é sempre uma tomada de posição difícil e potenciadora de *stress* no ceio da equipa multidisciplinar.

Fora do hospital, esta decisão torna-se mais complexa pois encontramos limitações na acessibilidade à informação clínica da vítima em PCR, nomeadamente aos antecedentes pessoais, ao seu estado clínico, desejos e vontades da própria.

European Council Resuscitation, 2021

Ética na ressuscitação e decisão de fim de Vida



INEM, 2021

Ética na ressuscitação e decisão de fim de Vida

Critérios para parar ou não iniciar as manobras de ressuscitação:

Critérios inequívocos:

- Quando a segurança das equipas não pode ser assegurada;
- Quando há uma lesão mortal óbvia ou morte irreversível;
- Quando há acesso a uma diretiva antecipada de vontade que recomenda a não realização de manobras de ressuscitação.

Outros critérios para a tomada de decisão:

- Persistência de assistolia apesar de 20 minutos de manobras de suporte avançado de vida, na ausência de qualquer causa reversível;
- PCR não presenciada com um ritmo inicial não desfibrilável onde o risco de dano a vítima decorrente da ressuscitação é maior que os benefícios desta.

European Council Resuscitation, 2021

Ética na ressuscitação e decisão de fim de Vida

Critérios para parar ou não iniciar as manobras de ressuscitação:

Critérios que por si só não devem informar a tomada de decisão:

- Tamanho das pupilas;
- Duração da reanimação;
- Valor de dióxido de carbono expirado;
- Valor inicial dos lactatos;
- Tentativa de suicídio.

Quando a PCR ocorre fora do ambiente hospitalar e a ressuscitação é tentada, apenas 9% das pessoas sobrevive à alta hospitalar (*Resuscitation Council UK, 2021*).

European Council Resuscitation, 2021

Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

O meio SIV deverá ser tripulado por um enfermeiro com formação específica em emergência pré-hospitalar.

Disponível uma carga de material com especificidades técnicas que lhe permite a monitorização e estabilização hemodinâmica.

Funções :

- Coordenação da equipa;
- Administração de terapêutica;
- Realização de intervenções consideradas invasivas validadas por protocolos com vista a salvaguarda das vidas.

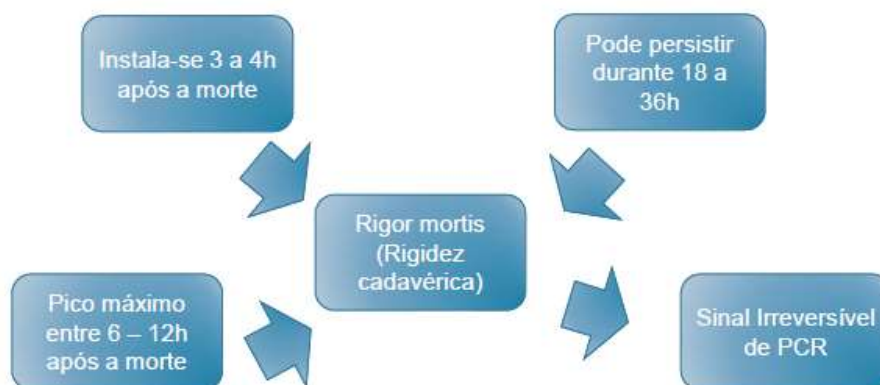


Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

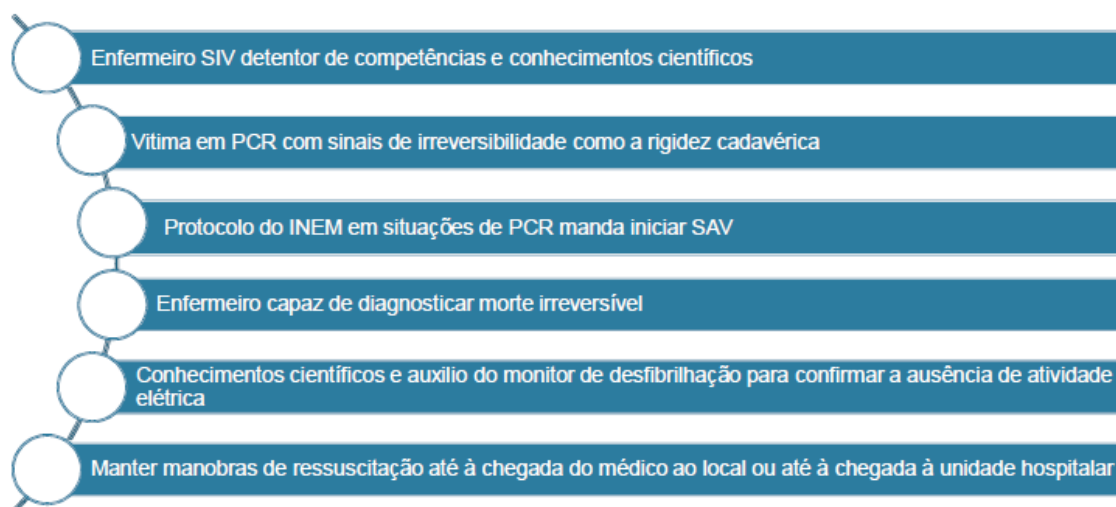


Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

O enfermeiro quando atua em equipas sem a presença do médico acaba por ter algumas limitações legais na sua atuação. Um dos casos onde é possível observar estas limitações é na atuação do enfermeiro perante uma vítima em PCR.



Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade



Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

- Tendo em conta os princípios éticos e a deontologia profissional, o enfermeiro nestas situações deveria ter uma conduta de respeito pela vítima cadáver não a submetendo a procedimentos como a reanimação
- Com o diagnóstico de morte irreversível, o enfermeiro deve respeitar o princípio da não-maleficência quando não consegue trazer benefícios para a vítima e não praticar a obstinação terapêutica
- Procedimentos praticados nas manobras de ressuscitação (compressões torácicas com o risco de fratura costais e do esterno, as entubações traqueais ou laringeas, ventilação com pressão positiva, cardioversões/desfibrilhações, punções venosas, arteriais, torácicas,...) são consideradas ofensas à integridade física da vítima.

Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

Artigo 150º do Código Penal

(Intervenções e tratamentos médico-cirúrgico)

1 - As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.

2 - As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as leges artis e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.”

Decreto-Lei nº 48/95,1995

Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

“Artigo 254º do Código Penal

(Profanação de cadáver ou de lugar fúnebre)

b) Profanar cadáver ou parte dele, ou cinzas de pessoa falecida, praticando actos ofensivos do respeito devido aos mortos;

c) Profanar lugar onde repousa pessoa falecida ou monumento aí erigido em sua memória, praticando actos ofensivos do respeito devido aos mortos, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.”

Decreto-Lei nº 48/95,1995

Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

Artigo 97º

“1 — Os membros efetivos da Ordem estão obrigados a:

- a) *Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem;*” (Lei nº156/2015,2015).

Artigo 99º

“1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

3 — São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

- a) *O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;*” (Lei nº156/2015,2015).

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro

Atuação do Enfermeiro SIV em contexto de PCR com sinais de irreversibilidade

Artigo 100º

“O enfermeiro assume o dever de:

- a) *Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional;*” (Lei nº156/2015,2015).

Artigo 108º

“O enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de:

- a) *Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*” (Lei nº156/2015,2015).

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro

O Enfermeiro SIV na Região Autónoma dos Açores



O Enfermeiro SIV na Região Autónoma dos Açores



O Enfermeiro SIV na Região Autónoma dos Açores



Conclusão

- Emergência pré-hospitalar tem vindo a mudar o seu paradigma
- À data que os profissionais de saúde, tentam centrar os seus cuidados na pessoa, respeitando os princípios éticos.
- Enfermeiro SIV altamente qualificado e é uma mais-valia nos cuidados pré-hospitalares.
- Em Portugal conseguimos observar no meio dos enfermeiros SIV atuações distintas para situações semelhantes.
- Necessário que o INEM, reconheça as capacidades do enfermeiro SIV.
- Haver uma reformulação dos protocolos de atuação.

Bibliografia:

- Carneiro, A.; Carneiro, R. (2020). DNR a Decisão de Não Reanimar. Pontos de Vista;
- Decreto – Lei nº 48/95. (2016). Diário da República nº63/1995, Série 1-A de 1995-03-15. Código Penal;
- Despacho nº 14898/2011. (2011). Diário da República, 2ª série – nº211 – 3 de Novembro de 2011;
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (S.D.). Dados Estatísticos. Obtido em 20/10/2021 em [Dados estatísticos - Fundação Portuguesa Cardiologia \(fpcardiologia.pt\)](https://dados.estatisticos-fpcardiologia.pt);
- Grasner, J.; Herlitz, J.; *et al.* (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. European Resuscitation Council;
- INEM (2021). Manual de Suporte Avançado de Vida. Departamento de Formação em Emergência Médica;
- INEM. (2021). Manual de Suporte Básico de Vida DAE desfibrilhação automática externa;
- Lei nº 52/2012. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos: Base II. Diário da República, 1ª série – Nº 172 – 5 de setembro de 2012;
- Lei nº 156/2015. (2015). Código Deontológico. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº156/2015 de 16 de setembro);
- Mentzelopoulos, S.; *et al.* (2018). Ethical challenges in resuscitation. Intensive care med;

Bibliografia:

- Olasveengen, T.; *et al.* (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. European Resuscitation Council;
- Perkins, G.; Nolan, J.; Soar, J.; Hawkes, C; *et al.* (2021). Epidemiology of cardiac arrests Guidelines. Resuscitation Council UK;
- Rente, M.; Costa, M.; Pontes, M.; Príncipe, F.; Mota, L. (2021). Perceção dos Enfermeiros Sobre Prática Simulada em Suporte Básico de Vida Na Prática Clínica. Ciência da Vida e da Saúde. Millenium;
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. Serviços SIV Açores. Obtido em 25/10/2021 em [Serviço SIV Açores \(azores.gov.pt\)](https://servico.siv.azores.gov.pt);
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2018). Suporte Imediato de Vida já respondeu a mais de 16 mil ocorrências. Obtido no dia 25/10/2021 em [Suporte Imediato de Vida já respondeu a mais de 16 mil ocorrências \(azores.gov.pt\)](https://servico.siv.azores.gov.pt);
- SNS 24. (2021). Paragem cardiorrespiratória. Obtido em 19 de 10 de 2021, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/paragem-cardiorespiratoria/#sec-0>;
- Sousa, M. (2019). Determinação do intervalo postmortem: ficção ou realidade. Mestrado integrado em medicina. Universidade do Porto.

Obrigado

APÊNDICE II: Prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical

Prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical

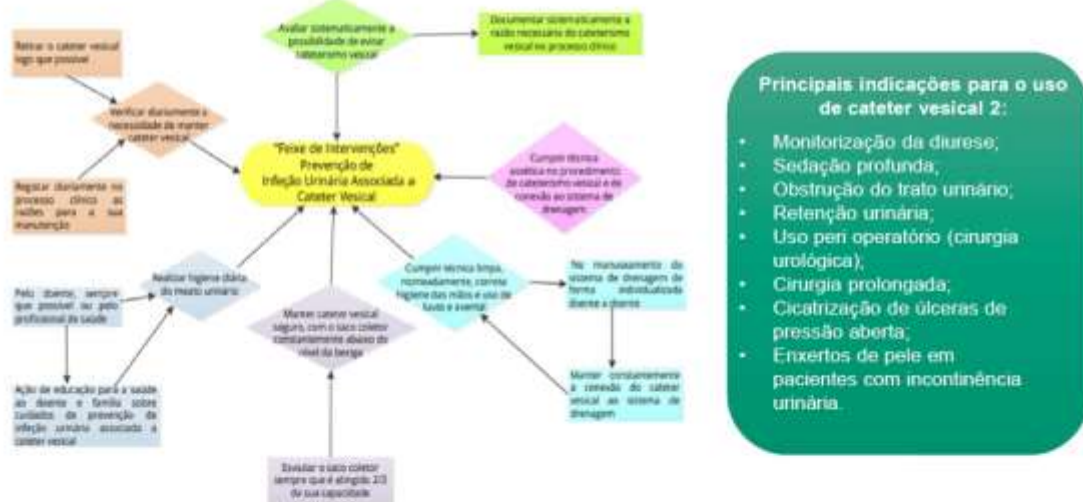
Introdução:

As Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e a resistência antimicrobiana (RAM) interferem significativamente na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados (Tartari, et al., 2020) 1.

A infecção do trato urinário (ITU) consiste na presença e multiplicação de microrganismos no trato urinário com a invasão dos tecidos, e geralmente acompanhada de bactérias na urina (Vidal & Gaité, 2018) 2.

Aproximadamente 70% das ITU desenvolvem-se em pacientes algaliados (Vidal & Gaité, 2018) 2.

Figura 1: Algoritmo clínico – “Feixe de Intervenção” de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical 3



Conclusão:

Este “Feixe de Intervenção” têm o objetivo de assegurar aos doentes tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente (DGS, 2017)3

O “Feixe de Intervenção” apresenta unidade de tempo e espaço, de modo a que todas as intervenções ocorram num tempo e num local específico. Vários grupos colaborativos conseguem demonstrar uma melhoria na qualidade dos cuidados e nos resultados clínicos através da implementação desta estratégia. (DGS,2017)3

1-Tartari, E., Tomczuk, S., Pires, D., Zayed, B., Coutinho Rehse, AP., Kariyo, P., Stempliuk, V., Zingg, W., Pittet, D., Allegranzi, B. (2020). Implementação dos componentes centrais de prevenção e controle de infeção em nível nacional: uma análise situacional global. *Jornal of Hospital Infection*, Páginas 94 -103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.11.025>
 2- Vidal, M., Gaité, F. (2018). Anti-sepsia no cateterismo urinário e manutenção do cateter vesical. *Med Intensiva*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medint.2018.09.014>
 3- Direção Geral da Saúde. (2017). “Feixes de Intervenção” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acesso em 6 de dezembro de 2021

Trabalho realizado por: Manuel Sarmento;
 Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica com Especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica pela UCP (Universidade Católica Portuguesa)

APÊNDICE III: Ganhos na utilização de intervenções no controlo de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Ganhos da utilização de intervenções no controlo da infeção do trato
urinário associada ao cateter vesical**

Estudante: Manuel Sarmento

Sob orientação de: Prof. Doutora Amélia Ferreira

Porto, janeiro de 2022

RESUMO

A infecção do trato urinário associada ao cateter vesical é considerada uma das mais frequentes infecções a nível hospitalar e pode-se considerar um dos eventos adversos inerentes à utilização deste dispositivo médico.

A implementação de intervenções com vista ao controlo de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical, têm o objetivo de diminuir a taxa de infecções associadas a estes dispositivos e com isto melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes.

Esta investigação prende-se em verificar a diminuição da taxa de infecção com a implementação destas intervenções.

Esta revisão integrativa da literatura, foi realizada de acordo com a metodologia PICO, tendo ocorrido a colheita de dados durante o mês de janeiro de 2022, na base de dados ESBCO.

Os 3 artigos incluídos no estudo evidenciaram uma diminuição das taxas de infecção do trato urinário bem como a diminuição da utilização dos cateteres vesicais após a implementação das intervenções, o que demonstra que estas intervenções trazem ganhos para a prática clínica e a saúde.

Índice

INTRODUÇÃO	111
METODOLOGIA	113
RESULTADOS	117
DISCUSSÃO DE RESULTADOS	121
CONCLUSÃO	123
BIBLIOGRAFIA	125

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Pergunta PICCO.....	113
Tabela 2: Tabela de evidências	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figure 1: Diagrama PRISMA	115
---------------------------------	-----

Abreviaturas

- CAUTIs - Infecções do Trato Urinário Associadas a Cateteres;
- IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;
- ITU - Infecção do Trato Urinário;
- RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos;

INTRODUÇÃO

Segundo a Direção Geral da Saúde (2017), as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são questões relacionadas e de extrema importância à escala mundial. Deste modo nenhuma nação e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções bem como o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade.

Podemos definir a infeção do trato urinário (ITU) como a presença e proliferação de microrganismos no trato urinário com invasão dos tecidos e, usualmente, é acompanhada pela presença de bactérias na urina (bacteriúria) (Vidal & Gaité, 2018).

A nível hospitalar, a infeção urinária associada ao cateter vesical é considerada uma das mais frequentes infeções hospitalares e o evento adverso mais importante relacionado com a utilização do cateter vesical (Direção Geral da Saúde, 2017). Desta forma, as infeções do trato urinário associadas a cateteres (CAUTIs), são uma complicação bem notória do cateterismo do trato urinário, apresentando taxas que variam de 0.2 a 4.8 por 1.000 cateter-dias (Schweiger et al., 2018).

Tendo como base esta problemática do campo da saúde, foi de extrema importância debater-me sobre este tema com o intuito de procura de evidência científica para que desta forma consiga uma prestação de cuidados de qualidade e de excelência. Deste modo, realizei uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de me auxiliar na aquisição de conhecimento.

Existindo a necessidade de assegurar uma prática baseada na evidência, a revisão integrativa é apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, uma vez que sintetiza as pesquisas existentes sobre determinada temática e direciona a prática e alicerça-se em conhecimento científico (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), para se elaborar este tipo de trabalho, num primeiro momento o investigador tem de determinar um objetivo específico, para que deste modo formule as questões a serem respondidas ou hipóteses a serem testadas.

De seguida realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes que se enquadrem nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Assim, consegue realizar uma síntese de resultados de pesquisa relevantes e com reconhecimento mundial que facilita a incorporação da evidência, que conseqüentemente agiliza a transferência de novo conhecimento para a prática.

Tendo por base o supracitado, o tema do trabalho, "Ganhos da utilização de intervenções no controlo da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical", surge com base na experiência vivida no decorrer da prática clínica enquanto profissional e estudante.

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do desenvolvimento de competências enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na área da Pessoa em Situação Crítica e a sua estrutura contempla 6 capítulos compreendidos pela introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e bibliografia.

METODOLOGIA

A estratégia PICO permite ao investigador realizar questões clínicas com as palavras-chaves pesquisáveis: **P** – Pessoa, **I** – Intervenção, **C** – Comparação e **O** – Outcomes (Sousa et al., 2018). De seguida, encontram-se apresentados na tabela 1 os 4 elementos integrantes desta estratégia.

TABELA 1: ELEMENTOS DE QUESTÃO PICO

População	Adultos submetidos a cateterização vesical
Intervenção	Implementação de intervenções para o controlo das infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical
Comparação	Não utilização de intervenções para o controlo das infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical
Outcomes	Diminuição das taxas de infeção do trato urinário associadas ao cateter vesical

Após a elaboração da questão PICO, deu-se início a pesquisa bibliográfica na base de dados ESBCO, com o auxílio dos seguintes descritores e operadores booleanos: *catheter Associated urinary tract infection AND infection control AND interventions*.

Com a pesquisa já efetuada, o investigador deve referir os seus critérios de inclusão e exclusão empregados na elaboração da revisão. Foram definidos os critérios de inclusão: artigos de idioma inglês e português, apresentados em texto integral, compreendidos entre 2016 e 2022. Sendo os critérios de exclusão: idade pediátrica, estudos fora do âmbito hospitalar.

A pesquisa realizada na base de dados, resultou em 113 artigos obtidos. Numa primeira fase, foi realizada uma leitura dos títulos. Após a implementação dos critérios de inclusão e de exclusão e posterior avaliação da qualidade metodológica, a amostra passou para 6 artigos. Com a análise dos mesmos artigos, apenas incluímos 3 para a elaboração desta revisão. Para melhor compreensão desta informação, foi realizado um Diagrama de Prisma.

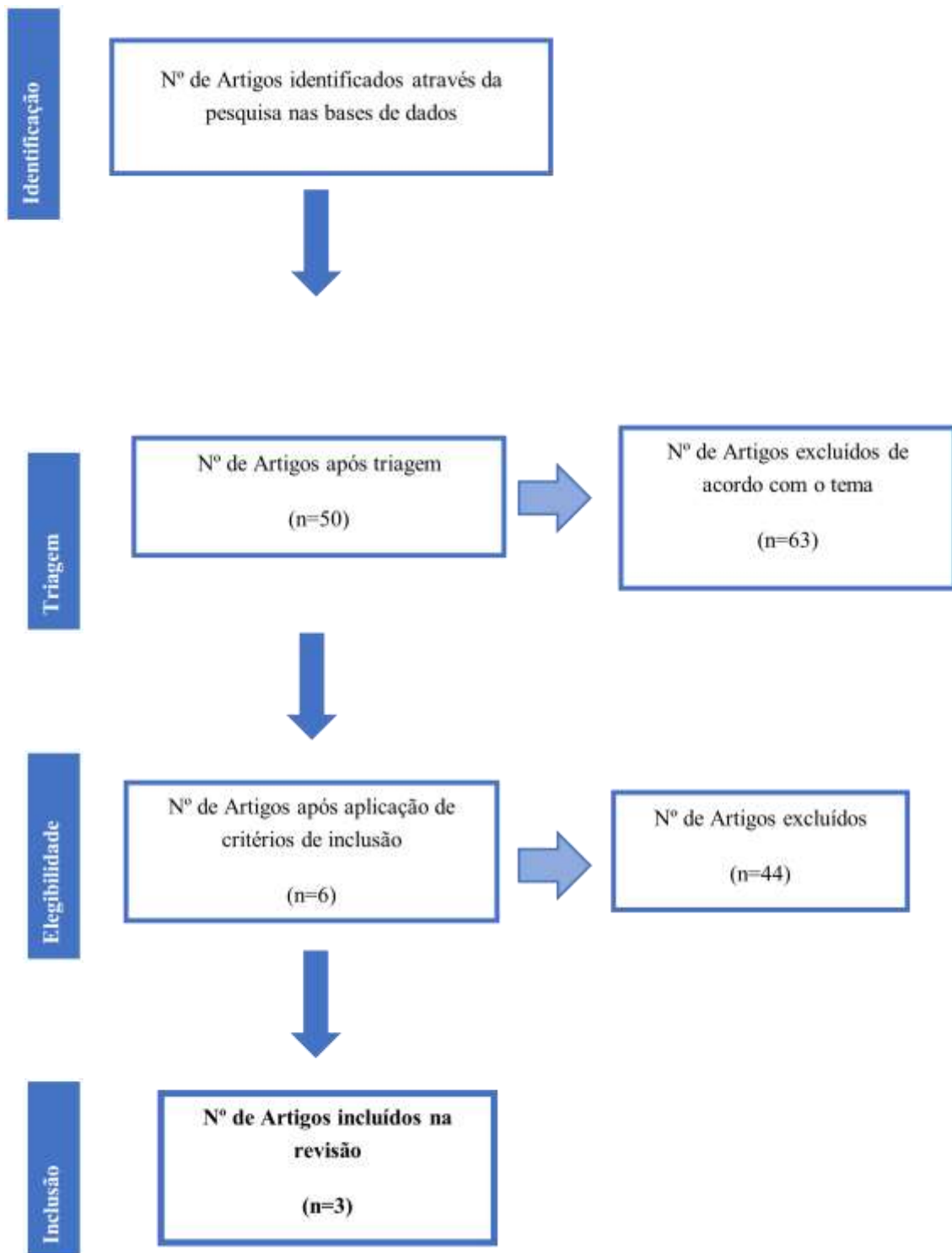


FIGURA 1: DIAGRAMA PRISMA

RESULTADOS

Nesta fase, o investigador deve definir as informações a recolher de todos os estudos selecionados, com apoio de instrumentos que o permitam reunir e sintetizar as informações chave. Sendo um dos seus objetivos, organizar e sumariar as informações de maneira concisa, com o intuito de facilitar o acesso e manejo da informação (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Todas as informações pertinentes dos 3 artigos integrados neste estudo, estão descritos numa tabela previamente realizada com o objetivo de melhor processamento dos dados obtidos e consequentemente facilitar a interpretação dos mesmos.

TABELA 2: TABELA DE EVIDÊNCIAS

Referências	Anna F. Tyson, MD, MPH, Eileen F. Campbell, RN, Lacey R. Spangler, RN, Samuel W. Ross, MD, MPH1, Caroline E. Reinke, MD, MPH, Catherine L. Passaretti, MD, e Ronald F. Sing, DO, FACS (2018) Implementation of a Nurse-Driven Protocol for Catheter Removal to Decrease Catheter-Associated Urinary Tract Infection Rate in a Surgical Trauma ICU. Journal of Intensive Care Medicine 1-7
Objetivo	Observar se um protocolo de remoção de cateter vesical dirigido por enfermeiros pode resultar na diminuição da utilização do cateter vesical e taxas de infeções associadas ao cateter vesical numa unidade de cuidados intensivos de trauma cirúrgico
Desenho	Estudo de coorte retrospectivo
Amostra e Colheita de Dados	Após a aplicação do protocolo na unidade, em agosto de 2014, foi observado um período de washout de 2 meses com o propósito de observar a mudança de práticas. Os dados entre outubro de 2014 e dezembro de 2015 Os dados demográficos dos utentes e os dados específicos da unidade sobre a utilização de cateter vesical e incidência de infeções associadas ao cateter vesical foram colhidos pela equipa de enfermagem em associação com o Departamento de Prevenção de Infeção de janeiro de 2013 a dezembro de 2015
Resultados e conclusão	A utilização do cateter vesical diminuiu significativamente com a implementação deste protocolo dirigido por enfermeiros de 0,78 no período pré-intervenção para 0,70 no período pós-intervenção. A taxa de infeção associada ao cateter vesical diminuiu significativamente de 5,1 para 2,0 infeções por 1000 cateter-dia. Os autores concluíram que a implementação de um protocolo orientado por enfermeiros, para a remoção precoce do cateter vesical ser uma estratégia de intervenção nas infeções que pode resultar numa redução mensurável na utilização do cateter vesical e nas taxas de infeções associadas ao cateter vesical.

Referências	Anita G Au, Sabin Shurraw, Holly Hoang, Sukun Wang, Xiaoming Wang. (2020). Effectiveness of a simple intervention for prevention of catheter-associated urinary tract infections on a medical hospital unit <i>Jornal de Prevenção de Infecções</i> 2020, v. 21(6) 221–227
Objetivo	Observar o impacto de uma intervenção simples que consiste num lembrete no diário clínico nos utentes com cateter vesical na duração do uso do cateter e na incidência das infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical.
Desenho	Estudo prospetivo pré-teste e pós-teste com grupo de controle
Amostra e Colheita de Dados	195 utentes de duas unidades médicas com cateter vesical: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 112 unidade de controle; ➤ 83 na unidade de intervenção. Os dados recolhidos a partir da revisão dos diários clínicos
Resultados e conclusão	Não se observou alterações na taxa de cateteres vesicais retidos inapropriados, nem na taxa de utilização entre o período de pré-intervenção e intervenção para a unidade de controle e intervenção. A duração média da cateterização vesical na unidade de intervenção diminuiu de 11,68 dias pré-intervenção para 7,46 pós-intervenção. A frequência de infeções associadas ao cateter vesical na unidade de intervenção diminuiu de 7/40 (17,5%) para 2/48 (4,6%). Em conclusão, a utilização desta intervenção simples levou a uma redução significativa da duração média do uso do cateter vesical e a uma tendência da diminuição das infeções associadas à cateterização vesical.

Referências	A. Schweiger, S.P. Kuster, J. Maag, S. Züllig, S. Bertschy, E. Bortolin, G. John, H. Sax, A. Limacher, A. Atkinson, D. Schwappach, J. Marschall. (2020). Impact of an evidence-based intervention on urinary catheter utilization, associated process indicators, and infectious and non-infectious outcomes. <i>Journal of Hospital Infection</i> 106 (2020) 364-371
Objetivo	Diminuir a cateterização vesical e, consequentemente, as infeções do trato urinário associadas ao cateter (CAUTIs) e as complicações não infecciosas a partir de uma Bundle de intervenção.
Desenho	Estudo de intervenção multicêntrico não randomizado
Amostra e Colheita de Dados	25.880 incluídos no estudo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 13.171 no início do estudo; ➤ 12.709 pós-intervenção. Os dados foram inseridos em um banco de dados online fornecido pela Unidade de Ensaios Clínicos da Universidade de Berna: dados demográficos, dados de intervenção, dados específicos do cateter, parâmetros do processo e complicações.
Resultados e conclusão	A proporção de utentes internados com cateter vesical diminuiu de 23,7% a 21%, sendo que em termos de cateter-dia por 100 utentes-dia diminuiu de 17,4 para 13.5. A taxa de CAUTI permaneceu estável em um nível baixo com 0,02 infeções por 100 utentes-dia (linha base) e 0.02 infeções por 100 utentes-dia (Pós-intervenção).

As complicações não infecciosas diminuíram significativamente de 0,79 para 0,56 eventos por 100 utentes-dia e de 39,4 a 35,4 eventos por 1.000 dias de cateter.

Este estudo, concluiu que um pacote simples de três medidas baseadas em evidências (fornecimento de uma lista de indicações de utilização de cateter vesical, promoção da avaliação diária da indicação de cateter vesical e ensino do dos profissionais de saúde) reduziu a utilização do cateter vesical e levou a aumentos de cateteres urinários com indicação e avaliação diária. Estas intervenções tiveram impacto nas complicações não infecciosas, enquanto a taxa de CAUTI permaneceu em um nível baixo.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No estudo levado a cabo por Anna et al. (2018) numa unidade de cuidados intensivos de trauma cirúrgico usaram dados de janeiro de 2013 a julho de 2014 como controle histórico com o objetivo de refletir a taxa de CAUTI e a taxa de utilização de cateteres vesicais antes da aplicação do protocolo de intervenção. Após a aplicação do protocolo na unidade, em agosto de 2014, foi observado um período de washout de 2 meses com o propósito de observar a mudança de práticas. Os dados entre outubro de 2014 e dezembro de 2015, constituíram o período de intervenção. Com estes dados, podemos concluir que após a implementação deste protocolo orientado por enfermeiros, que seguindo o protocolo avaliavam 2 vezes por dia a necessidade da permanência do cateter vesical, bem como era realizada a sua manutenção, houve uma diminuição significativa da utilização do cateter vesical de 0.78 no período pré-intervenção para 0.70 no período pós-intervenção e a taxa de infecção associada ao cateter vesical diminuiu significativamente de 5.1 para 2.0 infecções, por 1000 cateter -dia.

O segundo estudo que contempla uma população 195 utentes que se encontram em duas unidades médicas a utilizar um cateter vesical, onde 112 utentes pertencem à unidade de controle e 83 à unidade de intervenção. Anita, Shurraw, Hoang, Wangs e Wang (2020), referem que após um período de três meses, a intervenção foi implementada em uma unidade sendo que a outra unidade serviu de controle. A intervenção em causa consiste na colocação de um adesivo lembrete todos os dias na seção de pedidos dos pacientes portadores de cateteres vesicais, com o intuito de questionar os clínicos se queriam ou não manter o cateter vesical. Caso o cateter continuasse inserido o clínico deve identificar o motivo da permanência do mesmo com base numa lista de indicações fornecidas que incluíam as retenções urinárias, necessidade de monitorização do débito urinário e o uso perioperatório. Com esta intervenção, observou-se que a taxa de cateteres vesicais com uso inapropriado e a taxa de utilização de cateteres não sofreu alterações, que a duração da permanência do cateter na unidade de intervenção diminuiu de 11,68 dias

pré intervenção para 7,46 pós- intervenção e que a frequência de CAUTI na unidade de intervenção diminuiu de 17,5% para 4,6%.

Relativamente ao estudo Schweiger et al. (2020), que foi realizado em 7 hospitais da Suíça com uma população 25.880 utentes, sendo que 13.171 utentes no início do estudo e 12.709 utentes no pós-intervenção. Com a implementação da bundle de intervenção que consiste numa lista de indicações baseada na evidência científica onde estão descritas seis indicações principais para a utilização de cateter vesical que são a retenção urinária, monitorização de balanço hídrico, cirurgias, úlceras de pressão e incontinência urinária, imobilização prolongada e cuidados paliativos ou de conforto para os doentes, a instrução de avaliar essas indicações diariamente e o treino dos profissionais de saúde no procedimento de cateterização vesical. Podemos observar que houve uma diminuição de utentes internados com cateter vesical de 23,7% a 21%, que as complicações não infecciosas diminuíram significativamente de 0.79 para 0.56 eventos por 100 utente-dia e que a taxa de CAUTI permaneceu estável em um nível baixo com 0.02 de infeções por 100 utente-dia na linha base bem como no período de pós-intervenção.

Com a análise, da implementação das diversas intervenções, dos três estudos, concluiu-se que conseguiram diminuir o número de utentes com cateter vesical, no entanto o estudo de Schweiger et al. (2020), foi o único onde não houve alteração na taxa de CAUTI, tendo-se mantido em níveis baixos ao longo de toda a intervenção e sem alterações.

É possível observar que após a implementação das intervenções dos três estudos, conseguimos obter dados estatísticos com prevalência de resultados favoráveis que são indicadores de boas práticas.

CONCLUSÃO

As infecções do trato urinário são uma das infecções hospitalares mais comuns, sendo que 80% das mesmas são resultado da cateterização vesical (Anita, Shurraw, Hoang, Wangs e Wang, 2020).

Com a análise destes três estudos, conseguimos perceber que ao implementarmos intervenções baseadas em evidência científica, com o intuito de reduzir a prevalência das CAUTI, a utilização dos cateteres vesicais e melhorar as técnicas de manuseamento dos cateteres vesicais, é possível obter ganhos em relação à saúde e aumento da qualidade dos cuidados prestados à população.

Todavia, percebe-se que as intervenções implementadas nestes estudos estão fortemente fundamentadas, mas a amostra em dois estudos não é muito grande o que pode de certa forma influenciar os resultados.

No entanto, conseguimos observar resultados positivos na globalidade dos estudos, e uma vez que este tema é de extrema importância para a melhoria contínua dos cuidados, é de grande importância a realização de novos estudos com amostras maiores com o a finalidade de confirmar e obter resultados com mais significância sobre esta temática.

Por fim, podemos considerar uma limitação deste trabalho a impossibilidade de aceder a alguns artigos o que leva a restringir um pouco o acesso à informação.

BIBLIOGRAFIA

- Anita G Au, Sabin Shurraw, Holly Hoang, Sukun Wang, Xiaoming Wang. (2020). Effectiveness of a simple intervention for prevention of catheter-associated urinary tract infections on a medical hospital unit *Jornal de Prevenção de Infecções* 2020, v. 21(6) 221–227
- Anna F. Tyson, MD, MPH, Eileen F. Campbell, RN, Lacey R. Spangler, RN, Samuel W. Ross, MD, MPH1, Caroline E. Reinke, MD, MPH, Catherine L. Passaretti, MD, e Ronald F. Sing, DO, FACS (2018) Implementation of a Nurse-Driven Protocol for Catheter Removal to Decrease Catheter-Associated Urinary Tract Infection Rate in a Surgical Trauma ICU. *Journal of Intensive Care Medicine* 1 - 7
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa, dezembro, 2017
- Direção Geral da Saúde. (2017). "Feixes de Intervenção" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (outubro-dezembro de 2008). REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODOS DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. *17(4)*, pp. 758-64.
- Schweiger, A.; Kuster, SP.; Maag, J.; Züllig, S.; Bertschy, S.; Bortolin, E.; John, G.; Sax, H.; Limacher, A.; Atkinson, A.; Schwappach, D.; Maeschall, J. (2020). Impact of an evidence-based intervention on urinary catheter utilization, associated process indicators, and infectious and non-infectious outcomes. *Journal of Hospital Infection* 106 (2020) 364-371
- Sousa, L.; Marques, J; Firmino, C.; Frade, F.; Valentim, O.; Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem – Maio 2018*: 31-39

- Souza, M.; Silva, M.; Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt1): 102-106
- Vidal, M., Gaité, F. (2018). Anti-sepsia no cateterismo unirário e manutenção do cateter vesical. Med intensice. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.014>