



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COMO DADOR EM
PARAGEM CARDIOCIRCULATÓRIA**

**CRITICAL NURSING CARE IN A POTENTIAL DONOR
AFTER CARDIOCIRCULATORY DEATH**

Por
Filipa Lisboa Marques

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COMO DADOR EM
PARAGEM CARDIOCIRCULATÓRIA**

**CRITICAL NURSING CARE IN A POTENTIAL DONOR
AFTER CARDIOCIRCULATORY DEATH**

Por
Filipa Lisboa Marques

Sob a orientação de Prof^ª. Doutora Rita Marques

Lisboa, 2022

*“A verdadeira motivação vem de
realização, desenvolvimento
pessoal, satisfação no trabalho e
reconhecimento”*

(Frederick Herzberg)

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório não teria seguido o mesmo curso sem todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o seu desenvolvimento e para a concretização desta fase do meu percurso profissional. A todos, a minha sincera gratidão.

Um agradecimento especial:

À Professora Doutora Rita Marques, que como orientadora revelou-se ao longo deste processo sempre disponível. Todos os seus conselhos e sugestões foram determinantes para a concretização deste trabalho.

Aos profissionais a quem tive o prazer de acompanhar nos momentos de estágio, que este percurso implica, pelo seu empenho e incentivo na procura do conhecimento e do desenvolvimento das competências atingidas.

À minha família, pais e irmãos que me apoiaram para ultrapassar os desafios impostos pela vida académica e profissional.

Ao Miguel, companheiro incansável de correções ambíguas pela noite fora, pelo seu empenho e apoio para alcançar este mestrado.

A todos os meus amigos pelo apoio, companhia e compreensão nesta fase de desenvolvimento, tão única e importante.

RESUMO

O presente relatório foi realizado no âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem e pretende evidenciar os resultados obtidos através da investigação, bem como refletir sobre situações vivenciadas ao longo do estágio realizado, demonstrando o percurso de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

O estágio foi realizado em contexto de veículo médico de emergência e reanimação (VMER) com complemento no bloco de urgência central (BUC) e serviço de urgência pediátrica (SUPED) de um hospital central (HC) de Lisboa. Os contextos foram escolhidos tendo em conta os objetivos formulados no projeto de estágio, ambos potencialmente desafiantes e ricos em aprendizagem pela abrangência populacional distinta e complexa. Pela sua abrangência, permitiram aplicar as diferentes temáticas teóricas lecionadas no mestrado e promover as boas práticas de enfermagem permitindo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Este documento apresenta ainda uma revisão escopo, desenvolvida com o intuito de mapear na evidência científica os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, como dador em paragem cardiocirculatória.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos antecidos de uma introdução. No primeiro apresenta-se a revisão escopo realizada, no segundo os locais de estágio e os objetivos definidos para cada contexto, no terceiro encontra-se retratado o percurso realizado para o alcance das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, e por último encontra-se a conclusão.

Em suma, este percurso permitiu um importante crescimento pessoal e profissional e contributo na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Dador, Paragem cardiocirculatória

ABSTRACT

The following document was produced during a master's nursing program with a critical care speciality and its purpose is to explain my professional and personal development during the course "Estágio Final e Relatório / Final Internship and Report".

The internship took place in an Emergency Medical Vehicle and Rehabilitation with a component of Emergency Operating Room and an Emergency Paediatric Department of a central hospital in Lisbon, Portugal. The sites were chosen considering the pre-formulated development objectives in the internship projects, both potentially challenging and rich in learning due to the distinct and complex population coverage. Due to their scope, they allowed the application of the different theoretical themes taught in the master's degree and the promotion of good nursing practices, allowing the development of common and specific skills of specialist nurses.

This report is divided in four chapters, with an introduction in the beginning. The first chapter is the scoping review developed to demonstrate my capacity to investigate and to search for evidence-based practice, which in my case was to study "The relevance of critical nursing care in cardiac arrested donors". The second chapter refers to the description of the clinical internships and the objectives defined to accomplish in each one of them and the third chapter refers specifically to the competencies acquired during the internships. The last chapter consists of a conclusion.

In summary this journey allowed for a personal and professional growth as well as a positive contribution in improving the quality of nursing care practiced in both different sites.

Keywords: Critical Nursing Care; Donnor; Cardiac arrest.

SIGLAS

BUC- Bloco de Urgência Central

CH – Centro Hospitalar

CODU- Centro de Orientação de Doente Urgentes

DA – Doação em Assistolia

DCP – Dador em Coração Parado

DGS – Direção Geral de Saúde

Dx - Diagnóstico

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

EE – Enfermeiro Especialista

EE-PSC – Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPST – Instituto Português do Sangue e Transplantação

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCC – Paragem Cardiocirculatória

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

SUC – Serviço de Urgência Central

SUPED – Serviço de Urgência Pediátrica

TSV – Taquicardia Supraventricular

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER- Viatura Medica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

<u>0. INTRODUÇÃO</u>	10
<u>1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COMO DADOR EM PARAGEM CARDIOCIRCULATÓRIA: UMA REVISÃO ESCOPO</u>	14
<u>2. LOCAIS DE ESTÁGIO E OBJETIVOS ESTABELECIDOS</u>	31
<u>2.1 VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO</u>	31
<u>2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA</u>	32
<u>3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</u>	34
<u>3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</u>	34
<u>3.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL</u>	35
<u>3.1.2 DOMINIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</u>	38
<u>3.1.3 DOMINIO DA GESTÃO DE CUIDADOS</u>	41
<u>3.1.4 DOMINIO DE DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</u>	42
<u>3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.</u>	44
<u>3.2.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA</u>	45
<u>3.2.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.</u>	48
<u>3.2.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PSC E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS.</u>	51
<u>4. CONCLUSÃO</u>	54

<u>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	56
<u>APÊNDICES</u>	61
<u>APÊNDICE I – ABCDE PCR PEDIÁTRICO</u>	62
<u>APÊNDICE II – POSTER ABCDE PEDIÁTRICO</u>	75
<u>APÊNDICE III-MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA DO DOENTE NO BUC</u>	77

0. INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem, como disciplina científica, convida à necessidade de constante atualização e evolução do saber a nível humano, psicossocial e fundamentação científica, razão pela qual me propus à realização deste Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico–Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O Estágio Final e Relatório é uma unidade curricular (UC) que integra o referido mestrado e tem como objetivo a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico–Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica (EE-PSC). Esta UC encontra-se organizada em dois momentos: um primeiro que pretende em contexto de estágio aplicar os conhecimentos adquiridos e um segundo no qual se avalia a capacidade de reflexão sobre as intervenções realizadas e assistidas ao longo do mesmo, a resolução de problemas em contextos multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em desenvolvimento e ainda a exposição de uma revisão de literatura com o tema escolhido pelo aluno. Na Universidade Católica Portuguesa (UCP) existe a possibilidade de bipartir o estágio (360 horas de contacto) com o intuito de uma maior abrangência de oportunidades para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, pelo que decidi realizar as primeiras cento e setenta e duas horas em dois contextos: contexto de VMER com o complemento do contexto de BUC de um HC, este realizado entre seis de Setembro e vinte e oito de Outubro de 2021; e as restantes num SUPED realizadas no período compreendido entre dois de Novembro e dezanove de Janeiro de 2022. No segundo momento, surge a realização deste relatório como forma de reflexão e exposição do desempenho ao longo dos dois contextos de estágio e tem como objetivos:

- Demonstrar as competências de EE-PSC desenvolvidas durante o Estágio;
- Sistematizar o percurso realizado durante os dois contextos de estágio, através da descrição, reflexão e fundamentação das atividades realizadas;
- Refletir sobre o desempenho durante este percurso, tendo em conta os objetivos definidos.

Dando resposta a estes objetivos, foi elaborado este relatório que se encontra estruturado em quatro capítulos diferentes precedidos da presente introdução. Segue-se a revisão de escopo desenvolvida ao longo do período de estágio. O desenvolvimento, surge do segundo ao terceiro capítulos e apresenta uma descrição dos contextos de estágio e do processo de desenvolvimento realizado para atingir as competências gerais e do EE-PSC. Finalmente segue-se a conclusão do relatório com uma análise transversal deste documento.

Dado que a abordagem intra-hospitalar ao doente em paragem cardiocirculatória (PCC) ou paragem cardiorrespiratória (PCR) é inerente à prática dos cuidados de enfermagem nos diversos contextos/serviços onde são prestados cuidados à pessoa em situação crítica, este foi o tema definido para aquisição e partilha de conhecimentos com as equipas, tanto nos contextos onde foi realizado o estágio como no serviço onde exerço funções.

O envolvimento do enfermeiro especialista (EE) e a sua intervenção nestes programas acaba por ser relevante em todas as suas fases: Identificação do dador (avaliação dos critérios de elegibilidade); Ativação do protocolo de doação específico (classificação do dador, ativação das equipas de transplante); Declaração do óbito e comunicação à família (identificação da necessidade de ativação de profissionais para o apoio social e psicológico à família); Cuidados de manutenção da função orgânica ao dador e Transporte do dador ao BUC.

A seleção deste tema baseou-se na necessidade profissional e interesse pessoal de desenvolvimento de competências na área do dador em coração parado (DCP), programa que se encontrava em funcionamento no centro hospitalar em que foi realizado o estágio. Contudo, durante o período de estágio que coincidiu com o período da pandemia por SARS-COV-2, o programa esteve suspenso pela inexistência de recursos humanos e materiais necessários para manter o programa ativo e responder à emergência de saúde pública.

A realização deste relatório prende-se com a necessidade de apresentar as atividades e experiências vividas nos contextos de estágio que me permitiram atingir as competências de EE-PSC.

Como fundamento do desenvolvimento pessoal e profissional baseei-me no modelo de Patrícia Benner - o Modelo de Dreyfus à prática de enfermagem, publicado em 2001,

em que a autora define que o desenvolvimento do conhecimento do profissional de enfermagem se baseia no formular de julgamentos clínicos ou diagnósticos de enfermagem, descrever e documentar as suas observações, comportamentos tipo, e as mudanças que surgem ao longo da sua prática (Benner, 2001). Segundo este modelo, o desenvolvimento de competências ocorre por estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo a mesma autora, a prática é um todo que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática (Benner, 2001).

Assim, foram desenvolvidas capacidades nos sete domínios, designadamente: Ajuda; Educação e Guia; Função de Diagnóstico, Acompanhamento e Monitorização; Administração e Acompanhamento de Protocolos Terapêuticos; Gestão de Situações de Evolução Rápida; Segurança e Qualidade dos Cuidados de Saúde; Competências em Matéria de Organização e Repartição de Tarefas (Benner, 2001). Segundo a autora, é fundamental aprofundar os domínios da área de competência, de forma a obter mais conhecimento específico nas diferentes situações e realidades, traduzindo num conjunto de competências especializadas. Ao adquirir estas competências o enfermeiro responderá às necessidades da Pessoa e da Família de uma forma mais eficaz e eficiente, assim como às situações decorrentes do contexto e atinge um estadio de perito. Ainda, um enfermeiro perito é aquele que tem “uma enorme experiência, compreendendo de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema...” (Benner, 2001: p. 58).

Ao longo dos estágios, sustentei a prática de cuidados na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (2003). Trata-se de uma teoria de médio alcance em que a autora define a necessidade de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão (Kolcaba, 2003). A escolha desta teórica de enfermagem centrou-se na concordância no pensamento crítico sobre a ciência de enfermagem, à constatação das provas empíricas já existentes que suportam a prática baseada nela e ainda à constatação diária da necessidade da sua prática que observo no meu contexto profissional.

A mesma autora define o conforto como a experiência “holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades em três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)” (Dowd, 2004, p 484).

Katherine Kolcaba define a enfermagem como a apreciação intencional das necessidades de conforto, a criação de medidas de conforto - intervenções de enfermagem - para abordar as necessidades afetadas, a sua implementação e por último a reapreciação das necessidades de conforto - avaliação da eficácia das intervenções implementadas (Kolcaba, 2003). Com a base nesta teoria, descrevo ao longo deste trabalho algumas situações em que os objetivos das intervenções de enfermagem implementadas foram atingidos.

Este trabalho foi elaborado de acordo com o guia de elaboração de relatório publicado pela UCP (2017), segundo as normas de referência da APA (American Psychological Association 7th Edition) e o novo acordo ortográfico.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COMO DADOR EM PARAGEM CARDIOCIRCULATÓRIA: UMA REVISÃO ESCOPO

RESUMO

Objetivo: O objetivo desta revisão foi mapear na evidência científica os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, como dador em paragem cardiocirculatória.

Metodologia: Foi utilizada a metodologia de revisão escopo baseada nas referências publicadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI), através da análise da relevância dos artigos, extração e síntese dos dados (Peters, et al. 2020). Foram utilizadas as bases de dados CINAHL, Cochrane Central, MEDLINE, e Google scholar para uma pesquisa bibliográfica que incluísse artigos entre 2017 e 2022 com os descritores: Critical care nursing / Cuidados críticos de enfermagem; Cardiocirculatory death / Paragem cardiocirculatória; Donor / Dador de tecidos. Foram encontrados 209 artigos publicados dos quais, após leitura de título, resumo e texto integral foram selecionados e analisados 10.

Resultados: Os resultados foram limitados pela lei Portuguesa que apenas considera um tipo de dador em PCC. Os resultados desta revisão evidenciaram cuidados de enfermagem relacionados com a identificação e categorização do dador; a ativação dos protocolos em vigor; a declaração do óbito e comunicação à família e ainda a monitorização e transporte do potencial dador em PCC. Não obstante, deve-se salientar que existem conflitos éticos implicados na DA, que influenciam os cuidados de enfermagem que devem/podem ou não ser prestados nestes casos.

Conclusão: Os cuidados de enfermagem documentados são cruciais para uma resposta ideal para a manutenção do dador em PCC. Os estudos evidenciaram ainda a necessidade da realização de educação para a saúde junto da população portuguesa e formação dos profissionais de saúde no que diz respeito à DA e aos programas de PCC em vigor.

Palavras-chave: Cuidados Críticos de Enfermagem; Paragem cardiocirculatória; Dador de órgãos;

INTRODUÇÃO

Desde 1950 que, com o estudo e desenvolvimento da tecnologia e ciências médicas e as crises socioeconómicas - fenómenos mundiais, a longevidade tem vindo a aumentar e a natalidade a diminuir, com conseqüente envelhecimento exponencial da população mundial (ONU, 2017). Este aumento da população idosa resulta por sua vez no crescimento da prevalência e desenvolvimento de patologias crónicas - como insuficiência renal, insuficiência cardíaca, doença hepática crónica, fibrose pulmonar - cujo tratamento mais eficaz é o transplante. Esta é ainda a razão pela qual a grande necessidade de órgãos continua a exceder o número de dadores (Comissão Europeia, 2020).

Em 2008, a Comissão Europeia lançou um plano de intervenção cujo principal objetivo foi promover a disponibilidade de dadores vivos e cadáver nos países filiados à União Europeia. Desde então, verificou-se um crescimento de 4% para 6% do número de dadores - um aumento significativo, mas ainda insuficiente (Comissão Europeia, 2008).

O ano de 2013 foi aquele em que foram realizados a maioria dos programas de transplantação em PCC do país, tendo sido totalmente ativados apenas em 2015. Em 2016, dos trezentos e trinta e sete órgãos doados apenas dez foram em PCC (Instituto Português de Sangue e Transplante, 2018).

O DCP segundo o IPST, órgão regulamentar do transplante em Portugal, constitui a vítima de uma paragem cardiocirculatória à qual tendo sido realizadas todas as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de acordo com o estado da arte, a paragem é considerada irreversível (IPST, 2018).

Na primeira conferência realizada em 1995 (IPST, 2014), surgiu a estratificação do DCP (tabela 1):

Tabela 1 – Classificação de Maastricht modificada

Doação Não controlada (DNC)	Classe I	Falecido à chegada ao hospital
	Classe II	Sob manobras de RCP infrutíferas
Doação controlada (DC)	Classe III	Falecido após suspensão de suporte vital
	Classe IV	PCR após diagnóstico de morte cerebral
	Classe V	PCC súbita em doentes internados

Segundo o documento “Operacionalização do programa de colheita de órgãos em dadores em PCC”, que o IPST publica em 2014, na classe I encontram-se as vítimas de PCR extra-hospitalar, morte súbita de causa traumática ou não, não submetidas a manobras de RCP. Na classe II estão os doentes que sofreram PCR intra ou extra-hospitalares e que foram sujeitos a manobras de RCP adequadas, mas sem êxito. A estas primeiras duas classes de dadores designa-se o processo de doação como não controlada, “precisamente por se tratar de uma pessoa e família das quais não temos conhecimento, nem das suas crenças e/ ou pretensões relativamente à doação de órgãos nem da sua situação clínica exata” (França et al, p. 9, 2014).

As classes seguintes são intituladas de doações controladas, por se “referirem a situações em que os doentes já se encontram ao cuidado de equipas multidisciplinares, médicos e enfermeiros a exercer funções em unidades hospitalares, permitindo conhecimento prévio da situação clínica da pessoa (antecedentes pessoais, hábitos, crenças, estado de relação e autonomia) assim como a perspetiva da família em relação à morte do seu ente querido, ou mesmo à possibilidade de doação de órgãos” (França et al, p 7, 2014). A classe III refere-se a indivíduos portadores de doença de evolução irreversível, com necessidade de implementação de medidas de suporte vital – ventilação mecânica invasiva, perfusão contínua de suporte adrenérgico, necessidade contínua de circulação extracorpórea, etc. Na classe IV encontram-se doentes com diagnóstico (Dx) de morte cerebral estabelecido ou em discussão e que sofreram uma PCR/PCC. Finalmente na última classe incluem-se doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ou serviços de medicina intensiva vítimas de PCC súbita (França et al, 2014).

Há oito anos que em Portugal nos regemos por esta classificação, para determinar a classe do dador cadáver e assim entender qual o melhor plano de atuação para aquela pessoa e família, assim como para a possibilidade de doação para transplante.

Segundo os protocolos/programas de DA consultados, este processo encontra-se dividido em quatro fases. A primeira trata-se do momento em que a equipa multidisciplinar identifica o potencial de doação do doente como DCP, através da avaliação dos critérios de elegibilidade. A segunda fase consiste na classificação, validação do dador e a ativação dos protocolos de DA em vigor. A terceira corresponde ao instante em que é confirmada a morte do doente, sendo por isso o momento em que

consequentemente a equipa multidisciplinar informa a família da possibilidade de doação de órgãos. Por fim, a quarta fase, após ativação do programa, “as equipas especializadas e previamente designadas em cada instituição procedem à implementação de medidas de manutenção da perfusão orgânica através de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO), e posteriormente ao transporte do dador ao BUC” (Gabinete de Coordenação Colheita e Transplantação, p. 19-20, 2021).

A doação de órgãos em PCC encontra-se em estudo pela comunidade científica desde 1995, conforme se encontra descrito no documento publicado em 2014 pelo IPST (França et al, 2014). Na maioria dos países da Europa encontra-se protocolada desde aproximadamente 2013, contudo, apesar de todos estes anos de estudo, ainda existe uma grande lacuna entre o número de doentes com doença crónica e/ou irreversível em LE para transplante e a quantidade de dadores por ano (Baik, et al. 2021).

O desenvolvimento da ciência de Enfermagem, através da investigação, tem sido contínuo e permanente no decorrer das últimas décadas, com a conquista de novas perspetivas e horizontes, com a finalidade de evidenciar o Enfermeiro como peça fundamental no processo de doação (Ferreira, 2022). Seguindo esta linha de pensamento, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como dador em paragem cardiocirculatória requerem uma competência especializada. O enfermeiro ocupa um papel privilegiado na prestação de cuidados a estas pessoas, na identificação e categorização do dador, na ativação e aplicação dos protocolos, bem como na vigilância e monitorização do potencial dador.

Deste modo foi estabelecido como objetivo para esta revisão escopo: mapear na evidência científica os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, como dador em paragem cardiocirculatória.

METODOLOGIA

De acordo com a metodologia proposta pelo JBI elaborou-se uma revisão escopo. Este tipo de revisão é “Uma síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidência não empírica) dentro ou através de contextos particulares” (Peters et al.p 6, 2015).

A escolha deste tipo de revisão prende-se ao objetivo de mapeamento dos principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa ou de um conceito, assim como a identificação de lacunas na evidência já existente (Peters et al, 2015).

De acordo com o objetivo para esta revisão, definimos a seguinte questão de investigação: Quais os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, como dador em paragem cardiocirculatória?

Desta forma, para a sua operacionalização, utilizou-se a metodologia PCC (população, conceito, contexto), sendo a população (P): pessoa em situação crítica, como dador em paragem cardiocirculatória, com idade superior a 18 anos; o conceito (C): cuidados de enfermagem; e o contexto (C): Cuidados críticos. Foram incluídos estudos publicados entre 2017 e 2022 e nos idiomas: português, inglês e espanhol.

Assim, foram incluídos nesta revisão todos os estudos publicados entre 2017-2022, escritos em português, inglês e espanhol, que se referissem à doação em adultos (doente com idade superior a 18 anos), em PCC ou assistolia e que referissem a atuação do enfermeiro nestes casos. Foram excluídos todos os artigos que no seu conteúdo faziam apenas referência a doação em assistolia (DA) e se centravam na doação em morte cerebral, os que se referiam apenas à população pediátrica e os que se focavam na transplantação pós- DA de um órgão específico.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas CINAHL, Cochrane Central, MEDLINE, e ainda foi realizada uma pesquisa de literatura cinzenta no Google scholar, através da conjugação dos descritores DeCS/MeSH: Critical care nursing / Cuidados críticos de enfermagem; Cardiocirculatory death / Paragem cardiocirculatória; Donor / Dador de tecidos.

Em seguida apresentamos a estratégias de pesquisa utilizada (Tabela 2).

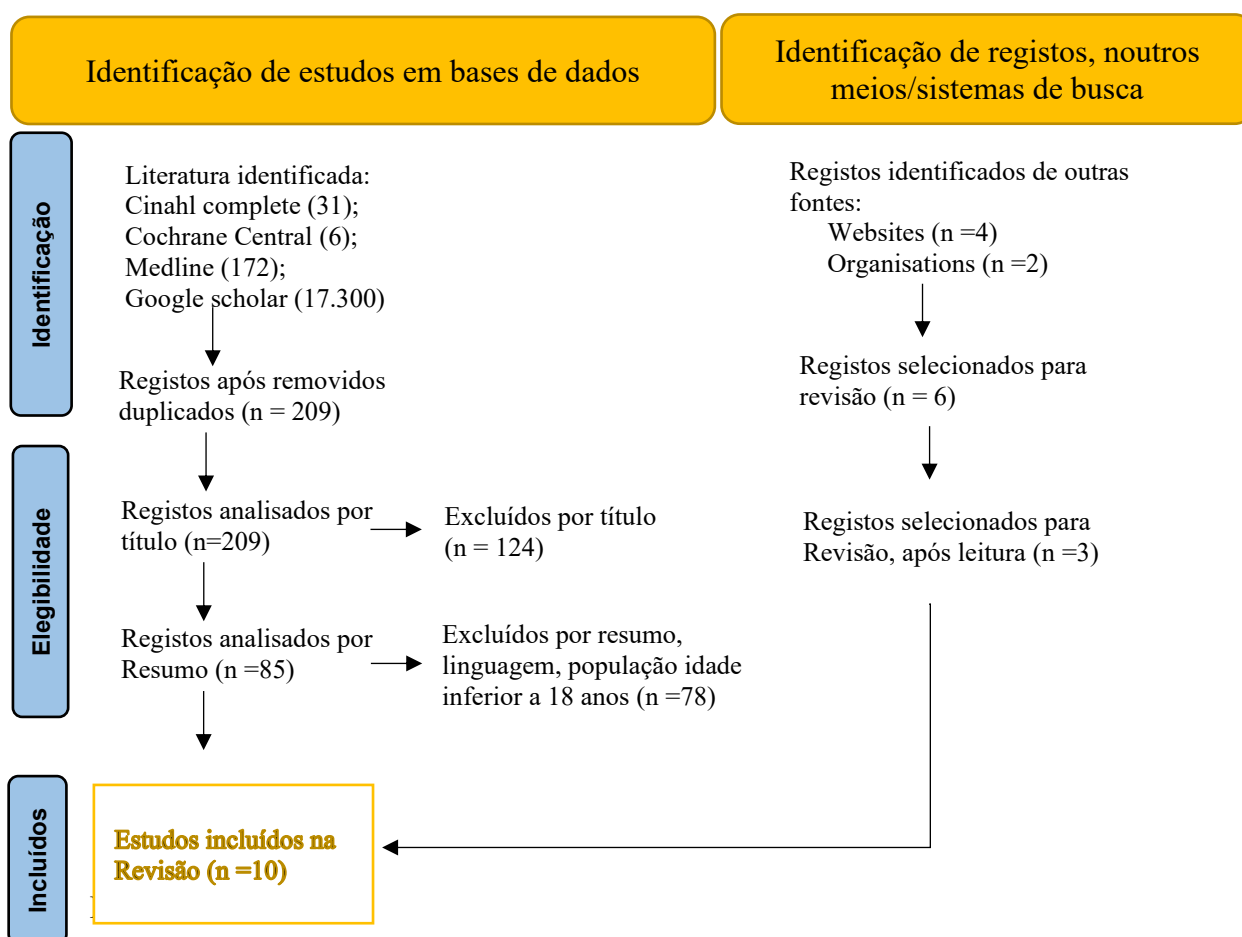
Tabela 2: Resultados da pesquisa

Search – abstract		Medline	Cinahl	Cochrane	Google scholar
S1	Critical care or nursing or nurse or intensive care	401.300	195.362	38.020	49.000

S2	Cardiac arrest or cardiac death or cardiocirculatory death	23.840	12.076	2.822	85.600
S3	Donor or organ donor or tissue donor	79.525	11.140	4.435	559.000
S4	S1 and S2 and S3	172	31	6	17.300

O fluxograma utilizado para a seleção dos estudos (PRISMA) encontra-se representada na figura 1.

Figura 1- Fluxograma PRISMA (adaptado), de Metodologia da revisão escopo por Moher et al., 2009.



A pesquisa identificou 17509 artigos (172 na medline, 31 na cinahl, 6 na cochrane e 17300 no google scholar). Após remoção de artigos duplicados e indisponíveis, realizada exclusão por título, resumo e texto integral foram incluídos 10 artigos na revisão sistemática (tabela 3).

Tabela 3 – Apresentação de resultados

Autores/ País/Ano	Objetivos	Metodologia	Resultados
Alexander Manara, et al. Itália, Espanha e Reino Unido. 2019	Identificar a oportunidade de aumento do número de potenciais dadores em situações de PCC e morte cerebral.	Estudo qualitativo. Realizado através da interpretação de ACCORD (Achieving Comprehensive Coordination in Organ Donation joint action).	Os cuidados de Enfermagem relacionam-se com a manutenção das medidas de suporte vital do potencial dador, desde a implementação à manutenção do ECMO- VA.
Najat Tajaâte, et al. Holanda 2021	Descrever um caso de DA após a eutanásia.	Estudo qualitativo, descritivo do processo de doação de órgãos após a eutanásia.	Os cuidados de enfermagem relacionam-se com a preparação e transporte do potencial dador em PCC: sedação, entubação endotraqueal, e manutenção das funções vitais.
Patrícia Martin Sanchez Espanha 2018	Mapear o conhecimento existente acerca dos conflitos éticos associados à DA.	Revisão de escopo.	Reflete sobre as implicações éticas decorrentes do processo de DA, referindo os cuidados de enfermagem em relação ao informar a família da morte da pessoa, assim como a posterior referenciação aos profissionais dedicados ao seu apoio psicológico e social.

Julie E. Potter, Robert G. Herkes, et al. Austrália 2017	Avaliar o sucesso de um protocolo pré-concebido sobre as melhores práticas na comunicação da possibilidade de doação de órgãos à família da PSC.	Ensaio clínico/projeto piloto em nove UCI's na Austrália, em que foi realizada uma formação acerca do protocolo de comunicação e posterior avaliação da sua implementação.	Implementação de um protocolo de comunicação de más notícias, que nomeia um profissional específico responsável pela discussão da doação de órgãos. Estudo demonstrou que as famílias implicadas consideraram o EE-PSC que participou ativamente no tratamento do doente como o profissional mais adequado para a proposta de doação.
Sam D. Shemie Canadá 2017	Avaliar a perceção de um especialista do funcionamento de DA.	Artigo de opinião de um especialista.	Revelou que para existirem cuidados de enfermagem de qualidade no que diz respeito à DA, tem de existir um maior investimento na formação dos profissionais de saúde quanto à comunicação de más notícias.
Natalia E. Giordani, et al. Brasil 2020	Comparar os resultados obtidos através da implementação de um plano de intervenção - uma checklist desenhada para a gestão do dador em morte cerebral.	Ensaio clínico randomizado e controlado.	Cuidados de enfermagem relacionam-se com a identificação do dador e os cuidados à família na informação do óbito e possibilidade de DA.

<p>Christopher J. Doig, et al.</p> <p>Canadá</p> <p>2019</p>	<p>Identificar o potencial máximo de doação em assistolia no estado de Alberta e as limitações que existem no aumento da taxa de doação.</p>	<p>Revisão integrativa.</p>	<p>Os autores deste artigo centram-se nos cuidados de enfermagem durante a identificação do potencial dador e ativação de protocolos.</p>
<p>Fabian Becker, et al.</p> <p>Áustria, Alemanha, Espanha e Reino Unido</p> <p>2020</p>	<p>Analisar as perceções de um grupo de experts em DA, sobre o funcionamento dos protocolos em vigor, através da entrevista qualitativa, realizado em oito centros de referência de Doação de órgãos.</p>	<p>Análise qualitativa das opiniões de especialistas.</p>	<p>O autor compara as opiniões dos peritos no que diz respeito à comunicação de más notícias e proposta de DA, afirma que em alguns países o EE-PSC é o elemento de referência na identificação, validação, logística de transporte e coordenação da equipa cirúrgica. Confirma ainda que os cuidados de enfermagem se encontram maioritariamente na quarta etapa do processo de DA, com a manutenção das funções vitais do doente e a preparação do mesmo para o transporte para o BUC.</p>
<p>Jonathan Cohen, et al.</p> <p>Israel</p> <p>2017</p>	<p>Descrever a implementação de um protocolo de doação controlada de coração parado em Israel.</p>	<p>Ensaio clínico piloto após a construção de um protocolo.</p>	<p>Neste artigo salienta-se a importância dos cuidados de enfermagem na aplicação dos protocolos de DA e na manutenção do dador, nomeadamente cuidados como anamnese com a família, colheita de sangue</p>

			venoso (serologias, hemograma, coagulação e bioquímica) e cuidados de manutenção da função orgânica, com maior foco na manutenção da função orgânica e preparação para eventual doação de órgão.
Jennifer Hancock, et al. Canada 2017	Determinar como os profissionais de saúde canadianos entendem os seus défices e requisitos de conhecimento relacionados à doação de órgãos e tecidos.	Estudo Qualitativo de opinião sobre o processo de DA.	O autor apurou que cerca de noventa e cinco por cento dos enfermeiros da amostra consideram não ter conhecimento suficiente/adequado aos cuidados de enfermagem que devem prestar nas situações de DCP e DA.
Andreas H. Kramer, M. M. Canada 2019	Avaliar o potencial de DA no Canada.	Estudo qualitativo realizado através da revisão de todos os casos de morte hospitalares em Alberta (Estado do Canada)	Através da revisão dos casos selecionados ficou confirmado que nos casos em que existiu envolvimento da equipa de enfermagem os potenciais dadores foram identificados mais precocemente. Refere como cuidados de enfermagem a manutenção do potencial dador que garantem percussão orgânica (RCP, ressuscitação volémica, balanço hídrico). Este autor salienta apenas a importância dos cuidados de enfermagem na face de

			recuperação espontânea.	circulatória
--	--	--	-------------------------	--------------

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta revisão escopo foram incluídos dez artigos publicados entre 2017 e 2022. Nove dos artigos são de língua inglesa e um de língua espanhola, não tendo sido encontrados artigos relevantes em língua portuguesa. Dos dez estudos incluídos seis são de natureza qualitativa, três ensaios clínicos e uma revisão escopo.

Ainda existe uma grande lacuna de estudos realizados a nível nacional sobre o tema escolhido, provavelmente relacionado com a implementação dos programas de doação em PCC terem sido totalmente ativados apenas em 2015, conforme descrito anteriormente.

Seguindo a mesma linha orientadora apresentada na introdução desta revisão escopo, começo por abordar a primeira fase do processo de DA, que consiste na identificação do potencial dador e a avaliação dos critérios de elegibilidade. Três estudos referem que a identificação e determinação do potencial dador é responsabilidade única da equipa médica que recebe o doente no SU ou UCI (Potter, et al., 2018; Manara, et al. 2019; Cohen, et al., 2017). Em desacordo com Kramer et al. que em 2019, após ter realizado a revisão de vários casos de óbitos intra-hospitalares no Canadá, revela que os casos em que houve envolvimento da equipa de enfermagem os potenciais dadores foram identificados mais precocemente. Este mesmo autor identifica nesta etapa a importância dos cuidados de enfermagem, referentes à manutenção das funções vitais do doente, nomeadamente se em PCC, manutenção de manobras de RCP, ressuscitação volémica e manutenção de controlo hídrico – para garantir a perfusão orgânica adequada, entre outros.

A segunda fase consiste na ativação dos protocolos/programas de doação “*in situ*” e refere-se à classificação específica do dador através das categorias supracitadas e à ativação das equipas de coordenação de transplantes. Segundo Cohen et al. (2017) após a identificação do potencial dador são iniciados os protocolos de doação, que incluem cuidados de enfermagem como anamnese com a família, colheita de sangue venoso (serologias, hemograma, coagulação e bioquímica) e cuidados de manutenção da função orgânica. No entanto, segundo o mesmo autor, a identificação, categorização e ativação

dos protocolos é função do coordenador de transplante de cada centro hospitalar, pelo que os cuidados de enfermagem se centram exclusivamente nos cuidados de preparação do dador para a possível intervenção cirúrgica e cuidados de manutenção da função orgânica do mesmo.

Em contrapartida autores como Manara et al (2019) e Shemie et al (2017) referem que após terem sido iniciados os protocolos/programas de doação em PCC instituídos segue-se a etapa de categorização do dador, pelo que nesta fase se encontram identificados como cuidados de enfermagem: a instituição e manutenção de manobras de RCP durante pelo menos trinta minutos e/ou indicação da equipa médica responsável para as suspender; a ativação das equipas de transplante; e ainda um período de cinco minutos de observação e ausência de qualquer manobra de ressuscitação. Os mesmos autores nas suas publicações referem os cuidados de enfermagem ao potencial dador em PCC como instituição de técnicas de manutenção orgânica: ventilação mecânica invasiva; perfusão de fármacos aminérgicos; assistência ao perfusionista na canulação de ECMO; e cuidados de manutenção do ECMO.

A terceira etapa consiste na certificação do óbito da PSC, seguida da entrevista de informação sobre o mesmo à família e a possibilidade de doação- todos os artigos selecionados referem que esta se aplica apenas nos casos em que não existe registo da vontade explícita expressa pelo doente relativamente à possibilidade de doação.

Potter et al (2017) implementou um protocolo de comunicação “Comfort” para ser adotado pela equipa multidisciplinar junto da família da Pessoa em situação crítica “*family conference*”, facilitador da reflexão por parte do membro de referência da família sobre os desejos expressos em vida, conscientes, do indivíduo (Potter, et al. 2017). Segundo o autor, deve ser designado um profissional de referência voluntário-EE-PSC ou intensivista- para cada doente e a sua família, ao qual é atribuída a responsabilidade de discutir as opções de doação de órgãos com a família. Nas conclusões deste estudo foi possível perceber que as famílias consideraram que esta função ao ser desempenhada por um EE-PSC cuja cara lhes era familiar, por terem participado no tratamento do seu ente querido e serem considerados os profissionais mais próximos do núcleo familiar, lhes proporcionava uma sensação de conforto emocional maior e mais estável, tendo assim mais sucesso na proposta de doação de órgãos. No mesmo artigo encontramos ainda que a possibilidade de arrependimento do consentimento de doação

era mais provável quando era o intensivista/médico a informar do óbito do doente e a realizar a proposta de doação dos seus órgãos (Potter, et al. 2017).

Em contrapartida, Giordani, et al., publicou em 2020 um artigo em que sugere que ambas as funções devem ser realizadas pelos dois profissionais de referência, o EE-PSC e o médico responsável pelo tratamento do doente. Suportando esta teoria encontramos ainda um artigo de Becker, publicado no mesmo ano, em que afirma que idealmente as famílias devem ser abordadas por profissionais de saúde da instituição que lhes são já conhecidos e confiáveis. No mesmo ano é publicado um estudo qualitativo por Becker et al. que revela o procedimento em Espanha, definindo o Intensivista como o elemento fundamental para a realização da entrevista à família e refere que o EE-PSC apenas deve ser envolvido em casos em que é especificamente requisitado pela família ou pelo coordenador de transplante- profissional de referência do gabinete de coordenação de doação e transplante de órgãos na instituição. Contraditório a este modelo encontramos no Reino Unido e na Áustria em que a presença do Intensivista/ Médico é uma formalidade na entrevista e permite apenas a introdução da proposta de doação, tornando-se o EE-PSC o principal elo de comunicação entre a família e o coordenador de transplante (Becker, et al. 2020). É importante salientar que todos os artigos mencionados, mantém a divisão dos dois momentos de contacto com a família: o primeiro em que esta é informada do óbito do doente ou da impossibilidade de recuperação do mesmo e o segundo em que é realizada a proposta de doação de órgãos.

Na Áustria, Espanha e Reino Unido além do coordenador de transplante- médico- existem EE-PSC dedicados quase exclusivamente à identificação, validação, logística de transporte, coordenação e identificação de equipa cirúrgica tanto nas equipas dos Gabinetes de Coordenação como nos contextos mais usuais (Becker et al, 2020).

A quarta e última etapa deste processo consiste na manutenção das funções vitais do dador e a preparação do transporte do dador para o BUC. Todos os artigos selecionados referem que esta é a etapa de maior envolvimento do enfermeiro, embora alguns autores (Becker et al,2020 e Kramer et al, 2019) afirmem ainda, pela falta de formação dos profissionais de saúde acerca destes protocolos, que o enfermeiro e os seus cuidados são ainda hoje considerados necessários maioritariamente nesta fase em comparação com as restantes, embora já exista evidência da necessidade dos seus cuidados e intervenções de enfermagem ao longo de todo este processo.

Os cuidados de enfermagem identificados tendo em vista a manutenção do dador foram referidas anteriormente, contudo existem ainda os cuidados de enfermagem referentes à preparação do dador para o transporte. Segundo Potter et al. (2018) e Manara et al (2019) foram identificados na fase de planeamento do transporte cuidados de enfermagem como: Escolha da equipa – é importante envolver os profissionais mais adequados, com formação mais adequada às características do doente e situação; Meios de monitorização, equipamentos - adequados aos fins que queremos atingir fisiologicamente no doente (monitorização cardíaca com curva de linha arterial, onda de capnografia ou mesmo com leitura de débito cardíaco - que permitam garantir a eficácia das medidas de manutenção orgânica instituídas), bem como terapêutica adequada para prevenir eventuais complicações.

Por último, foi possível identificar dois estudos que se centravam maioritariamente nas questões éticas implicadas na DA. Em ambos é referida a importância da prática de enfermagem que respeite na totalidade os quatro princípios da bioética- referidos na introdução desta revisão.

A DA implica a irreversibilidade do estado clínico do doente, o que significa que o doente não deve ser considerado dador a menos que se descarte completamente a sua recuperação. Esta decisão embora seja tomada por uma equipa multidisciplinar, segundo os estudos mais recentes, é ainda uma decisão que muitas vezes é tomada tardiamente - seja por insegurança das equipas clínicas ou por insistência da família (Sanchez, 2017). O conflito ético dá-se quando se assume a impossibilidade de reversão do quadro, mas o doente continua “vivo”, porque se encontra sob medidas de suporte vital. Assim surgem dúvidas se os quatro princípios, acima mencionados, estão a ser respeitados na sua integridade e se a necessidade de colheita e transplantação de órgãos não se sobrepôs aos mesmos (Tajaate, et al. 2021).

Apesar da política instituída em Portugal ser o RENNDA- “opt-out list”, devemos refletir se ao iniciar manobras de suporte orgânico, antes de ter o consentimento da família e previamente a declaração de óbito não estamos a infringir os mesmos princípios. Embora se encontrem justificadas estas ações pela lei por “consentimento presumido”, não deixa de ser controversa por se tratar de manobras invasivas que afetam a integridade do dador sem consentimento explícito do mesmo ou das suas famílias (Sanchez, 2017).

Giordani, et al., em 2020, salientou que é imprescindível apostar na formação dos profissionais de saúde, de ambas as classes, no que diz respeito à comunicação de más notícias e ainda no processo de DA. Assim como num estudo realizado sob as tendências da doação de órgãos no Canadá em 2015, já se considerava de extrema importância a formação de EE-PSC com conhecimento na área da DA (Shemie. 2017). A suportar esta orientação encontramos ainda um estudo realizado sobre o conforto dos EE-PSC face às competências que implicam a DA, onde foi concluído que cerca de noventa e cinco por cento da amostra se sente pouco informado e sem o conhecimento adequado para realizar as suas funções durante este processo (Hancock et al, 2017).

CONCLUSÃO

O envolvimento do EE-PSC e o seu desempenho nestes programas acaba por ser relevante nas quatro fases do processo de doação em PCC: a identificação e categorização do dador; a ativação dos protocolos em vigor; declaração do óbito e comunicação à família; e ainda a monitorização e transporte do potencial dador em PCC.

No que diz respeito à identificação e categorização do dador três dos dez artigos referem ser exclusivamente responsabilidade da equipa médica e coordenação de transplante, contrariamente a Kramer et al (2017) que concluiu que a participação do enfermeiro e a necessidade dos seus cuidados é essencial na manutenção e tentativa de retorno espontâneo da circulação no doente. Foram identificados cuidados como: manutenção das funções vitais do doente e realização de anamnese estruturada com a família/ pessoa de referência.

Na segunda etapa do processo de doação em PCC- a ativação dos protocolos de doação e das equipas de coordenação de transplantes- um dos autores selecionados refere que os cuidados de enfermagem são necessários apenas nesta fase para completar todos os passos e requisitos técnicos para uma doação segura (colheita de sangue, manutenção de manobras de RCP). Em contrapartida, dois estudos referem a importância dos cuidados de enfermagem ao longo de todo o processo de ativação (realização de checklist de critérios de doação, colheita de sangue, apoio ao perfusionista na canulação do ECMO e regulação do mesmo, realização de manobras de RCP).

No que diz respeito à terceira etapa do processo de DA, cinco dos dez artigos selecionados concluem que a intervenção do EE-PSC no contacto com a família é essencial por se tratar de uma cara familiar que lhes proporciona algum conforto,

comparativamente a quatro que excluem a participação do mesmo. Ainda assim, num dos artigos é considerado mais adequado a presença dos dois elementos de referência da equipa de tratamento e à posteriori da equipa de transplantação sempre que a família assim o permitir.

Quanto à última fase deste processo, que corresponde aos cuidados de manutenção da função orgânica do dador e a preparação para o transporte, foram identificados apenas dois estudos que fazem referência a este momento e aos cuidados de enfermagem referentes a este. Os dois autores referem a importância dos cuidados de enfermagem na manutenção das manobras de suporte vital instituídas após a declaração do óbito- descritas no subcapítulo anterior- e do planeamento do transporte do doente ao BUC, fazendo ambos referência aos quatro componentes do mesmo (escolha da equipa, meios de monitorização, equipamentos e terapêutica).

Dada a participação ativa do enfermeiro na doação em PCC considero importante avaliar e refletir sobre os conflitos éticos que implica a ativação destes programas, por se tratar de situações traumáticas e emergentes para o doente e para sua família, que obrigam a um tempo máximo de atuação até a hora do transplante.

Considero ainda necessária o aumento da disponibilidade de formação para os EE-PSC e os enfermeiros prestadores de cuidados no contexto de SU e UCI, onde estas situações são mais recorrentes, com o objetivo de aumentar a eficácia destes programas para colmatar a lacuna que ainda existe entre dadores e indivíduos em lista de espera para transplante.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nesta revisão, foram incluídos apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol. Assim, artigos publicados noutros idiomas também poderiam ter sido importantes para esta revisão.

Considera-se ainda limitações do estudo o facto de se tratar de um programa que se encontra instituído nacionalmente apenas há sete anos, agravado pela suspensão durante os anos pandémicos, pelo que a investigação ainda é escassa a nível nacional e mais no que diz respeito aos cuidados de enfermagem durante estes processos.

2. LOCAIS DE ESTÁGIO E OBJETIVOS ESTABELECIDOS

Tal como já foi referido, a UC foi realizada em dois contextos de estágio, que serão devidamente apresentados de seguida. O propósito deste capítulo é apresentar os contextos de estágio, fundamentar a sua escolha e os objetivos definidos para cada um deles.

Em ambos o estágio foi proposto como Objetivo Geral: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.**

Foram ainda delineados objetivos específicos para cada um dos locais de contato, com a finalidade de atingir o objetivo supracitado.

2.1 VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Conforme previamente descrito, o contexto de estágio de urgência teve lugar numa VMER de um HC em Lisboa com complemento no Bloco Operatório de urgência num total de cento e setenta e duas horas de contacto.

Na VMER foram realizadas oitenta horas e no BUC as restantes noventa e duas horas por impossibilidade horária.

A base da VMER situa-se ao lado da entrada das urgências do hospital, num piso térreo. Apresenta apenas uma sala, onde se encontra uma secretária com um computador onde é possível consultar a internet e intranet hospitalar pelo que é utilizado pelos membros da equipa de VMER para rentabilizar o tempo, e assim aproveitar os momentos em que se aguarda uma ativação do centro de orientação de doentes urgentes (CODU) para investir no estudo autónomo que requer a própria profissão. Tem ainda uma zona com toda a documentação necessária para o normal funcionamento da equipa, por exemplo: dossier com as normas de proteção civil, que se aplicam aos incidentes em ambiente não controlados ou de grande escala; regulamento do organismo instituto nacional de emergência médica (INEM) com as normas de funcionamento do veículo; verbetes de incidente, no caso de existir alguma disfunção informática; assim como certidões de óbito por preencher.

A equipa da VMER é formada por vários enfermeiros especialistas e médicos anestesistas dos vários anos de estudo da especialidade, que para completar os turnos se revezam mês a mês.

O carro da VMER apresenta uma configuração para três pessoas, com um frigorífico e estufa incorporado, onde existem fármacos que para a sua conservação devem manter-se a temperaturas baixas e lençóis e soroterapia aquecida para casos de hipotermia graves. Apresenta ainda um aspirador portátil, uma bala de oxigénio e uma mala com todo o material necessário para a abordagem de uma via aérea do mais simples (tubo orofaríngeo) para o mais avançado (tubo orotraqueal e kit de cricotiroidotomia). Existe uma mochila de medicação com material para cateterização venosa periférica e administração de fármacos (analgesia, reposição de volémia, sedação, cardioversão química, etc), material para abordagem da vítima de trauma e um monitor com pás desfibrilhadoras manuais e opção de automáticas.

O BUC situa-se num piso central, de fácil acesso, e consiste num corredor amplo de quatro salas operatórias bipartidas, cada uma destas salas por norma destinada a uma especialidade cirúrgica específica. Contudo, a valência de urgência encontra-se apenas a funcionar permanentemente numa destas salas, o que pressupõe para as equipas multidisciplinares que aqui exercem funções uma constante gestão do tempo e espaço, no sentido de dar resposta a todas as emergências cirúrgicas que surjam tanto a nível intra-hospitalar (em doentes internados) como extra-hospitalar (doentes que vêm do SUC/SUPED).

A sala do BUC é constituída por: sala de trabalho e Kanban; sala de desinfeção; área de transferência do doente e esterilização do material; duas salas operatórias.

A equipa multidisciplinar é constituída por equipas cirúrgicas rotativas, cujos elementos diferem segundo as especialidades necessárias para a intervenção cirúrgica à qual o doente irá ser submetido, e uma equipa de enfermagem que é composta por trinta e oito enfermeiros e dez assistentes operacionais. Estas, em conjunto com os chefes de equipa de Cirurgia e Anestesia, organizam diariamente os tempos operatórios e a mobilização de material. Por turno encontram-se sete enfermeiros no serviço, ficando um designado como chefe de equipa, que coordena tanto as duas equipas do BUC como os materiais usados e necessários nas duas salas operatórias.

Para o estágio realizado na VMER/BUC preconizei como objetivos específicos:

- ◇ **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto pré-hospitalar;**
- ◇ **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto perioperatório;**
- ◇ **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família.**

A estratégia delineada para atingir estes objetivos e desenvolver as competências de EE-PSC foi delineada em conjunto com a EE em Médico-cirúrgica orientadora de cada um dos contextos, e consistiu num período de integração à equipa e ao serviço, com consulta as normas e protocolos instituídos em cada um dos contextos de estágio, e por último o período intervenção com vista ao desenvolvimento de competências e melhoria de qualidade dos cuidados.

2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O SUPED, foi escolhido por razões de desenvolvimento pessoal e profissional na valência de pediatria, visto exercer funções num SUC e neste serem admitidas crianças vítimas de trauma. Contextualizando, o meu percurso profissional centrou-se maioritariamente em serviços de urgência polivalentes de adultos, razão pela qual o estágio no SUPED constituiu um desafio. Contudo, no hospital em questão, as situações de emergência são redistribuídas à admissão segundo a sua natureza: patologias do foro médico ou traumatológico. As vítimas de trauma são redirecionadas para o SUC tal como ocorre no meu local de trabalho - razão que me motivou a escolher este serviço para o meu segundo contexto clínico. Já as crianças com doença do foro médico são encaminhadas para o SUPED e/ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, dependendo da sua instabilidade hemodinâmica e dependência de suporte vital.

Este estágio decorreu entre dois de Novembro e dezanove de Janeiro de 2022.

O SUPED situa-se no piso zero do hospital, facilitando assim o acesso a transportes extra-hospitalares e a pessoas que a ele recorrem pelos seus próprios meios. Consiste num corredor com várias salas bilateralmente: sala de triagem; sala de reanimação; gabinete de observação médica; sala de tratamentos; sala de pequena cirurgia; sala de desinfeção; e sala de vigilância (serviço de observação pediátrico).

A Equipa de Enfermagem é constituída por quinze enfermeiros, que se encontram divididos em cinco equipas. Por jornada de trabalho encontram-se seis profissionais de enfermagem a exercer funções.

Os objetivos específicos delineados para este contexto clínico foram:

◊ **Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança em situação crítica e à sua família no SUPED.**

◊ **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família.**

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) A atribuição do título (...) verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns” (OE, 2019).

O órgão regulador da profissão de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros, especificou as competências que o enfermeiro especialista deve adquirir, como comuns a todos os especialistas, e as específicas de cada especialidade. Como tal, irei utilizar a mesma linha orientadora para expor as atividades realizadas em cada contexto, analisar e refletir sobre a minha prestação nos mesmos.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Na realização dos estágios supracitados, foi delineado um projeto de ação com a finalidade de alcançar a obtenção de competências comuns e específicas. Este trabalho decorreu do planeamento de atividades em estágio, da prática clínica real, tutelada e avaliada, bem como da análise crítica e reflexiva de atividades.

As competências comuns, tal como as competências específicas, estão organizadas de acordo com os domínios de ação da disciplina, seguindo uma linha de pensamento em unidades de competência, que abaixo se descrevem e que conduzem à reflexão das atividades desenvolvidas em ensino clínico.

A OE estabelece assim quatro domínios destas competências: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Neste domínio das competências do EE, estão definidas as seguintes competências: *“Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746)

Desde 1998, quando foi publicado pela primeira vez o estatuto da OE, que a deontologia de enfermagem é uma área da disciplina em crescimento e, apesar de ter sido alterada, constitui parte integrante do exercício da profissão. A ética e deontologia apesar de se encontrarem muitas vezes interligadas, são conceitos distintos. No que diz respeito a deontologia *“trata-se de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um grupo social”* (OE, 2015). A ética, em contrapartida, refere-se à conduta moral relativamente ao doente, pares e instituição respeitando a pessoa na sua totalidade, os seus valores individuais, promovendo um cuidar mais humano.

Neste sentido, as oportunidades de crescimento neste âmbito surgiram sempre que um novo doente foi admitido na sala de transferências do BUC. Quando a pessoa em situação crítica, *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19362) é submetida a uma intervenção cirúrgica, esta representa uma vivência traumática de qualquer natureza (social, física e mental). Esta vivência pode pressupor mudanças na dimensão: socioeconómica - por necessidade de cuidados especializados após a intervenção; física - por alteração da autoperceção, por exemplo quando é realizada uma colostomia/ileostomia, ou outras intervenções em que o corpo do doente irá sofrer uma alteração perceptível a olho nu; mental - a ansiedade da existência de possíveis complicações ou de o estado pós-operatório ser permanente (Sobrinho, 2019).

No período de estágio realizado no BUC, durante a pandemia de SARS-COV-2, foi possível prestar cuidados a uma adolescente, a Maria (nome fictício), em situação de hemorragia intra-abdominal maciça, uma situação emergente, em que esta se encontrava em risco de choque hemorrágico. Neste caso em concreto, o Dx foi realizado em contexto de urgência. A Maria apresentava uma condição crónica hematológica, com risco

aumentado de hemorragia, razão pela qual tanto a equipa de anestesia como a equipa de enfermagem do BUC se encontravam profilaticamente preparadas para esta complicação. Contudo o Dx tratava-se de uma infeção de uma víscera abdominal, mas por não ter sido confirmado com o exame de imagem, nem a doente nem a equipa de profissionais de saúde se encontravam preparados para presença de hemorragia ativa retroperitoneal de origem ovárica- razão pela qual a Maria não se encontrava preparada a nível psicológico para o possível impacto da ooforectomia, à qual inesperadamente foi submetida.

Nesta situação, eu encontrava-me a exercer o papel de enfermeira circulante - sempre supervisionada pela orientadora clínica. Na prestação de cuidados durante esta cirurgia não programada, foi parte da minha função fornecer compressas esterilizadas, assim como afastadores de farabeuf, pinças hemostáticas agora necessárias - tendo em consideração que a incisão foi realizada no lado direito e acabou por se realizar uma ooforectomia esquerda - e contá-las, garantido a totalização do material usado.

Os restantes enfermeiros cumpriram as suas funções para com a doente que lhes chegou naquela manhã, cumprindo a checklist da cirurgia segura, pelo que houve registos horários. Exemplo disso foi o momento em que a equipa de enfermagem se apercebeu que a adolescente iria precisar de uma unidade de concentrado eritrócitario (UCE), tendo sido previamente avisado o serviço de Sangue hospitalar para disponibilizarem as duas UCE's pedidas pela equipa médica, diretamente ao BUC.

No entanto, após a indução anestésica, quando se deu o episódio de descompensação hemorrágica, ficou claro que a equipa de cirurgia pediátrica teria tido outrora suspeita de se tratar de uma rutura do ovário. Deste modo conclui que foi descuidado o direito de a doente *“ser informada sobre a sua situação de saúde”*. A Maria deu o seu consentimento, mas não houve total transparência sobre a possibilidade do seu diagnóstico - clarificando o conflito encontrado *“(...)informação é uma condição essencial para o doente poder dar o seu consentimento livre e esclarecido”* (Direção Geral de Saúde - DGS, 2010).

Esta experiência foi sem dúvida educativa dado o impacto que teve em mim por se tratar de uma adolescente com o Dx cirúrgico inadequado de apendicite.

Sabendo que por sobrecarga de trabalho é comum descuidar, na prática de enfermagem, a deontologia da profissão, sinto-me mais concretizada ao aperceber-me que naquele momento os conhecimentos adquiridos/ reforçados no decorrer deste curso de

Mestrado me levaram a identificar a casuística daquela intervenção cirúrgica, que acredito que vai comprometer a forma como aquela adolescente se vai relacionar daí em diante na sua vida com a temática da maternidade.

Sobressai assim a importância da segurança e do dever da informação, que se encontra no código deontológico da profissão de enfermagem, documento que refere: “*No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter*” (Artigo 105º do Deontologia Profissional, Lei nº 156/2015, 2015, p. 8079)

Assim, após ter assistido à situação supracitada, em conjunto com a enfermeira orientadora e a restante equipa de enfermagem, foi decidido que era relevante e pertinente realizar um *incident report* sobre o sucedido tendo em conta que se trata de um direito do doente conforme se encontra explícito na carta dos direitos e deveres dos doentes, publicada pela DGS.

No SUPED, pela população específica que aqui recorre, os “*princípios éticos (...) referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo*” (OE, 2010, p.19), pelo que decidi centrar a minha atenção nestes aspetos.

Na criança consideramos que a autonomia não se encontra totalmente consolidada, contudo assim que exista maturidade e capacidade de decisão responsável, a criança deve ser envolvida na tomada de decisão: “*(..) a partir dos 14 anos, o adolescente já possui capacidade que lhe permite tomar uma decisão válida no domínio ético*” (Artigo 38º, Capítulo III, Código Penal). Assim, dependendo do contexto social, familiar, religioso, escolar, etc., a presença constante da pessoa de referência (pai, mãe, tutor legal, etc.), pode tornar-se ou não facilitadora na concretização da relação terapêutica.

O recorrer ao serviço de urgência tem um significado negativo para a criança e sua família, promotor de ansiedade, medo da morte, da lesão, da separação, insegurança face ao diagnóstico, tratamento e prognóstico (Hockenberry & Wilson 2014), ou seja, traduz-se em diversas alterações nos relacionamentos, comportamentos e nas rotinas familiares. As equipas de enfermagem devem, portanto, representar um elo facilitador do cuidar,

proporcionar conforto adequado para a criança e a sua família. Para que isto se concretize, existem várias estratégias que o profissional pode adotar para que as intervenções pressuponham o mínimo de desconforto possível (p. ex. o brincar terapêutico, técnica que recorre de brincadeiras no sentido desviar a atenção da criança do procedimento que irá ser realizado).

As situações que mais foram observadas no SUPED, que valorizam a prática de enfermagem, foram situações controversas em que a criança e a família espelhavam uma relação de desconfiança, insegurança, sendo por vezes apenas uma das partes afetada. Aqui considerei relevante manter a privacidade e o sigilo da criança o mais conservada possível. Em circunstâncias específicas foi necessário encaminhar as famílias e as crianças para profissionais especializados como a equipa de assistência social ou mesmo pedopsiquiatria, por se tratar de situações que punham em risco a segurança extra-hospitalar tanto da criança como da família, nomeadamente em situações de psicose, consumo de substâncias, abuso sexual, entre outras. Mantive a responsabilidade profissional de cumprir o que se encontra estipulado na carta dos direitos do doente e na deontologia profissional “*Orientar o individuo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência*” (Artigo 104º, Lei nº 156/2015, 2015, p.8079).

Quanto à relação terapêutica com a pessoa e a sua família, considero que mantive, em ambos os contextos, seguindo a Deontologia de Enfermagem (2015), assim como o documento referido no parágrafo anterior.

3.1.2 DOMINIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Encontramos inseridos nesta categoria de competências do EE três unidades de competência: “*Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro*”. (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4747).

A qualidade dos cuidados é transversal no dia-a-dia de todas as instituições e atividades profissionais da área da saúde. A OE (2001, p. 6) no documento “*Padrões de*

qualidade dos cuidados de enfermagem” refere que o alcance da qualidade na prestação de cuidados de saúde é primordialmente uma tarefa multidisciplinar, sendo que a sua obtenção não é exclusiva do exercício profissional do enfermeiro, mas é de importância vital o esforço do enfermeiro para a alcançar.

No documento de deontologia da profissão encontra-se ainda explícito que o enfermeiro deve “*Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude*” (OE, 2015, p. 91).

O instituto nacional de emergência médica (INEM), cujo o símbolo é a “*Estrela da Vida*” herdado do antigo serviço nacional de ambulâncias, numa brochura oficial datada a 2007 “*A Estrela da Vida. Símbolo do INEM*” explica que existem seis fases de ação no que diz respeito à emergência médica (INEM, 2007,p.5). A primeira fase trata-se da “*deteção*”, a segunda “*alerta*”; ambas realizadas por testemunhas do evento (doença súbita) e/ou pela própria vítima na altura em que é realizada a chamada 112. A terceira fase trata-se do “*Pré-socorro*”, são as indicações fornecidas pelo médico regulador CODU à pessoa que realiza o pedido de alerta. Por exemplo: no caso de um acidente de motociclo, referir que o capacete não deve ser retirado até chegar socorro; no caso de uma PCR, garantir que é realizado SBV com ou sem DAE até chegar ajuda diferenciada. A quarta fase trata-se do “*Socorro no local do acidente*”, momento em que se necessário chega a VMER ao local e presta cuidados diferenciados, estabilizando a(s) vítima(s) para o transporte. Após esta primeira estabilização, a equipa da VMER depara-se com a seguinte questão “*Esta vítima precisa de ser acompanhada pela equipa médica durante o transporte?*”. Esta decisão que deve ser ponderada cuidadosamente, uma vez que os meios de socorro devem estar disponíveis aquando de uma emergência médica. A quinta fase trata-se dos “*Cuidados durante o transporte*”, na pessoa em situação crítica falamos de manutenção da função vital. Finalmente encontramos a “*transferência e tratamento definitivo*” .

A Informação sobre a simbologia INEM foi um dos documentos que se encontrava no dossier de normas e protocolos da proteção civil que li no primeiro turno de estágio na VMER. Assim despertou em mim uma certa curiosidade em perceber se existia algum momento formal de discussão dos casos encontrados a fim de compreender se as ferramentas que levam à decisão do acompanhamento no transporte são uniformizadas e se os profissionais sentem mais ou menos segurança a utilizar uma ferramenta formal

como a escala de estratificação de risco em transporte de doentes (Transporte de doentes Críticos, Ordem dos Médicos, 2008). No entanto, esta parametrização não existe em funcionamento, levando a uma maior dificuldade na uniformização dos cuidados prestados em contexto VMER com o inerente maior risco para os profissionais e doentes.

No BUC, para alcançar estas competências, partilhei com a equipa o portefólio de estágio com as pesquisas mais relevantes realizadas durante o período de contato. No mesmo, podemos encontrar dois fármacos (dantroleno e solução de ressuscitação lipídica) utilizados em âmbito intraoperatório, sobre os quais me apercebi que por não serem frequentemente utilizados - porque pressupõe instabilidade hemodinâmica emergente - a maioria dos elementos da equipa do BUC não tinha conhecimento da sua função, possíveis complicações, nem do procedimento correto de preparação/administração, informação esta disponibilizada no portefólio de estágio.

Em contexto de SUPED, foi possível constatar que se encontra protocolada a realização de sedação prévia à realização de exames complementares de Dx mais complexos, como tomografias, ressonâncias, etc. Após a realização do estágio concluiu-se que a existência destes protocolos representa uma medida de prevenção necessária, tendo, no entanto, percebido que a equipa multidisciplinar os punha em prática sem exceção. Razão pela qual, após discussão com equipa multidisciplinar e por considerar que esta prática coloca em causa a privacidade, dignidade e autonomia da criança e família, me propus a demonstrar através do brincar terapêutico que esta sedação nem sempre era necessária.

No caso, que irei expor em seguida, comprovou-se que *“O brincar usado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização/cirurgia”* (Pereira et al, 2010, p. 24). Tratava-se de uma criança com quatro anos de idade, acompanhada pelo pai, que havia recorrido ao SUPED por traumatismo crânio-encefálico após queda da própria altura, com sonolência desde então. À observação a criança apresentava-se desperta, ativa e com uma linguagem adequada à sua faixa-etária. Para a determinação de um Dx adequado era necessária a realização de uma tomografia axial computadorizada crânio-encefálica e, como habitualmente neste serviço, a criança ia ser submetida a uma sedação prévia. Após discussão com orientadora clínica e a família do doente dispus-me a testar a capacidade de imaginação da criança e acompanhar a realização do exame, que acabou por ser

realizado sem intercorrências, alegando apenas que “iriamos viajar num foguetão até a lua” e por isso tínhamos de nos manter sossegados no decurso da viagem. Salientei ainda que a família e a equipa de enfermagem estaria sempre à distância de uma palavra, pelo que se precisasse só tinha de chamar. Ficou provado assim que a técnica do brincar terapêutico, utilizando a imaginação da criança para superar as situações do processo de doença, foi eficaz tendo a criança sido submetida aos exames necessários para esclarecimento da sua situação clínica sem necessidade de ser sedada.

No SUPED, em conjunto com a enfermeira orientadora e no intuito de concretizar os objetivos específicos delineados para o estágio, foi possível desenvolver um guia de sintetização e informação sobre a correta abordagem ABCDE da vítima pediátrica (Apêndice I). Recorrendo ao interesse de desenvolver o tema escolhido na pesquisa escopo (apresentada no primeiro capítulo deste relatório) foram realizadas várias partilhas informais e uma breve referência aos algoritmos de PCR através de um poster ilustrativo da informação que posteriormente ficou no serviço para consulta (Apêndice II).

Esta necessidade de formação foi identificada pela equipa de enfermagem, por se tratar comparativamente ao BUC de uma equipa mais jovem, com menos experiência profissional e qualificações académicas. Foi ainda possível, através da observação e discussão dos casos práticos com os quais éramos confrontados diariamente, constatar que a equipa pretendia desenvolver as suas competências clínicas, mas com a sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos - consequentes da Pandemia que se vivia - a instituição não proporcionava oportunidades de formação tão frequentes como a equipa pretendia. Juntamente com a enfermeira orientadora discutimos com a Enfermeira Chefe do SUPED a realização de uma ação de formação de Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Abordagem à Vítima de Trauma, não sendo possível a sua realização pelas condições impostas pela Pandemia e necessidade prévia de autorização do centro de formação do centro hospitalar.

3.1.3 DOMINIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

O conceito de gestão do cuidado de Enfermagem *“é entendida como o exercício profissional do enfermeiro, sustentado na sua disciplina, na prática baseada na evidência, mediante o planeamento, organização e controle da prestação de cuidados, oportuno, seguro e abrangente, de modo a garantir a sua continuidade e dar*

sustentabilidade as políticas e orientações estratégicas da instituição” (Mororó, 2017, p. 330).

A OE, no Regulamento das competências comuns do EE assume que este: *“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.* (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748)

Na VMER, como em qualquer serviço hospitalar que preze a qualidade dos cuidados prestados, existia todos os dias uma rotina matinal de manutenção do funcionamento do material. Neste momento o enfermeiro realiza uma série de verificações específicas que estão determinadas para cada dia da semana, tendo tido a oportunidade de participar ativamente no cumprimento desta verificação e assim entender melhor a organização do material e garantir que o mesmo se encontrava a funcionar corretamente.

Tivemos uma situação em que dois dias após ter sido verificado o material da via aérea, quando fomos ativados por alteração do estado de consciência e história de obstrução da via aérea com tosse ineficaz, foi necessária a utilização do aspirador de secreções portátil, que não se encontrava funcionando por não estar devidamente selado o compartimento do saco. Naquela situação e visto se tratar de uma causa comum de disfunção do aparelho, frequente na minha prática profissional, foi rápido de resolver com um adesivo o vácuo do contentor do saco. No entanto, numa vítima cujo o estado de consciência se encontra alterado por obstrução da via aérea, a resolução deste problema torna-se emergente, visto uma das causas reversíveis de PCR ser a hipoxémia, que neste caso era evidente (saturações periféricas de oxigénio de setenta à nossa chegada com cianose labial). Assim, enquanto eu resolvia o problema do nosso aspirador, a EE tratava de observar diretamente a cavidade oral e a médica em entrevista com a cuidadora tentava perceber qual seria a causa da obstrução. A vítima foi transportada para o hospital com oxigenoterapia, sem sinais de dificuldade respiratória, pelo que sem necessidade de acompanhamento, apesar de ainda obnubilado.

No BUC, tive o privilégio de acompanhar uma EE com função de coordenadora de equipa, pelo que pude participar em alguns momentos de gestão do serviço, dos cuidados, do material cirúrgico e farmacológico.

No BUC observei a coorganização dos tempos operatórios com o chefe da equipa cirúrgica, distribuição diária de cada profissional de enfermagem e assistente operacional pelos diversos postos de trabalho (anestesia, circulação e instrumentação); pude participar em atividades diárias como o controle do material esterilizado com a colaboração dos AO's, da reposição do material descartável de stock e medicamentos, verificação, manutenção de equipamentos, preparação da sala operatória de acordo com a intervenção que se encontra programada para o tempo operatório que se segue.

As atividades previamente descritas são exemplos de competências adquiridas em liderança, na criação de ambiente seguro e favorável à execução das atividades diárias, assim como na abordagem do doente crítico em contexto de emergência cirúrgica, em colaboração com a coordenação de equipa, tendo estas atuações sido visíveis na minha prática clínica neste local de estágio.

No SUPED consegui observar e colaborar em atividades diárias como: gestão de unidades disponíveis na sala de vigilância; e reposição do material necessário para a área para doentes com SARS-COV-2 ou suspeita. Ainda mais, tive oportunidade de participar ativamente na tomada de decisão na reformulação do SUPED e readaptação da equipa, com a criação duma área Covid, tendo para tal sido importante a minha experiência em contexto de covidário do SUC, com a partilha ativa do conhecimento adquirido, fomentando o espírito de equipa - com a utilização de um sistema rotativo eficaz para proporcionar a oportunidade de descanso aos elementos que se encontravam destacados para a área suja (COVID) e a área limpa (NÃO COVID), aconselhar na gestão do material necessário e adequação dos circuitos, visto a equipa do SUPED não ter esta experiência.

Estas experiências vividas em conjunto com as UC teórico-práticas lecionadas durante o primeiro semestre do curso de mestrado, que abordaram a liderança em enfermagem, otimização do local de trabalho e da tomada de decisão permitiram a obtenção de competências de gestão de cuidados de enfermagem.

3.1.4 DOMÍNIO DE DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências no quarto domínio das competências comuns do EE, podemos encontrar: *“Desenvolve o autoconhecimento e*

assertividade. Baseia a sua praxis clínica especializada na evidência científica”
(Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

O EE deve conseguir desenvolver o autoconhecimento e as relações terapêuticas e interpessoais. A concretização destas competências começou com a apresentação da estrutura física e organizacional das unidades de cuidados onde decorreram os ensinamentos clínicos, seguido da leitura dos documentos que visam melhorar e padronizar as práticas de enfermagem. Com o desenlace do tempo de contato, fui conseguindo criar relações empáticas e de disponibilidade face aos doentes e aos membros das equipas, tentando criar oportunidades para novas aprendizagens.

Para completar estas atividades realizadas em ambos estágios, foram realizadas no BUC uma autoavaliação e duas reflexões de casos clínicos específicos realizadas com a metodologia do Ciclo de Gibbs que contribuíram para entender o desenvolvimento da autoperceção.

Neste domínio, ao EE compete também basear a tomada de decisão na evidência científica, isto é, agir conforme o que está comprovado pela pesquisa e estudo da disciplina de enfermagem. Sendo que o processo de tomada de decisão foi já abordado no primeiro domínio de competências, importa apenas referir alguns pressupostos para este processo.

A tomada de decisão em enfermagem é definida como a aplicação do conhecimento, através de um processo cognitivo e/ou sucessão de etapas sistemáticas que geram um determinado comportamento, e são fundamentados pelo conhecimento teórico-prático, tecnológico, organizacional e ético do profissional de enfermagem (Macedo, et al. 2015, p.35).

Nunes et al (2007) referem que para decidir é necessário racionalidade, consciência e competência com o fim de escolher a alternativa que melhor se adequa ao resultado esperado. Os mesmos autores identificam a teoria descritiva como a mais influente, baseando-se na recolha de informação, na equação de hipóteses (sendo umas mais plausíveis que outras) e o processo de raciocínio interpretativo. Neste raciocínio interpretativo seleciona-se a hipótese que revelar maior evidência, por meio da avaliação dos prós e contras de cada uma delas.

Durante o exercício da profissão de enfermagem, esta tomada de decisão é realizada através da realização da anamnese, construção de um diagnóstico de enfermagem, seleção das intervenções e resultados esperados. Procurei, em ambos os contextos de estágio, observar as práticas de enfermagem sob o olhar crítico-reflexivo de um profissional que as rege pelo conhecimento baseado na evidência científica.

O papel de formador foi descrito no domínio de competência da melhoria da qualidade do cuidado com a identificação, execução e apresentação de um poster sob a abordagem ABCDE e a PCR na vítima pediátrica. Assim como, no contexto de estágio do BUC, foi realizada uma pesquisa que servirá como base para o grupo de trabalho que se encontra a desenvolver um estudo sobre a temática do aquecimento do doente (Apêndice III).

No estágio da VMER, após cada uma das ocorrências, tínhamos a oportunidade de partilhar não só a avaliação clínica dos cuidados prestados, como também o impacto emocional e social sentido por cada um com o decorrer da ocorrência tendo em conta todos os intervenientes no local (atitudes e autoperceção da vítima, do cuidador ou familiar, do “mirone”, etc.). Numa destas ocasiões apercebi-me que o INEM mantém em utilização o protocolo de administração de ácido tranexâmico em perfusão em casos de hemorragia exsanguinante, embora a agência americana “Tactical Combat Casualty Care” tenha mudado as suas guidelines. Esta mudança ocorreu após a publicação de um estudo em dois mil e vinte no qual determina que os dois gramas de ácido tranexâmico devem ser administrados nas três horas seguintes ao trauma, representando um benefício de dez por cento no índice de sobrevivência por cada grama administrado (Drew et al., 2020).

Assim, ao invés do protocolo do INEM que preconiza que o primeiro grama seja dado em bólus na primeira hora e o seguinte administrado durante oito horas, vem propor a administração de um bólus de dois gramas de ácido tranexâmico - em casos em que a chegada ao hospital não se prevê dentro da janela - e/ou a administração consecutiva até duas vezes de um grama em bólus com um intervalo de trinta minutos. Deste modo é possível garantir que são administrados os dois gramas (aumento de vinte por cento de probabilidade de sobrevivência) antes de perfazer as três horas estipuladas (Drew et al., 2020). Visto ter percebido com a equipa que, apesar de já conhecerem esta possibilidade,

não tinham ainda estudado o suporte científico da mesma, ficou no dossier da base da VMER dois artigos nesta temática para facilitar a atualização da prática pela equipa.

As vivências foram em todos os locais de estágio gratificantes e desafiantes nesse sentido por comprovar que entre os enfermeiros existe uma partilha de conhecimento constante. Como aluna de um curso de mestrado, com experiência na área de urgência e cuidados intensivos, fui em diversas ocasiões um elemento a quem os enfermeiros menos experientes recorreram para esclarecimento de dúvidas. Tal aconteceu no BUC, para a determinação da pressão intra-abdominal, e ainda no SUPED, quando numa situação de taquicardia supraventricular (TSV) teve de ser administrada adenosina e a equipa médica presente era constituída maioritariamente por internos de ano comum sem formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, pelo que desconheciam a dose por Kg que se encontra preconizada nas novas guidelines do *European Resuscitation Council*. Esta situação repetiu-se com os enfermeiros peritos, que recorriam com questões maioritariamente para confirmar que o seu conhecimento se mantinha o mais atualizado possível, como por exemplo, na gestão de trauma, visto este não ser recebido em contexto de SUPED deste hospital. Em muitas destas ocasiões, para responder adequadamente, foram realizadas várias pesquisas, dois guias informativos - um em cada estágio, como trabalho autónomo do aluno e com o intuito de ser o “*elemento facilitador da aprendizagem*” e “*dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento*” como se encontra descrito no Regulamento nº 140/2019 (6 de fevereiro. 2019. p.4749).

É então importante reforçar a procura e atualização dos conhecimentos e a sua aplicação na tomada decisão. Estou segura de que todo o percurso de mestrado constitui uma fase de grande importância no meu crescimento profissional.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.

Previamente descrito neste relatório encontramos a forma como a OE define o conceito de PSC, pelo que neste capítulo antes de dar início à exposição das atividades realizadas e das situações observadas, devemos ainda compreender, de que se trata quando se fala em cuidados de enfermagem à PSC.

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento 429/2018, 16 de julho. P 19364).

No mesmo regulamento encontramos as competências do EE- PSC separadas em três unidades, são elas as seguintes: *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (OE, 2018. p. 19365).

Segue-se uma análise crítica e demonstrativa de algumas das experiências em estágio, relacionando-as com as competências específicas do EE- PSC que procurei desenvolver.

3.2.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

No regulamento supracitado a OE refere que o profissional de EE- PSC é aquele que *“mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”* (OE, 2018. p. 19365).

Passo a descrever, as principais vivências, que levam ao sucesso da aquisição destas competências.

No decorrer do estágio de VMER fomos ativados três vezes para situações de PCR, todas estas vítimas com doença prolongada em casa com cuidador/familiar. Tratavam-se de pessoas totalmente dependentes para as suas atividades de vida diária e parca vida de relação.

Numa destas ocasiões, ao chegar ao local, encontrámo-nos com um cuidador agitado e nervoso. Após a constatação do estado de saúde prévio da vítima da PCR, foi declarado o óbito. Foram informadas as autoridades para procederem a correta identificação da pessoa e trasladado o corpo para uma casa mortuária. No entanto, a

manutenção da inquietação do cuidador deixou-me apreensiva, pelo que questionei sobre esta, percebendo-se que se tratava de medo de comunicar à família da pessoa de quem cuidava que esta acabara de falecer. Deste modo, a médica que se encontrava de VMER deu indicação à cuidadora para contactar o familiar de referência para ser a Médica a tratar de transmitir essa notícia. Antes de abandonar o local foi ainda oferecida a possibilidade de apoio psicológico à cuidadora.

Foi referida anteriormente uma situação à qual assisti no BUC que pode comprovar a *“prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* (Regulamento 429/2018, 16 de julho. p.19363). Apercebida a instabilidade hemodinâmica da adolescente com Dx de apendicite, após termos observado o seu peritoneu escurecido e termos conhecimento da coagulopatia envolvida, contactámos o serviço de sangue com o objetivo de evitar o choque hemorrágico e iniciar a reposição volémica da doente. O meu papel como enfermeira circulante permitiu readaptar rapidamente a mesa cirúrgica, necessária à intervenção, visto a necessidade de material não previsto inicialmente, nomeadamente pinças hemostáticas, entre outros. Pela instabilidade do quadro e conseqüente mudança no seu Dx médico, a resposta atempada à complicação era crucial, para prevenir o agravamento e/ou morte da doente. Faz parte das competências do enfermeiro: *“Responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações”* (Regulamento 429/2018, 16 de julho. P. 19363).

No BUC foi ainda possível desenvolver relações terapêuticas rápidas, mas eficazes, com especial atenção à população que apresentava uma barreira linguística, no sentido de não ser um impeditivo à criação de relação terapêutica, explorando estratégias de comunicação alternativas, nomeadamente recorrendo à comunicação não verbal. Lembrome dos cuidados prestados ao Sr. João (nome fictício), com antecedentes pessoais de paresia das cordas vocais, pelo que a comunicação ocorreu através da utilização de gestos universais, para resposta a perguntas complexas foi-lhe proporcionado uma forma de escrever as suas respostas, assim demonstrou-se que *“Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Gere o estabelecimento da relação terapêutica*

perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânicas” (Regulamento 429/2018, 16 de julho. P 19363).

Segundo Joyce Travelbee a comunicação “é um processo que permite à enfermeira a concretização de uma relação terapêutica e, conseqüentemente, satisfazer o propósito da enfermagem, nomeadamente, assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e do sofrimento...” (Tomey & Alligood, 2002, p.469) pelo que se torna imperativo que exista uma comunicação verbal e não-verbal eficaz entre os dois indivíduos (enfermeiro-doente).

Recordo agora o caso do Sr. Miguel (nome fictício) em que consegui ajudar a ultrapassar a barreira linguística presente: estávamos no meio de um turno da tarde, quando se apresenta uma enfermeira do SUC à porta do BUC para transferir um sr. que se dirigiu no dia anterior ao SUC por trauma da mão com secção dos extensores. O doente esteve vinte e quatro horas no serviço de observação do SUC, para cumprir jejum pré-operatório e aguardando o resultado de um exsudado nasofaríngeo para SARS-COV-2.

Eu estava de enfermeira anestesista nesse dia, supervisionada pelo enfermeiro orientador. Após receber a passagem de ocorrências do doente, dirigi-me ao mesmo para estabelecer uma relação terapêutica, para depois lhe poder explicar o que se iria passar. Começo assim por realizar a checklist de cirurgia segura, confirmando ao mesmo tempo que o Sr. Miguel tinha conhecimento do procedimento cirúrgico ao qual seria submetido. Rapidamente a equipa se apercebe que aquele senhor não entendia o que lhe era perguntado e notámos também que nos falava em espanhol.

Inicialmente para a identificação positiva do doente quando este foi questionado sobre o seu nome, deu-nos a resposta de “Paco” (nome fictício) que por não ter correspondido esta abreviatura com o nome que constava no processo clínico, levou a que a pesquisa no sistema informático não mostrasse os resultados esperados. Assisti aos esforços da equipa para manter uma comunicação eficaz com o doente. Resolvi intervir, tendo em conta a minha formação em línguas, e podendo ser o elo facilitador entre o doente e a equipa de anestesia /cirurgia.

Este senhor encontrava-se em Portugal de férias com a família, quando ao sair do avião no aeroporto no dia de chegada a Lisboa, teve uma queda da própria altura com trauma da mão esquerda. A região posterior da mão do doente teve embate direto nas escadas de acesso ao avião. À saída do aeroporto o sr. dirigiu-se ao hotel, onde se manteve

três dias até começar a sentir dificuldade na extensão de quatro dedos da mão, edema exacerbante e exsudado com cheiro fétido, momento em que se dirigiu ao hospital e lhe foi comunicado que teria de ser submetido a um desbridamento em bloco operatório e tenorrafia de dois tendões da mão afetada.

Após a minha intervenção, foi possível esclarecer os dados do doente confirmando a sua identificação, o seu Dx e posteriormente a compreensão do doente no que diz respeito à cirurgia à qual seria submetido, terminando assim a lista de cirurgia segura.

Após este episódio e dado o meu contexto profissional de SUC, onde isto acontece diariamente e muitas vezes apenas por barreira linguística, informei-me sobre a existência de um serviço intrahospitalar que fizesse a tradução, percebendo que tal não existe. Em Portugal já existem centros hospitalares com este serviço de tradução telefónica, contudo ainda é um serviço que trabalha das nove da manhã até às dezanove horas e apenas em dias úteis – pelo que seria necessário para estes casos de urgência que houvesse um serviço funcionante durante as vinte e quatro horas do dia.

Também na população pediátrica a comunicação interpessoal é essencial, tanto para poder identificar e gerir a dor/ desconforto que a PSC sente, mas muitas vezes não consegue expressar, e também para assistir a pessoa e a sua família nas perturbações emocionais decorrentes do processo de doença. A gestão da dor em pediatria apresenta particularidades não presentes nos adultos, porque muitas vezes a criança não consegue comunicar o que a deixa desconfortável. Neste sentido, em situações em que percebia que as crianças tinham queixas que não sabiam como expressar ou não o queriam fazer, tive que recorrer a instrumentos como a Escala de FLACC e de EDIN, concebidos especialmente para a população pediátrica, por necessidade de compreender melhor o doente e as suas famílias.

3.2.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.

A esta competência encontram-se associadas as seguintes unidades: *“Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; Planeia a resposta à situação*

de catástrofe; Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe; Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática do crime” (Regulamento n.º 124/2018, 2018, p. 19363)

Para alcançar estas competências, em primeiro lugar informei-me sob o plano de emergência e catástrofe de cada um dos serviços, tendo entendido que no CH em questão não são atualizados há cerca de quatro a cinco anos.

Visto que em nenhum dos contextos ocorreu uma situação de catástrofe ou de exceção, não foi possível avaliar a obtenção da segunda e terceira unidades de competência supracitadas. No entanto, segundo o regulamento determinado anteriormente *“Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida.”* (Regulamento n.º 124/2018, 2018, p. 19364).

Na VMER surgiu uma situação em que fomos ativados para um embate frontal de um motociclo com um veículo ligeiro numa avenida central de Lisboa. A informação dada pelo CODU era: duas vítimas conscientes, acidente alta cinética de motociclo com ligeiro, veículos deformados.

A caminho do local discutimos a forma mais correta de abordar as duas vítimas, ficando definido que eu acompanharia a médica na abordagem de uma das vítimas e o EE abordaria a segunda vítima. O objetivo era realizar uma triagem de situação de exceção que nos permitisse identificar rapidamente qual a vítima com maior prioridade (INEM, 2012). Ainda a caminho do local, através da localização do acidente, conseguimos discutir as várias hipóteses de cinética e as suspeitas mais emergentes de traumas que poderiam ter sucedido. As possibilidades eram múltiplas, podendo tratar-se de uma situação de multivítimas politraumatizadas.

Na chegada ao local apercebemo-nos que os veículos se encontravam muito danificados, tendo os bombeiros sapadores já assegurado condições de segurança na avenida para podermos circular e abordar as nossas vítimas.

À avaliação ambas se encontravam conscientes a deambular e apenas uma com queixas algicas incapacitantes, tendo sido conduzida à ambulância de socorro do INEM já presente no local, administramos analgesia endovenosa e por não apresentar qualquer

tipo de instabilidade clínica foi transportada ao hospital. A segunda vítima encontrava-se sem queixas algicas ou deformações palpáveis e visíveis, decidiu assinar um termo de responsabilidade e permanecer no local.

Considero o episódio acima descrito de grande importância para o meu desenvolvimento neste domínio, por ter existido uma partilha ativa entre os membros da equipa da VMER e um planeamento prévio de atuação assim como a previsão de todos os cenários possíveis.

No SUPED surgiram mais situações emergentes, como vítimas de politrauma que recorrem ao Hospital pelos próprios meios, abordados inicialmente na triagem, e de seguida na sala de reanimação, pouco habituais neste serviço. Dado o meu contexto de prática profissional se tratar de um SUC onde esta abordagem se encontra presente diariamente e bem consolidada, a pedido da equipa de enfermagem e da orientadora de ensino clínico apresentei a abordagem de trauma segundo o método ABCDE-respondendo ao critério de avaliação descrito no regulamento da EE-PSC: “*Adequada resposta em situação de trauma*” (Regulamento n.º 124/2018, 2018, p. 19364) conforme descrito previamente.

No contexto da obtenção da quarta unidade de competência, surge também no SUPED a oportunidade de desenvolvimento em duas situações específicas: a primeira, já relatada anteriormente, tratava-se de uma criança na idade pré-escolar com antecedentes de uma arritmia não especificada. Esta criança surge da sala de espera acompanhada pela mãe, na sala de triagem com sintomas de palpitações, vômitos, e sensação de lipotimia. Encontrava-me sozinha visto a enfermeira orientadora estar a receber uma vítima de monotrauma, que vinha em maca com os bombeiros, pelo que avalei de imediato o pulso da criança que se encontrava visivelmente instável e taquicárdica, e junto com a mãe encaminhei-as para a sala de reanimação, onde existem equipamentos de vigilância mais adequados àquele tipo de emergência. Foi chamada a equipa médica através da ativação de uma campainha, e foi pedido a eletrocardiograma que confirmaria uma TSV- um ritmo de periparagem, que se não for abordado de imediato pode levar a uma PCR ou PCC por débito cardíaco diminuído ou paragem mecânica do miocárdio, entre outras complicações com elevado risco de morte. No seguimento destes eventos, a restante equipa multidisciplinar, chega à sala de reanimação, por ser o primeiro elemento em contato com a vítima já me encontrava a puncionar uma veia, para a administração de fármacos de

emergência, e como tal distribui as restantes tarefas pelos elementos que iam chegando à sala sob a supervisão da orientadora: uma enfermeira ficou responsável pela preparação e administração de terapêutica, outra ficou responsável pela preparação profilática do material para uma possível via aérea comprometida, uma AO ficou imediatamente destacada para a eventual necessidade de mobilizar a doente ou recorrer a algum serviço se fosse necessário algum material mais específico (p. ex. ecógrafo; ventilador).

Numa situação emergente é fulcral a coordenação do trabalho de equipa e para tal que se assuma um team leader, para se evitar redundância nas ações e celeridade nos processos. O líder é deste modo o único com perspetiva global do cenário, delegando funções aos restantes elementos e permitindo assim assegurar o cumprimento dos algoritmos em vigor para a situação específica, dos protocolos de segurança e eficácia das tarefas a serem desempenhadas (INEM, 2020). A dose de adenosina necessária para reverter a TSV foi prescrita pela equipa médica, mas, por se tratar de um fármaco de urgência que graças às UC's lecionadas no mestrado estavam para mim vividamente presentes, a dose por Kg necessária indicada para as crianças foi mencionada por mim, e, após ter sido comprovada nas *guidelines* em vigor, foi administrada com sucesso.

Na minha prática, após qualquer situação de emergência existe um momento de *debriefing*, essencial para a aprendizagem que advém da situação em análise “*Avalia (...) a articulação e eficiência da equipa; Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe; Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação*” (Regulamento n.º 124/2018, 2018, p. 19364), pelo que propus à enfermeira orientadora fazer um momento de reflexão em equipa, em que cada elemento referiu os prós e contras da atuação da mesma naquela situação.

Passando à reflexão crítica do sucedido, devo salientar no que diz respeito à equipa de enfermagem, que apesar da distribuição ter sido realizada, os elementos que se encontravam a exercer funções naquele turno não deixaram de querer participar pelo que a dada altura a quantidade de profissionais de saúde dentro da sala de reanimação era claramente superior à recomendada, que é no máximo seis pessoas destacadas às seguintes áreas: via aérea; medicação; compressões (se se tratar de um caso de PCR/PCC); cronometrista/ registos; chefe de equipa - normalmente o elemento mais diferenciado na sala que decide qual o passo a seguir (Panchal, et al. 2020). Esta situação, gerou para mim como futura EE-PSC alguma confusão, num momento que pela

instabilidade hemodinâmica inerente a patologia da criança assim como a instabilidade emocional que a família demonstrou, era necessário manter um ambiente seguro e terapêutico. Neste sentido, pedi à família que escolhessem um elemento de referência para estar presente com a criança, tendo previamente explicado que a condição da mesma implicava uma grande ansiedade para todos os intervenientes, pelo que a presença de uma cara familiar, tinha uma função terapêutica para a criança e que a pessoa escolhida deveria ser capaz de manter a calma, para podermos reverter e controlar a situação da maneira mais sucinta possível. Assim foi atingido o critério de avaliação “*Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe*” (Regulamento n.º 124/2018 de 16 de Julho, 2018, p. 19364).

No que diz respeito à restante atuação por parte da equipa de enfermagem, não houve outros incidentes que a meu ver provocassem alguma alteração no ambiente e estado da doente.

No que diz respeito a unidade de competência “*Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime*”, presente no regulamento supracitado, presenciei apenas uma situação em que esta se aplica. Tratou-se de uma situação de a criança que, após um período de ausência dos pais, relatou um episódio de alegado abuso sexual por parte de um amigo da família. Neste caso, a família e a criança vinham acompanhados pela polícia. Durante a triagem, através da realização de questões diretas necessárias para garantir a preservação de indícios de crime, pude confirmar que à criança não tinham sido prestados quaisquer cuidados de higiene e que mantinha a mesma roupa. Assegurei-me que as suspeitas suscitadas eram devidamente referenciadas à equipa médica. A equipa de enfermagem, com o intuito de despistar qualquer indício de necessidade de apoio psicológico e/ ou social decidiu ainda, entrevistar a criança e a família em momentos diferentes, no entanto por não ser a área de atuação da equipa mais desenvolvida, a situação foi encaminhada para ambos os especialistas – psicólogo e assistente social - quer para a criança, quer para família.

3.2.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PSC E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS.

Em 2017 foi publicado pela DGS “O Programa de Prevenção e Controlo de infeções e resistência aos microbianos” que tinha como objetivo diminuir em 8% a incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) nas unidades do Sistema Nacional de Saúde, que tem como uma das principais atividades “*Redução das IACS, assente principalmente com base na estratégia de promoção de boas práticas a nível PBCI e implementação de feixes de intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos*”; a sigla PBCI refere-se às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (DGS, 2017, p.17).

A competência do EE- PSC que resta justificar é avaliada com o cumprimento de: “*Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*” (Regulamento n.º 124/2018 de 16 de Julho, 2018, p. 19364).

Foi realizada em todos os contextos de estágio a leitura de normas e feixes de intervenção instituídas no Centro Hospitalar, assim como foi constatado que em ambos os serviços apresentavam múltiplos posters de promoção à adesão às PBCI. Para demonstrar o meu conhecimento sobre eles, posso apenas referir que a adesão às mesmas no BUC é bastante mais elevada que no contexto de SUPED ou mesmo no SUC (serviço em que exerço funções).

Na VMER esta competência, foi desenvolvida e demonstrada através da verificação dos equipamentos de proteção individuais necessários para cada um dos casos e dos locais em que aconteciam as ocorrências.

No BUC foi proveitosa para me manter alerta sobre as minhas próprias intervenções e alertar os restantes profissionais para algum incumprimento esporádico,

nomeadamente, lavagem e desinfeção adequada das mãos em todos os momentos preconizados; utilização dos equipamentos de proteção individual adequados a cada intervenção cirúrgica, e simplesmente à entrada no serviço - por se tratar de um serviço em que a exposição do doente ao ambiente é muito elevada, o que aumenta o risco da contaminação cruzada.

Já no SUPED, o facto de ser orientada pelo elemento de ligação com a comissão hospitalar de controlo de infeção, gerou discussões relevantes sob o desenvolvimento de estratégias para aumentar a adesão às PBCI e ao correto seguimento dos feixes instituídas no serviço. Uma das lacunas mais identificadas com base na avaliação realizada neste hospital pelo PPCIRA era os momentos corretos de higienização das mãos e a utilização de correta de EPI's, pelo que durante a minha passagem neste serviço foi-me permitido promover a adesão adequada a estas duas PBCI's. Esta atividade, embora não estivesse programada no projeto de estágio, passou pela realização de uma síntese dos momentos certos de higienização das mãos *“antes do contacto com o doente; antes da realização de um procedimento limpos/assépticos; após o risco de exposição a fluidos orgânicos; após contactar com o doente ou com a sua unidade; após a remoção de EPI; se as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica”* (Norma 029/2012. DGS, 2013. P.4), para realização desta pequena exposição recorri aos cartazes publicados pela DGS na campanha de higiene das mãos de 2010 que ilustra os cinco momentos supracitados.

No que diz respeito à adesão da utilização correta de EPI's foi aproveitado o facto de se ter inaugurado o espaço dedicado aos doentes respiratórios e ser necessário a realização de um *briefing* no primeiro turno de funcionamento da nova unidade. Assim foi reforçada esta matéria, assim como a etiqueta respiratória. Foi ainda realizada uma demonstração do procedimento correto para a colocação e retirada dos EPI's necessários para controlo de contaminação que implica o vírus SARS-COV- 2.

Segundo o “programa de intervenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos”, publicado em 2017 pela Direção-Geral da Saúde, a vigilância epidemiológica representa *“a única forma de melhorar a qualidade dos dados nacionais”* deve ser promovida com ênfase para a infeção do local cirúrgico, por esta ter a menor adesão. Segundo o mesmo documento, entre 2011 e 2016, aumentou em setenta e três por cento a resistência da *Klebsiella Pneumoniae* aos Carbapenemes.

Assim é importante reforçar a correta utilização do feixe de intervenção da pneumonia associada à entubação orotraqueal que no BUC é uma das técnicas mais utilizadas. Colaborei várias vezes, em conjunto com a enfermeira orientadora, no papel de enfermeira de anestesia - na realização desta técnica de permeabilização da via aérea, tendo sido possível identificar uma má prática por parte da equipa multidisciplinar, que por esta técnica fazer parte do seu quotidiano, descoravam os cuidados como a higienização prévia da cavidade oral, assim como a sedação necessária para evitar complicações como a pneumonia associada à ventilação. Assim decidi através da evidência, recorrendo aos feixes de intervenção e controlo de infeção, partilhar a preocupação com a equipa de enfermagem, no intuito de contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados.

Considero que ao demonstrar, na equipa multidisciplinar, a superioridade e atualidade das recomendações sobre procedimentos no controlo das IACS, vou de encontro aos critérios de avaliação das unidades de competência no domínio da prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. O EE deve liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com os normativos, demonstrando conhecimentos específicos sobre prevenção e controlo das IACS, sendo um referencial para a equipa, fazendo cumprir os procedimentos e auditando as medidas implementadas.

4. CONCLUSÃO

Este relatório surge como conclusão do ciclo de estudos, conducente à obtenção do grau de mestre em EPSC, pelo que é oportuno a análise crítica e demonstrativa das experiências em estágio, onde prestei cuidados especializados sob orientação, relacionando-as com as competências comuns e específicas do EE-PSC.

Este documento contém, para além de uma breve caracterização dos locais de estágio, apresentação das atividades realizadas, organizadamente descritas em função dos domínios e unidades de competência das áreas de especialidade.

Os locais de estágio ofereceram excelentes condições para a aquisição dessas competências, as atividades realizadas foram de encontro aos objetivos definidos nos projetos de planeamento de estágio. Os recursos existentes, as situações-problema e experiências vivenciadas foram essenciais para a prossecução desses mesmos objetivos.

As temáticas abordadas neste relatório são tão diversas como a abordagem da tomada de decisão, os direitos do doente e familiares ao acompanhamento, conforto, privacidade, sigilo e a uma relação terapêutica profícua; realização de um poster informativo, que teve como principal objetivo a partilha de conhecimento para colmatar a lacuna existente na equipa de enfermagem do SUPED; o acompanhamento da prática clínica e gestão de cuidados, o investimento realizado nos serviços relacionado com a segurança e qualidade, entre outros, não menos importantes.

Para alcançar as competências do EE-PSC, foi essencial a análise crítica reflexiva sobre as tomadas de decisão, atualização e incorporação de novos conhecimentos, com base na mais recente evidência científica, os momentos de discussão de ideias, a reflexão sobre as práticas clínicas e organizacionais, num exercício contínuo para a implementação de melhores cuidados.

Procurei, também, alcançar as competências do EE na área da gestão dos cuidados na adaptação da liderança em trabalho de equipa multidisciplinar, que de forma circunstancial vão sendo abordadas ao longo do relatório.

Este relatório, porém, não consegue abranger nem esgotar toda a complexidade e amplitude de conhecimento, reflexões, casos clínicos e trabalho diário realizado ao longo dos meses de estágio, mas espera constituir uma representação válida do percurso para a habilitação em cuidados especializados à PSC.

Deparei-me com a dificuldade na realização da revisão escopo, no entanto, a maior dificuldade no percurso do mestrado consistiu precisamente na redação deste relatório. Logo após a realização dos estágios, não fui capaz de organizar e sistematizar o relatório que hoje apresento, atendendo ao contexto laboral motivado pelas exigências da pandemia Covid-19. Reconhecendo o insucesso na minha organização pessoal e profissional para a última etapa do mestrado, assumindo a responsabilidade pelo meu percurso académico, nunca deixando de objetivar a sua conclusão.

Penso que faltou uma articulação entre as minhas exigências profissionais, vida pessoal e o défice de metodologia e gestão do estudo/trabalho, que me acompanha em todo o percurso escolar, agradecendo a disponibilidade e apoio da Professora Orientadora.

Sugeria uma melhor articulação entre a OE, as Escolas de Saúde e as Instituições de Saúde, para que este processo de reflexão/investigação, que evidencia melhores práticas e ganhos em saúde, decorresse integrado e considerado na prática quotidiana dos serviços de origem, que certamente são quem mais beneficia da nossa formação e investigação.

Em suma, apesar do percurso atribulado de entrega do presente relatório de estágio que prolongou a sua conclusão, considero terem sido adquiridas as competências inerentes à prática do EE-EPSC.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allard, J., Ballesteros, F., & Fortin, M.-C. (2021). Québec health care professionals' perspectives on organ donation after medical assistance in dying. *BMC Medical Ethics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00594-7>
2. Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). *Nursing Theorists and Their Work Text + E-book Package*. Mosby Inc.
3. Andreas H. Kramer, M. M. (2019). Deceased organ donation potential in Canada: a review of consecutive deaths in Alberta. *Obtido de Springer Nature*: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01437-1>
4. Arava, S., Phulware, R., Rajashekar, P., Hote, M., Singh, S., Seth, S., & Ray, R. (2020). Myocardial bridging: An unexplained cause of sudden cardiac death in an explanted donor heart. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 63(3), 495. https://doi.org/10.4103/ijpm.ijpm_370_19
5. Baik, S. M., Park, J., Kim, T. Y., Lee, J. H., & Hong, K. S. (2021). The Future Direction of the Organ Donation System After Legislation of the Life-Sustaining Treatment Decision Act. *Annals of Transplantation*, 26. <https://doi.org/10.12659/aot.934345>
6. Becker, F., Roberts, K. J., de Nadal, M., Zink, M., Stiegler, P., Pemberger, S., Castellana, T. P., Kellner, C., Murphy, N., Kaltenborn, A., Tuffs, A., Amelung, V., Krauth, C., Bayliss, J., & Schrem, H. H. (2020). Optimizing Organ Donation: Expert Opinion from Austria, Germany, Spain and the U.K. *Annals of Transplantation*, 25, e921727-1e921727-16. <https://doi.org/10.12659/AOT.921727>
7. Boyd, J. G., Hartwick, M., Singh, J. M., Soliman, K., Hornby, K., Paltser, B., Wilson, L., & Healey, A. (2020). Organ donation after cardiocirculatory death following withdrawal of non-invasive positive pressure ventilation: a historical cohort study. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien D'anesthésie*, 67(6), 774–776. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01567-x>
8. Cohen, J., Rahamimov, R., Hoffman, A., Katvan, E., Grozovski, K., & Ashkenazi, T. (2017). Derivation and Implementation of a Protocol in Israel for Organ Donation after Cardio-Circulatory Death [Review of Derivation and Implementation of a

Protocol in Israel for Organ Donation after Cardio-Circulatory Death]. Israel Medical Association Journal, 19, 566–569. <https://www.ima.org.il/MedicineIMAJ/default.aspx>

9. Colheita de Órgãos no CHMT – CH | Médio Tejo. (n.d.). [Www.chmt.min-saude.pt](http://www.chmt.min-saude.pt). Retrieved October 10, 2022, from <https://www.chmt.min-saude.pt/noticias/papel-do-enfermeiro-na-colheita-de-orgaos-no-chmt/>

10. Comissão Europeia (2008). Action plan on Organ Donation and Transplantation (2009-2015): Strengthened Cooperation between Member States (COM(2008) 819/3) [Review of Action plan on Organ Donation and Transplantation (2009-2015): Strengthened Cooperation between Member States]. European Commission. https://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organs/docs/organs_action_en.pdf

11. Diário da República n.o 181/2015 de 16 de Setembro de 2015, páginas 8059 - 8105, Serie I, páginas 8059-8105 (15 C.E.). <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

12. Drew, B., Auten, J. D., Cap, A. P., Deaton, T. G., Donham, B., Dorlac, W. C., DuBose, J. J., Fisher, A. D., Ginn, A. J., Hancock, J., Holcomb, J. B., Knight, J., Koerner, A. K., Littlejohn, L. F., Martin, M. J., Morey, J. K., Morrison, J., Schreiber, M. A., Spinella, P. C., & Walrath, B. (2020). The Use of Tranexamic Acid in Tactical Combat Casualty Care: TCCC Proposed Change 20-02. *Journal of Special Operations Medicine: A Peer Reviewed Journal for SOF Medical Professionals*, 20(3), 36–43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32969002/>

13. Envelhecimento. (2019, July 15). Nações Unidas - ONU Portugal. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

14. Gabinete de Coordenação Colheita e Transplantação. (2021). Procedimento Intra-hospitalar na Doação e colheita de Órgãos/ tecidos em Dador em PCC [Review of Procedimento Intra-hospitalar na Doação e colheita de Órgãos/ tecidos em Dador em PCC]. Normas Hospitalares de Doação - Capítulo: Doação e Colheita de Órgãos/ Tecidos em Dador em PCC. Consultado em Janeiro de 2022, no Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação do CHLN.

15. Giordani, N. E., Robinson, C. C., Westphal, G. A., Rosa, R. G., Sganzerla, D., Cavalcanti, A. B., Machado, F. R., Azevedo, L. C. P., Bozza, F. A., Teixeira, C., de Andrade, J., Franke, C. A., Guterres, C. M., Madalena, I. C., Rohden, A. I., da Silva, S. S., Andrighetto, L. V., Rech, G. S., Gimenes, B. dos P., & Hammes, L. S. (2020). Statistical analysis plan for a cluster-randomised trial assessing the effectiveness of implementation of a bedside evidence-based checklist for clinical management of brain-dead potential organ donors in intensive care units: DONORS (Donation Network to Optimise Organ Recovery Study). *Trials*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04457-1>
16. Hancock, J., Shemie, S. D., Lotherington, K., Appleby, A., & Hall, R. (2017). Development of a Canadian deceased donation education program for health professionals: a needs assessment survey. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien D'anesthésie*, 64(10), 1037–1047. <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0882-4>
17. INEM. (2012). Situações de Exceção (INEM, Ed.) [Review of Situações de Exceção]. INEM-Manuais de Formação. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
18. INEM. (2007). A Estrela da Vida Símbolo do INEM (DGS, Ed.; Issues 6a Edição, pp. 1–19) [Review of A Estrela da Vida Símbolo do INEM]. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/A-Estrela-da-Vida-Simbolo-do-INEM.pdf>
19. Kotsopoulos, A., Jansen, N., & Abdo, W. F. (2019). When circulatory death does not come in time in potential organ donors. *Critical Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2443-4>
20. Macedo, R. (2015). Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência. *Comum.rcaap.pt*. <http://hdl.handle.net/10400.26/10454>
21. Manara, A., Procaccio, F., & Domínguez-Gil, B. (2019). Expanding the pool of deceased organ donors: the ICU and beyond. *Intensive Care Medicine*, 45(3), 357–360. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05546-92>.

22. Martín Sánchez. (2018). Conflictos éticos de la donación de órganos en asistolia no controlada. *Metas de Enfermería*, 21. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.21.1003081185>
23. Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
24. Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
25. Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos – na encruzilhada do presente. [Review of Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos – na encruzilhada do presente.]. *Percursos*, 36–42.
26. Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., Donnino, M. W., Drennan, I. R., Hirsch, K. G., Kudenchuk, P. J., Kurz, M. C., Lavonas, E. J., Morley, P. T., O’Neil, B. J., Peberdy, M. A., Rittenberger, J. C., Rodriguez, A. J., Sawyer, K. N., Berg, K. M., Arafah, J., Benoit, J. L., Chase, M., & Fernandez, A. (2020). Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16_suppl_2). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000916>
27. Pereira, A., Estefânia, D., Diogo, P., & Adjunta, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria*. *14*, 1–2010. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23960/1/2010_14_1_24-38%282%29.pdf
28. Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for Conducting Systematic Scoping Reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
29. Potter, J. E., Herkes, R. G., Perry, L., Elliott, R. M., Aneman, A., Brieva, J. L., Cavazzoni, E., Cheng, A. T. H., O’Leary, M. J., Seppelt, I. M., & Gebiski, V. (2017). Communication with Families regarding ORgan and Tissue donation after death in

intensive care (COMFORT): protocol for an intervention study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1964-7>

30. PPCIRA. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017 (Direção-Geral da Saúde, Ed.) [Review of Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017]. Ministério da Saúde. www.dgs.pt

31. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, Ed.; pp. 17–18) [Review of Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos]DGS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevenção%20e%20Controlo%20de%20Infeções%20e%20de%20Resistência%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

32. Regulamento n.º 124/2011 de dia 9 de Fevereiro, diário da república n.º 35-Serie II. Ministério da Saúde. Lisboa

33. Regulamento n.º 429/2018 dia 16 de Julho. Diário da República n.º 135/2018-Série II. Ministério da Saúde. Lisboa

34. Schonhaut, L., & Carvajal H, C. (2007). Dimensiones y dilemas de la ética en educación en ciencias de la salud. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(2). <https://doi.org/10.4067/s0370-41062007000200013>

35. Shemie, S. D. (2017). Trends in deceased organ donation in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(38), E1204–E1205. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170988>

36. Sobrinho, A. (2019). Cancelamento cirúrgico: análise dos motivos de um hospital da rede pública do Distrito Federal. *Repositorio.uniceub.br*. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13586>

37. Tajaâte, N., van Dijk, N., Pragt, E., Shaw, D., Kempener-Deguella, A., de Jongh, W., Bollen, J., & van Mook, W. (2021). Organ donation after euthanasia starting at home in a patient with multiple system atrophy. *BMC Medical Ethics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00686-4>

38. Transporte de Doentes Críticos – Ordem dos Médicos. (n.d).
<https://ordemosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos/>

APÊNDICES

APÊNDICE I – ABCDE PCR PEDIÁTRICO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: ABCDE, ALGORITMO DE SAV e CRITÉRIOS DE FIM DE RCP.

Docente:

Prof. Doutora Rita Marques

Orientadora Supervisora Clínica:

Enf^a Especialista

Discente:

Filipa Lisboa Ricardo Marques
192020025

Lisboa, 2021

SIGLAS

SIP- Sociedade de Infeciologia Pediátrica

SNS- Sistema Nacional de Saúde

AHA- American Heart Association

ERC- European Resuscitation Council

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica
PCR- Paragem Cardiorrespiratória
TAP- Triângulo de Avaliação Pediátrica
TICLS- Tónus, Interaction, Consolability, Look, Speech.
ATLS- Advance Trauma Life Support
VA- Via Aérea
OVA- Obstrução da Via Aérea
FR- Frequência Respiratória
FC- Frequência Cardíaca
TPC-Tempo de Preenchimento Capilar
GCS- Escala de Coma de Glasgow
EDIN- Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau né
FLACC- Escala de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
DGS- Direção Geral de Saúde
SAV- Suporte Avançado de Vida
FV- Fibrilhação Ventricular
TVSP- Taquicardia Ventricular Sem Pulso
RCP- Ressuscitação cardiopulmonar

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Este documento foi elaborado no âmbito de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na valência de Estágio

Final e Relatório no contexto prático de um serviço de urgência pediátrica de um Hospital Central da região de Lisboa.

Em 2021 foi publicado pela sociedade de infeciologia pediátrica (SIP) um gráfico de colunas onde se encontra espelhada a evolução da frequência das urgências pediátricas do serviço nacional de saúde (SNS) dividida em regiões. Através deste gráfico podemos comprovar que de 2017 a 2020 existe uma clara diminuição dos casos pediátricos observados nestes serviços, sendo que em 2020 o número de urgências pediátricas diminuiu cerca de 40% face ao ano de 2019 (SIP, 2021). Embora estes números sejam indicativos de uma evolução satisfatória no que diz respeito a saúde da população pediátrica em Portugal, o enfermeiro especialista deve saber atuar em todas as situações que o doente se encontra em situação crítica, podendo ser criança ou adulto.

No decorrer do estágio realizado em contexto de urgência pediátrica foi possível identificar a necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados que são prestados pela equipa de enfermagem. Assumindo como origem desta problemática a falta de experiência profissional da equipa em geral, após ter sido discutido o assunto com a orientadora clínica e restantes elementos da equipa de enfermagem foi estipulado como objetivo do projeto de estágio a partilha de conhecimento em situações de urgência e emergência no doente pediátrico.

Existem duas grandes instituições cujas *guidelines* se encontram em vigor em Portugal: *American Heart Association* e *European Resuscitation Council*. No Centro Hospitalar são seguidas e lecionadas as *guidelines* do Conselho Europeu de Ressuscitação, as mesmas seguidas pelo instituto nacional de emergência médica (INEM), razão pela qual serão as que utilizarei como fundamentação ao longo deste trabalho.

Será apresentada e partilhada com equipa de enfermagem a metodologia ABCDE de abordagem inicial da pessoa em situação crítica, será abordado resumidamente o algoritmo de paragem cardiorrespiratória (PCR) e por último serão apresentados os critérios para a suspensão de manobras de ressuscitação.

2. CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONCEITO

Segundo o Regulamento nº 429/2018, 16 de Julho. Diário da República, 2.ª série - Nº 135 “(...) a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência

(...) de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” A criança em situação crítica, consiste no mesmo conceito aplicado apenas à população pediátrica (até aos 18 anos).

3. AVALIAÇÃO INICIAL DA VÍTIMA PEDIÁTRICA

O enfermeiro da triagem, enquanto primeiro profissional que aborda a criança, utiliza a técnica do triângulo de avaliação pediátrica que permite, através da observação, determinar se se trata de uma pessoa em situação crítica ou não. Consiste em avaliar três elementos, nomeadamente, a aparência geral, o trabalho respiratório e circulação periférica da criança, sem ordem específica.



Figura1- Fonte: Normas de emergência pediátricas (INEM, 2018)

A aparência geral da criança/adolescente é determinada através da mnemónica TICLS - Tónus muscular, Interatividade, Consolabilidade, Olhar (Look) e ainda o Discurso/Choro (Speech). No que toca a avaliação do trabalho respiratório existem três indicadores que devemos procurar como a presença de sons anormais da via aérea- ressonar, voz rouca / abafada, estridor, ferveores, sibilos, pieira e tosse - posicionamento de fungador ou tripé e ainda o uso da musculatura acessória – adejo nasal, tiragem intercostal / subesternal / supraclavicular e ainda o balanceio cefálico nos latentes. A perfusão periférica é averiguada através da observação da pele da criança/ adolescente.

Após determinada a instabilidade da criança / adolescente, devemos proceder à utilização do protocolo ABCDE. Este é a abordagem mais comumente usada em

situações de trauma, tendo surgido pela primeira vez em 1978, integrado no curso de advance trauma life support (ATLS), editado e publicado pelo *American College of Surgeons*. Criado por dois cirurgiões ortopédicos, Dr. James K. Styner e Dr. Paul Collicot, após um acidente de avião que ocorreu em 1976, quando Dr. Styner perdeu a sua esposa e recebeu atendimento médico dez horas após a queda da aeronave revelando a necessidade da elaboração de uma ferramenta que permitisse averiguar e otimizar qualquer condição aguda que ameaça a vida.

Nesta metodologia cada caracter da sigla ABCDE corresponde às características que devemos abordar, específico:

- A- Via aérea (Airway)
- B- Respiração (Breathing)
- C- Circulação
- D- Disfunção Neurológica
- E- Exposição.

4. METODOLOGIA ABCDE

A- Via aérea (VA)

A avaliação da VA cinge-se à permeabilização da mesma, isto é avaliar se existem ruídos respiratórios - estridor, farfalheira, etc.- sugestivos de obstrução da via aérea (OVA), observar a cavidade oral, retirando objetos e aspirando fluídos que participam na OVA, bem como averiguar a presença, ou não, de queda da língua. Nesta fase para garantir melhor permeabilização da VA podemos: recorrer à utilização de adjuvantes da VA – tubo orofaríngeo/nasofaríngeo; e a diferentes técnicas de posicionamento da cabeça- subluxação da mandíbula ou elevação do maxilar superior.

Quando existe suspeita de trauma vertebro medular os posicionamentos da cabeça devem ser realizados, sempre, com estabilização da cervical.

Nas crianças com idade inferior a um ano, a colocação do tubo orofaríngeo deve ser realizada com o auxílio de uma espátula por risco de perfuração do palato duro - pode não se encontrar totalmente encerrado.

B- Respiração

Ao abordar este parâmetro vital considera-se dois aspetos: ventilação - através da frequência respiratória (FR) e as características da mesma - e oxigenação - é determinada por um oxímetro; e ainda pela presença ou não de cianose.

Quando avaliamos a FR em pediatria devemos fazê-lo no mínimo durante trinta segundos, ao contrário dos adultos que podemos avaliar num período de quinze segundos, este fenómeno é importante maioritariamente em lactentes por apresentarem ciclos respiratórios irregulares.

Tabela 1 – Frequência cardíaca por faixa etária.

Idade	FR
Lactente (até 12 meses)	30cpm – 60 cpm
1-3 anos	24cpm-40 cpm
4-5 anos	22cpm-34 cpm
6-12 anos	18cpm-30 cpm
Adolescente (13-18anos)	12-16 cpm

Fonte: Normas de emergência pediátricas. INEM (2018).

Quanto à oxigenoterapia a indicação para a sua administração é transversal à população adulta e pediátrica: a administração de oxigénio (O₂) encontra-se indicada em todos os casos em que a saturação periférica (SpO₂) é igual ou menor que 94%, segundo o *European Resuscitation Council* / INEM (2020).

Em casos em que os doentes se encontram inconscientes, apresentem hemorragias exsanguinantes, choque ou sinais de dificuldade respiratória evidentes é mandatório administrar oxigenoterapia por máscara de alto débito.

C- Circulação

Este item é abordado através da avaliação da frequência cardíaca (FC), presença de pulso central e periféricos bilateralmente - realizada durante trinta segundos tal como a FR. Para obter uma avaliação mais real possível do estado de perfusão da criança devemos ainda avaliar o estado da pele da criança (temperatura e coloração).

Tabela 2 – Frequência cardíaca por faixa etária.

Idade	Frequência Cardíaca
Latente (até 12 meses)	100-160 bpm
1ª Infância (1-3 anos)	90-150 bpm
Pré-escolar (4-5 anos)	80-140 bpm
Idade Escolar (6-12 anos)	70-120 bpm
Adolescentes (13-18 anos)	60-100 bpm

Tabela 2- Fonte: Normas de emergência pediátricas. INEM(2018)

A avaliação do tempo de preenchimento capilar (TPC) encontra-se indicada também neste momento, contudo é importante entender a sua limitação principal: influencia da temperatura ambiente. O TPC deve ser inferior a dois segundos.

A perfusão adequada é otimizada pela técnica de punção de um acesso venoso periférico e da consequente reposição de volémia se assim for necessário, bem como pela realização da compressão direta de um ponto hemorrágico.

Em vítimas com hemorragia exsanguinante este item deve ser avaliado em primeira instância, tornando-se o protocolo de avaliação ABCDE em CABDE.

D- Disfunção Neurológica

Na determinação do estado Neurológico da criança existem cinco aspetos a avaliar: Escala de coma de Glasgow (GCS); Avaliação da Dor; Pupilas; Lateralização da resposta motora; e Glicémia. A utilização da escala de Glasgow, é essencial para a determinação do estado neurológico da criança.

Figura 1- Escala de Coma de Glasgow para crianças com idade superior a 2 anos.

Abertura ocular	Pontuação
Espontânea	4
Ao chamado	3
À dor	2
Nenhuma	1
Melhor resposta verbal	
Orientada	5
Confusa	4
Palavras inapropriadas	3
Sons incompreensíveis	2
Nenhuma	1
Melhor resposta motora	
Obedece aos comandos	6
Localiza estímulo doloroso	5
Retirada do membro à dor	4
Flexão anormal (decorticação)	3
Extensão anormal (descerebração)	2
Nenhuma	1

Fonte: Adaptado de Flintz et al. (2017)

Quanto ao estado das pupilas da criança devemos avaliar tanto o tamanho bilateralmente como a reação à luz de cada pupila, tal como no adulto.

A dor na pediatria pode ser avaliada através de várias escalas: Escala de dor e desconforto do recém-nascido (EDIN), desde que nasce até a um ano; Escala de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC), avaliada do primeiro ao terceiro ano; Escala de Faces, para crianças entre os três anos e os treze; e a escala numérica dos treze aos dezoito anos, conforme a orientação da direção geral de saúde sobre a avaliação da dor nas crianças (DGS, 2010).

É ainda essencial para a determinação do estado neurológico da pessoa e a avaliação da glicémia e a sua correção. A otimização da glicémia é realizada através de fluidoterapia adequada e/ou insulina rápida conforme a necessidade.

E- Exposição

Neste último momento da abordagem inicial o objetivo é através da exposição do corpo da criança identificar e otimizar todas as possíveis lesões.

A avaliação da temperatura acontece neste instante. É fundamental a sua determinação e correção tendo em conta que a superfície corporal das crianças é maior que a sua massa corporal, razão pela qual são mais suscetíveis a alterações de temperatura - principalmente à hipotermia.

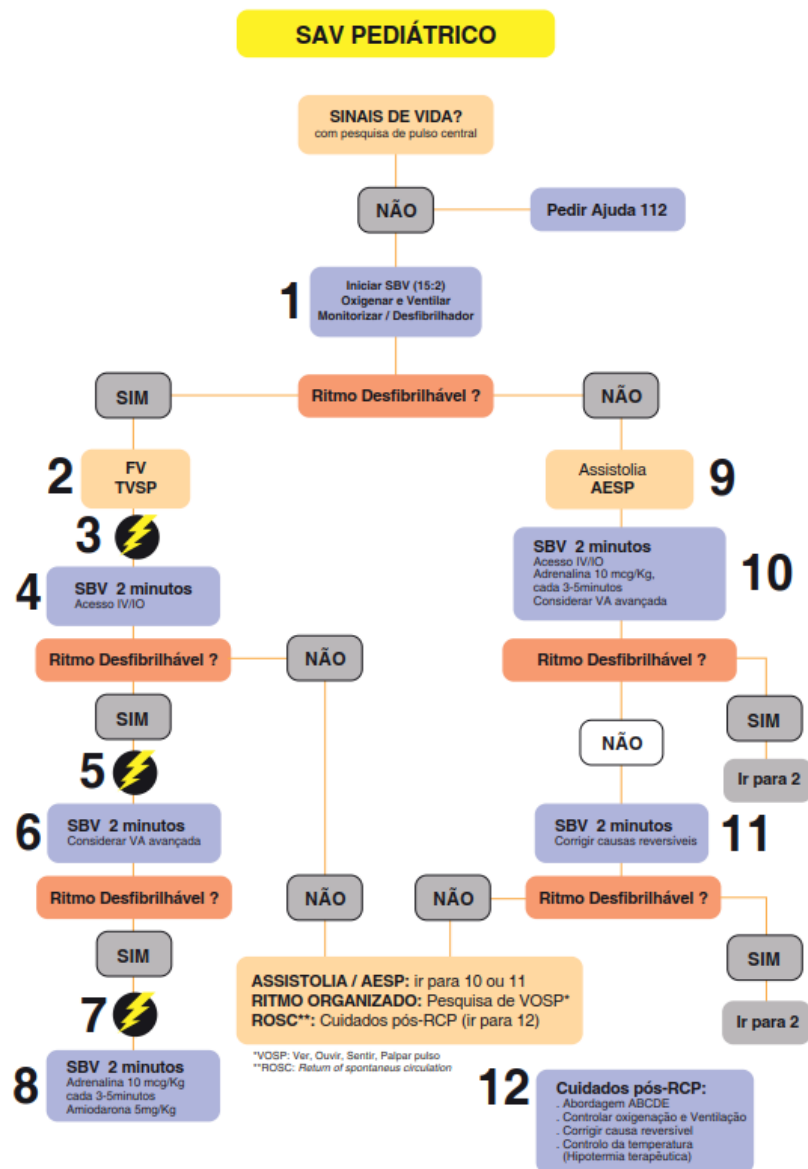
Após a abordagem inicial da criança existe ainda o processo da avaliação secundária, que pode ser consultada na bibliografia.

No entanto, quando em ambiente intra-hospitalar, a pessoa em situação crítica se encontra instável e / ou em peri-paragem, o enfermeiro deve recorrer aos algoritmos de suporte avançado de vida pediátrico. Depois de avaliar o A, B e o C poderemos declarar se a criança se encontra ou não nestas circunstâncias, para a realização deste documento foi escolhida a situação de PCR, para poder esclarecer quando devemos cessar a reanimação do doente.

5. CRIANÇA EM PCR

Tal como no adulto, no algoritmo do INEM (2021) encontram-se contempladas as duas situações de PCR, com ou sem ritmo desfibrilhável. Encontra-se desde 2015 provado que quando se trata de um ritmo desfibrilhável - fibrilhação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TVSP) - o tratamento eficaz passa imediatamente pela administração de um choque. Em contrapartida quando se trata de uma PCR em ritmo não desfibrilhável, a reversão do quadro baseia-se substancialmente na realização e compressões cardíacas eficazes e administração de 2 em 2 min de adrenalina 10mcg/kg, enquanto a criança mantiver o mesmo ritmo de paragem.

Figura 2 – Algoritmo de SAV Pediátrico segundo INEM(2017)



Mais relevante que o que fazer para reverter uma PCR pediátrica em âmbito hospitalar, é importante que o profissional de saúde saiba também quando cessar os esforços de reanimação, principalmente no que diz respeito à população pediátrica. Esta lacuna de conhecimento acaba por ser relevante porque, segundo o relatório estatístico do instituto português de sangue e transplantação publicado em 2021 pelo SNS, existe uma tendência de diminuição do número de doadores e de colheitas e assim um aumento do número de doentes em lista de espera. Assim considere importante expor os critérios de término de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Encontra-se indicada a suspensão de manobras de RCP, segundo o Conselho Europeu de Ressuscitação, quando estão presentes pelo menos dois dos seguintes critérios:

1. PCR não presenciada ou com ritmo não desfibrilhável na primeira avaliação
2. Co-morbilidades significativas e/ou PCR de causa não identificável
3. Dez a vinte minutos de Suporte Avançado de Vida intra-hospitalar sem recuperação de circulação espontânea.

Esta decisão deve ser tomada pela equipa multidisciplinar, não podendo existir um elemento que não se encontra de acordo com a cessação dos esforços de reanimação, porque quando este existe devemos manter as manobras de RCP. Deve ser ainda explicada e discutida com a família da criança. Depois de assumida esta decisão, deve ser avaliada a viabilidade da vítima para doação de órgãos.

6. CONCLUSÃO

A criança em situação crítica, no ambiente intra-hospitalar, deve ser submetida a avaliação inicial, através do método ABCDE e TAP sempre que se tratar de uma vítima de trauma, contudo esta abordagem é igualmente eficaz quando se trata de uma patologia médica, por ser sucinta e muito direcionada.

Faz parte do papel do enfermeiro participar ativamente durante as manobras de RCP que devem ser instituídas em cada vítima e ainda otimizar todos os problemas que se for descobrindo à medida que a avaliação inicial é realizada. O fim da RCP deve ser uma decisão unanime na equipa de reanimação e da família da criança- através da aplicação dos critérios descritos anteriormente.

Tendo em conta o declínio do transplante em Portugal, por diminuição do número de dadores, considero de elevada relevância a equipa de enfermagem ter conhecimento sobre estes critérios para poder aumentar a eficácia do processo de seleção de dadores.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atividade de Doação e Transplantação 2020/2021 (Jan, 2021). IPST. Disponível em: https://www.ipst.pt/files/transplantacao/doacaoetransplantacao/atividadeDoacaoTransplantação2020_jul2021_NivelNacional.pdf
2. Carmont, M, R. (2018). The Advanced Trauma Life Support course: a history of its development and review of related literature. Consultado a 2 de Jan de 2022. <https://pmj.bmj.com/content/81/952/87>
3. DGS (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da DGS n.o 014/2010, de 14 de dezembro. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
4. Medeiros, D. (2020). ABCDE do trauma: história e abordagem prática. Sanar Med. Consultado a 1 de Jan de 2022. <https://www.sanarmed.com/abacde-do-trauma>
5. Valente et al. (2020). Normas, emergências pediátricas e obstétricas (3^a ed.) INEM. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emergências-Pediátricas-e-Obstétricas.pdf>

APÊNDICE II – POSTER ABCDE PEDIÁTRICO

Criança em Situação Crítica: Abordagem Inicial

Elaborado por Enfª Filipa Lisboa Ricardo Marques, Orientado por Enfª Especialista Patricia Correia e Profª Dtrª Rita Marques

Triângulo de Avaliação Pediátrica



O TAP permite determinar se estamos perante uma pessoa em situação crítica ou não.

METODOLOGIA ABCDE

A

Desobstruir a Via Aérea
(Observação da cavidade oral)

- ◆ Aspiração de fluidos
- ◆ Retirar objetos

Adjuvantes de VA

Posicionamento da cabeça



B

Avaliar características da respiração

- ◆ Ruídos Respiratórios.
- ◆ Simetria/Expansibilidade torácica

Avaliar FR

(Durante no mínimo de 30")

Avaliar oxigenação

C

Avaliar presença e características do pulso
(Central e periféricos)

Avaliar FC

TPC e características da pele

Punção venosa periférica e colheita de análises

Idade	FC
Até 12 meses	100-160bpm
1-3 anos	90-150 bpm
4- 5 anos	80-140 bpm
6-12 anos	70-120 bpm
13-18 anos	60-100bpm

D

Avaliar escala de coma de Glasgow

Avaliar lateralização de resposta motora

Avaliar pupilas
(Tamanho e reatividade)

Avaliar dor com escala adequada à idade

Crítérios de cessação de RCP

(presentes pelo menos dois dos seguintes critérios)

- ◆ PCR não presenciada ou com ritmo não desfibrilável na primeira avaliação
- ◆ Co-morbidades significativas para o prognóstico e/ou PCR de causa não identificável
- ◆ 10 a 20min de SAV intra-hospitalar sem recuperação de circulação espontânea

E

Avaliar temperatura

Observar lesões cutâneas

(Através da exposição do corpo da criança)



Idade	FR
Latente (até 12 meses)	30 - 60 cpm
1 a 3 anos	24 - 40 cpm
4 a 5 anos	22 - 34 cpm
6 a 12 anos	18 - 30 cpm
Adolescente (13 a 18 anos)	12 - 16 cpm



APÊNDICE III-MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA DO DOENTE NO BUC

Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA DO DOENTE NO BUC

Docente:

Prof. Doutora Rita Marques

Orientadora Supervisora Clínica:

Enf^ª Especialista

Discente:

Filipa Lisboa Ricardo Marques 192020025

Lisboa, 2021

LISTA DE SIGLAS

NICE- National Institute for Health Care Excellence

AESOP- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ASA- American Society of Anesthesiology

AORN-Association of Peri-Operatory Registered Nurses

HM- Hipotermia Maligna

UCPA-Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A Hipotermia, consiste numa redução da temperatura central abaixo dos trinta e cinco graus centígrados, e divide-se em três graus: ligeira, que vai dos trinta e dois graus aos trinta e cinco graus centígrados; moderada dos vinte oito aos trinta e dois; e severa, quando a temperatura é menor que vinte oito graus centígrados (Campos, 2020).

Quando falamos de Hipotermia podemos ainda tipificar conforme exista ou não intenção e benefício para a pessoa em situação crítica. Existe assim a induzida - em que a equipa multidisciplinar, responsável pelo doente, pretende através da hipotermia atingir algum benefício para a saúde da pessoa, e a acidental - casos em que a baixa temperatura que o doente apresenta não foi intencional e por isso acaba por produzir efeitos nefastos para o estado geral do mesmo (NICE, 2008).

Neste documento irei centrar-me na hipotermia acidental – aquela que não é provocada para obter um melhor resultado de saúde no doente, que é maioritariamente provocada pelo ambiente em que o doente se encontra.

Em contexto de Bloco Operatório, em que o doente se encontra quando é submetido a uma intervenção cirúrgica major ou minor, a temperatura ambiente deve encontrar-se entre os vinte e os vinte e cinco graus centígrados, conforme está preconizado pela Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), o que poderá aumentar o risco do aparecimento da hipotermia acidental na pessoa intervencionada.

Num estudo publicado na revista da sociedade portuguesa de anestesiologia foi definido como objetivo determinar a incidência da Hipotermia Maligna (HM) complicação no pós-Operatório, contou-se que 26% (236 indivíduos) dos doentes admitidos na unidade de cuidados pós-anestésicos apresentam hipotermia na admissão. Foi possível concluir que um quarto dos doentes submetidos a intervenções cirúrgicas apresentam hipotermia consequente, razão pela qual se considera relevante identificar os cuidados que devemos ter na prevenção desta condição (Campos, 2020).

2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA MALIGNA

Segundo o National Institute for Health Care Excellence do Reino Unido (NICE, 2008), as intervenções do enfermeiro devem existir durante os três momentos nos quais se divide o tempo operatório- pré-operatório; intraoperatório e pós-operatório. A AESOP publica em 2017 um livro das práticas recomendadas para bloco operatório em que define o conceito de Hipotermia (temperatura central menor que trinta e seis graus centígrados) e as intervenções de enfermagem associadas, como descreverei em seguida.

2.1- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

O protocolo de atuação publicado pela AESOP (2017), baseado em NICE (2008) destaca seis passos importantes no pré-operatório para a prevenção desta condição:

- o primeiro passo consiste na avaliação do historial do doente, o qual permite identificar fatores de risco como: idade, doenças endócrinas ou do sistema nervoso central (SNC), tempo e tipo de cirurgia ao qual vai ser submetido, a classificação de risco anestésico segundo a sociedade americana de anesthesiologia (entre ASA II e ASA V) - conforme se encontra no anexo I deste documento, a temperatura central prévia inferior a trinta e seis graus centígrados, etc., e alterações cardiovasculares significativas.
- o segundo consiste na avaliação da temperatura corporal até uma hora antes de dar entrada no bloco operatório - o que permite prever uma diminuição da temperatura mais acentuada no período de intraoperatório e maior dificuldade de reaquecimento no período pós-operatório – conhecendo o valor da temperatura central de antemão podemos priorizar a monitorização da temperatura corporal e as medidas de reaquecimento necessária para o doente em questão. NICE (2008) determina ainda quais os melhores locais para obter uma leitura da temperatura mais adequada e aproximada à temperatura central do doente - sendo eles: através de um dreno pulmonar, temperatura esofágica /retal/ sublingual e ainda através de uma sonda vesical.
- o terceiro, quarto e quinto passo considera relevante avaliar – em ambos os protocolos de atuação - o conforto térmico, isto é, possíveis sinais e sintomas de hipotermia, como pele pálida e fria, cianose periférica dos leitos ungueais, tremores, assim como a sensação térmica do doente. É importante explicar ao doente que se sentir frio deve comunicá-lo à

equipa cirúrgica. Sabendo que o desconforto contribui para o estado de ansiedade do doente e conseqüentemente para o estado hemodinâmico do mesmo. Está indicado iniciar o pré-aquecimento trinta minutos antes da entrada na sala de operações e segundo NICE deve ser avaliada a cada hora se não houver alterações significativas, se o doente se encontrar já hipotérmico a monitorização deve ser realizada continuamente durante o período anestésico e intraoperatório.

- o sexto passo explicado no protocolo de atuação, publicado em Portugal em 2017, considera que os doentes que se encontram normotérmicos à entrada da sala de operações, devem ser submetidos ao adequado isolamento térmico do seu organismo assim como devem ser implementadas as medidas passivas de aquecimento (colocação de cobertores e colchas de proteção, aplicação de lençóis pré-aquecidos, etc.,).

2.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO INTRAOPERATÓRIO

O período intraoperatório encontra-se definido por NICE (2008) e pela AESOP (2017), como o período de tempo que decorre desde o fim da indução anestésica até ao encerramento cutâneo da ferida cirúrgica. Encontram-se assim neste período as duas principais causas da ocorrência da hipotermia peri operatória: a exposição do organismo necessária à intervenção cirúrgica e a diminuição da temperatura inerente a indução anestésica de qualquer doente.

Segundo NICE (2008) a temperatura deve ser monitorizada durante o período de Intraoperatório no mínimo de trinta em trinta minutos, enquanto no documento publicado em Portugal pela AESOP (2017), se o doente não apresentar sinais de hipotermia e não for possível a monitorização continua encontra-se recomendada a avaliação da temperatura com intervalos de quinze minutos. No que diz respeito a doentes submetidos a anestesia geral e /ou balanceada a recomendação da AESOP baseia-se na monitorização continua, já nos casos de anestesia loco-regional por alteração da perceção sensorial inerente a este tipo de anestesia, confere-se maior importância a uma avaliação intermitente juntamente com avaliação do conforto térmico do doente, realizada através da escala de conforto térmico, validada em 2015 para a população portuguesa (Martins, 2020).

As indicações para os doentes normotérmicos, acima de trinta e seis graus centígrados, são transversais no período pré e intraoperatório, assim como as recomendações da temperatura da sala de operações são transversais aos três períodos. Já nos doentes que se encontram hipotérmicos à entrada do bloco, devem-se iniciar medidas de aquecimento com manta, assim como meios complementares de aquecimento ativo com soros de infusão/ irrigação aquecidos. A Association of Peri-operative Registered Nurses (AESOP, 2017) recomenda atingir os trinta e sete graus centígrados enquanto a NICE refere que a temperatura ideal durante este período se deve encontrar entre trinta e oito a quarenta graus centígrados.

Após o término da intervenção cirúrgica, começa o período de pós-anestésico / operatório, e nesta fase as principais intervenções são transversais aos três tempos operatórios.

3. CONCLUSÃO

Segundo a NICE ou a ASOP, os profissionais de enfermagem devem utilizar medidas de isolamento térmico nos doentes que se encontram apiréticos e subfebris; utilizar medidas de aquecimento ativo assim que entram na sala de operações; e preferencialmente não prosseguir com cirurgias em que os doentes se encontram hipotérmicos a menos que seja life saving a prontidão da intervenção.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AESOP (2017). Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. Consultado em: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2018/02/Draft>
2. Campos, M., Teles, A. R., Azevedo, B., Cristelo, D., Casimiro, G., Casimiro, G., & Abelha, F. (2020). Hipotermia pós-operatória em doentes idosos. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 29(3), 149–155. <https://doi.org/10.25751/rspa.20170>
3. Martins, A. (2015). Adaptação da escala do conforto térmico para a população portuguesa. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

4. NICE (2008). Hypothermia: prevention and management in adults having surgery. Clinical guideline. Consultado em nice.org.uk/guidance/cg65