



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O FIM DE VIDA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

Por
Carina Duarte Costa

Porto – março, 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O
FIM DE VIDA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**SPECIALIZED CARE TO THE CRITICALLY ILL PERSON: THE END OF
LIFE IN INTENSIVE CARE UNITS**

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

Por
Carina Duarte Costa

Sob a orientação de Prof^a Doutora Irene Oliveira

Porto – março, 2023

Resumo

O presente relatório, elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa, reflete o percurso realizado durante o estágio final no 2º ano do Curso. Este decorreu no Serviço de Medicina Intensiva e na Unidade de Queimados e permitiu a aquisição de competências de mestre e especialista na área à pessoa em situação crítica. Para a sua elaboração foi adotada uma metodologia descritiva crítico reflexiva.

O primeiro estágio, no 1º ano, realizado num Serviço de Urgência Polivalente permitiu a abordagem à pessoa em situação crítica em contextos urgentes e emergentes. Neste foi possível elaborar dois documentos como forma de contributo para a melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente abordagem ao utente com acidente vascular cerebral no serviço de urgência e *check-list* mala do desfibrilhador. Assim, a permanência neste contexto permitiu o início da aquisição de competências na área à pessoa em situação crítica. No 2º ano foi realizado o estágio num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e numa Unidade Monovalente-Unidade de Queimados. Através da permanência em ambos os contextos, verificou-se semelhanças na prestação de cuidados, nomeadamente na abordagem à pessoa em situação crítica, gestão e qualidade dos cuidados de enfermagem e ainda na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Apesar disto, a especificidade inerente a cada contexto proporciona um conhecimento único. Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, foi possível desenvolver o tema dos cuidados em fim de vida numa Unidade de Cuidados Intensivos, através de uma formação. Este é um tema atual e pertinente, pois devido aos avanços da medicina e aumento da esperança média de vida, somos confrontados com utentes com doenças crónicas que agudizaram, mas que não terão uma reversão do motivo de internamento. Assim estamos perante uma necessidade de alteração de paradigma no sentido de paliar em vez de curar, prestando cuidados que garantam qualidade de vida, conforto e bem-estar até aos últimos dias de vida do utente, acompanhando-o e à família na aceitação da morte como um final natural e eminente. Na Unidade de Queimados, a qualidade dos cuidados salienta-se como tema pertinente através da realização de uma formação sobre a manutenção e manipulação do cateter vascular central.

Através da permanência nos contextos de estágio foi possível prestar cuidados diferenciados e especializados ao utente no âmbito da área à pessoa em situação crítica, desenvolver atividades e refletir constantemente acerca das práticas. Isto permitiu a aquisição de competências técnicas, científicas e humanas que consolidaram as competências específicas do enfermeiro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica, necessárias à obtenção do título de mestre e especialista.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doente crítico; Competências; Cuidados em fim de vida; Qualidade dos cuidados

Abstract

This report, prepared as part of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Specialization in Critical Care Nursing, of the Institute of Health Sciences - Porto, Universidade Católica Portuguesa, reflects the path taken during the final internship. This internship took place in the Intensive Care Unit and the Burn Unit, and allowed the acquisition of master's and specialist's competencies in the field of critical care. A descriptive critical and reflective methodology was chosen for the elaboration.

The first internship, conducted in a multipurpose emergency department, allowed to approach the critically ill patient in urgent and emergent situations. It was possible to produce two documents as a contribution to the improvement of care, namely the management of stroke patients in the emergency department and the defibrillator bag checklist. Thus, the stay in this context allowed the beginning of the acquisition of skills in the field of the person in critical condition. In the second year, the internship was carried out in a multivalent intensive care unit and in a Monovalent Unit-Burned Unit. Through the stay in both settings, similarities in nursing care were identified, namely in the approach to critically ill patients, in nursing care management and quality, and in the development of professional learning. Despite this, the specificity inherent in each context provides unique knowledge. In the Polyvalent Intensive Care Unit, it was possible to develop the theme of end-of-life care in a intensive care unit, through training. This is a current and pertinent topic because, due to medical developments and increased life expectancy, we are constantly faced with patients with acute chronic diseases who will not have a reversal of the reason for hospitalization. Thus, there is a need for a paradigm shift towards palliation rather than cure, providing care that ensures quality of life, comfort, and well-being until the last days of the patient's life, accompanying him/her and the family in the acceptance of death as a natural and imminent destiny. In the burnt unit, the quality of care is also a relevant theme through training on the maintenance and handling of the central vascular

By staying in the internship contexts, it was possible to provide differentiated and specialized care to patients in the area of critical care, develop activities, and constantly reflect on the practices. This allowed for the acquisition of technical, scientific, and human skills that consolidated the specific competencies of the master's degree and the specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care, which were necessary to obtain the title of master's and specialist.

Keywords: Medical- Surgical Nursing; Critical patient; Competencies; End- of- life care; Quality of care.

Agradecimentos

Demonstro o meu mais sincero agradecimento:

À Professora Doutora Irene, pela orientação e disponibilidade neste percurso.

A todos os enfermeiros tutores e restantes equipas que pelo meu caminho se cruzaram.

Ao meu Enfermeiro Chefe pela disponibilidade, paciência, compreensão e preocupação.

Ao meu namorado, pela força transmitida, compreensão e todo o companheirismo ao longo
deste percurso.

Aos meus pais e irmã, que me apoiam incondicionalmente, e celebram comigo este
percurso que é a vida.

Aos meus avós, por todos os ensinamentos da vida.

Aos meus amigos e colegas que todos os dias contribuem para o meu crescimento pessoal
e profissional.

A todos os que se cruzaram no meu caminho.

A todos vocês,

Obrigada

Lista de Acrónimos e Siglas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BIS- *Bispectral Index Score*

CVC- Cateter Venoso Central

EEMI- Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IRA- Insuficiência Renal Aguda

PDA- *Personal Digital Assistant*

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RT- Responsável de Turno

SE- Sala de Emergência

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SU- Serviço de Urgência

TSR- Técnica de Substituição Renal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UQ- Unidade de Queimados

Índice

1. Introdução	13
2. A Pessoa em Situação Crítica- A abordagem num Serviço de Urgência.....	17
3. A Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos.....	23
4. Os cuidados em fim de vida numa Unidade de Cuidados Intensivos.....	27
4.1. Prestação de Cuidados Paliativos nas Unidades de Cuidados Intensivos	28
4.2. Barreiras à prestação de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos	29
5. Análise crítico- reflexiva acerca da aquisição de competências.....	33
5.1. Prática clínica baseada na responsabilidade profissional, ética e legal.....	33
5.2. A qualidade dos cuidados especializados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica	36
5.3. Autoconhecimento e aprendizagens profissionais	47
5.4. Prática associada à gestão dos cuidados de enfermagem	51
6. Conclusão	57
7. Referências Bibliográficas.....	63
8. Apêndices.....	67
8.1. Apêndice I- Abordagem ao utente com AVC na Sala de Emergência	69
8.2. Apêndice II- <i>Check- List</i> Mala do desfibrilhador	95
8.3. Apêndice III- Formação- Cuidados Paliativos em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos	99
8.4. Apêndice IV- Formação- Prevenção da Infecção Relacionada com o cateter vascular central	117

1. Introdução

As intervenções de enfermagem prestadas em contexto de unidade de cuidados intensivos são específicas e diferenciadas. Este é um serviço específico e complexo detentor das mais avançadas tecnologias de suporte de vida tais como via aérea, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral e metabólica, técnicas de substituição renal, hepática e membrana de oxigenação extracorpórea, tornando-se assim necessário um nível elevado de conhecimentos técnico-científicos (Rua, 2020). Desde o início da minha permanência numa Unidade de Cuidados Intensivos senti a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos, de modo a colmatar lacunas existentes na prática diária enquanto enfermeira. Assim surgiu a decisão de frequentar o Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde- Porto da Universidade Católica Portuguesa.

O meu percurso académico teve início com Licenciatura em Enfermagem entre 2015 e 2019. Durante a realização dos estágios, proporcionou-se a oportunidade de estagiar numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da zona sul do país, surgindo assim o interesse na área da pessoa em situação crítica. Após a licenciatura, colmatando as necessidades sentidas enquanto profissional, frequentei a pós-graduação em Cuidados Avançados em Feridas, Ostomias e Incontinência na Universidade Católica Portuguesa – Porto, que enriqueceu os meus conhecimentos e competências. Relativamente ao percurso profissional, em 2019 iniciei o meu percurso enquanto enfermeira em contexto de cuidados ao idoso, permanecendo até 2021. Seguidamente, em contexto de pandemia por SARS-COV2, iniciei funções num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente de um centro hospitalar da zona norte do país, onde me mantenho até à presente data.

O enfermeiro especialista é detentor de competências científicas, técnicas e humanas para prestação de cuidados de enfermagem especializados, divididos em quatro domínios: (i) Responsabilidade profissional, ética e legal; (ii) Melhoria contínua da qualidade; (iii) Gestão dos cuidados e (iv) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A cada domínio são correspondentes determinadas competências que terão de ser adquiridas ao longo do processo de aprendizagem decorrente da aquisição do título de especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área à pessoa em situação crítica estão descritas no Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros,

sendo estes os seguintes: “(i) Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; (ii) Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; (iii) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19359).

A fim de alcançar as competências supramencionadas está preconizada a realização de uma unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, correspondente ao 3º semestre do curso e que tem a duração de 840 horas, 360 horas de estágio, 20 horas de seminário, 20 horas de orientação tutorial e 440 horas de trabalho autónomo, perfazendo 30 *European Credit Transfer System*, e na qual este relatório se insere. O estágio está dividido em dois contextos, o primeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) (de 5 de setembro a 26 de outubro de 2022) e o segundo numa Unidade Monovalente- Unidade de Queimados (UQ) (de 27 de outubro de 2022 a 13 de janeiro de 2023). A escolha relativamente à UQ prendeu-se com um gosto pessoal pela área das feridas aliada à pessoa em situação crítica e ainda com a necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos relativamente à área, no sentido de poder ser um facilitador de conhecimento no meu serviço.

De modo a consolidar as competências adquiridas nos contextos de estágio surge o presente relatório, “Cuidados Especializados à Pessoa em Situação Crítica: o fim de vida numa unidade de cuidados intensivos”, como um culminar de todo o trabalho desenvolvido. Este relatório, utilizando uma metodologia descritiva crítico reflexiva, contempla a aprendizagem desenvolvida no primeiro estágio no Serviço de Urgência (SU) (2º semestre do 1º ano do mestrado), uma vez que foi determinante para a aquisição de competências no 2º ano, aborda a permanência na UCIP e na UQ, demonstrando as diferenças e semelhanças que se encontram, ressalva os objetivos de estágio que foram alcançados e enaltece as competências adquiridas.

A temática “Cuidados em fim de vida nas Unidades de Cuidados Intensivos” surge como pilar fundamental devido a ser um tema atual de grande relevância para a prática clínica que despertou em mim inquietude. Ao longo do meu percurso, indo de encontro à bibliografia, verifiquei que o paradigma da morte tem vindo a mudar, através do aumento da esperança média de vida. Isto evidencia-se nas Unidades de Cuidados Intensivos através da permanência de utentes com agudizações de doenças crónicas, com impossibilidade de reversão de causa internamento, o que vai implicar uma

mudança do paradigma de curar para paliar. O principal foco do cuidado, apesar de todas as barreiras identificadas, centraliza-se em cuidados que proporcionem conforto e dignidade à pessoa (Freixo et al., 2020).

Com a elaboração deste trabalho pretendo contextualizar os ambientes nos quais foram desenvolvidos os estágios, realizar enquadramento teórico relativo às temáticas abordadas, descrever atividades realizadas para a consecução dos objetivos de estágio previamente definidos e, por fim, refletir acerca das competências do enfermeiro especialista. Tendo em conta o referido, o relatório assenta em três pilares importantes, tais como, as competências do enfermeiro mestre em Enfermagem e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, o fim de vida numa unidade de cuidados intensivos, e a prevenção e controlo de infeção como um indicador de qualidade dos cuidados.

Deste modo, o trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo, explica os contributos elaborados e as competências adquiridas na área à pessoa em situação crítica, no primeiro estágio realizado no 1º ano do mestrado num Serviço de Urgência Polivalente da região norte do país. O segundo capítulo, implica uma descrição reflexiva acerca do doente crítico em ambos os contextos de estágio, aborda as suas similaridades e diferenças estruturais, assistenciais e metodológicas. O terceiro capítulo, reflete acerca dos cuidados em fim de vida numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde são abordados conceitos tais como cuidados paliativos, intervenções a prestar em contexto de cuidados intensivos e barreiras sentidas. Finalmente o quarto capítulo, apresenta a Análise- crítico reflexiva acerca da aquisição de competências, encontrando-se dividido em subcapítulos elaborados tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista.

2. A Pessoa em Situação Crítica- A abordagem num Serviço de Urgência

Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares onde colaboram diversos profissionais de saúde e que têm como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde em todas as situações que estejam integradas nas definições de situação urgente e emergente (Machado, 2021). Neste sentido, Enfermagem de urgência consiste na prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções, sendo por isto considerada pluridimensional, visto que implica, o conhecimento de vários sistemas do organismo. Devido ao referido, surge a necessidade de prestação de cuidados mais diferenciados, atendendo à especificidade dos procedimentos, dos cuidados prestados, da gravidade, assim como, da tipologia de doentes (MacPhail, 2011).

No decorrer do primeiro ano, segundo semestre do Mestrado em Enfermagem, foi realizado o primeiro estágio relativo à unidade curricular – “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”, num SU de um centro hospitalar da zona norte do país. Através da permanência no mesmo e sendo este um serviço de urgência polivalente, ou seja, com a melhor capacidade de resposta às mais diversas situações urgentes e emergentes (Ministério da Saúde, 2014), foi possível iniciar a aquisição de competências na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica com vista à aquisição do título de mestre e especialista.

O decorrer do estágio foi norteado por objetivos específicos, elaborados tendo por base as competências comuns às diversas especialidades preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Crítica:

- (i) Conhecer e integrar as dinâmicas funcionais do serviço;
- (ii) Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família;
- (iii) Compreender o papel do enfermeiro coordenador de turno;
- (iv) Compreender a gestão dos recursos materiais e humanos do SU;
- (v) Identificar prioridades de intervenção relacionadas com a qualidade dos cuidados e controlo de infeção.

Em Portugal desde o ano 2000 foi adotado o Sistema de Triagem de Manchester, que tem como principal objetivo priorizar de acordo com a gravidade clínica, indicando

assim a prioridade com que a pessoa vai ser atendida. Atualmente existem 52 fluxogramas que irão classificar o utente numa das 5 categorias disponíveis, identificadas segundo número, nome, cor e tempo alvo até à primeira observação médica (Direção-Geral da Saúde, 2018). Neste sentido, o SU está dividido fisicamente em áreas específicas adequadas às prioridades de cuidados, tendo gabinetes de triagem, salas de espera para prioridade verde e azul, área amarela, área laranja, área cirúrgica para as diversas especialidades das diversas prioridades, e sala de emergência (SE).

Tendo em conta o referido, ao longo do estágio foi possível perceber a dinâmica funcional do mesmo através da permanência nas diversas áreas de priorização, onde foi possível prestar cuidados atendendo aos princípios éticos, legais e deontológicos no seio da equipa multidisciplinar, prestando cuidados diferenciados e especializados à pessoa em situação crítica e família, respeitando sempre os direitos humanos e a responsabilização profissional. Com isto, o estágio foi direcionado em grande parte à atuação na sala de emergência, onde a tipologia de doentes é a pessoa em situação crítica, com necessidade de resposta imediata.

A sala de emergência deve ser um local preparado para a admissão de toda a tipologia de doentes, onde haja concentração de recursos materiais e humanos para as situações em causa. Este é um local que está à responsabilidade da equipa de reanimação e que está centralizado no SU de modo a facilitar tanto o acesso ao exterior como aos restantes serviços (Machado, 2021). Durante a permanência na SE foi possível prestar cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe nomeadamente à pessoa com politrauma, à pessoa com necessidade de algoritmo Via Verde (AVC, coronária, trauma, sépsis e COVID) à pessoa com intoxicação, dispneia, choque anafilático entre outros, tendo tido por diversas vezes a oportunidade de ter as boxes todas ocupadas em simultâneo.

O sucesso das intervenções na SE está associado a uma avaliação sistematizada e bem estruturada, em que cada elemento da equipa tem objetivos e funções bem definidas. O doente crítico requer por isto, uma abordagem por prioridades, realizada passo a passo. A metodologia utilizada é ABCDE (A- *Airway*; B- *Breathing*; C- *Circulation*; D- *Disability*; E- *Exposure*), que bem realizada e associada a ações bem coordenadas, levam ao sucesso. Neste seguimento, importa salientar o papel dos protocolos de atuação implementados que se devem seguir, e a formação contínua hospitalar (Costa, 2021).

A grande maioria de utentes aos quais prestei cuidados em contexto de SE, foram utentes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou seja, com suspeita de

interrupção da irrigação cerebral, pela rotura de um vaso sanguíneo (AVC hemorrágico) ou pela sua oclusão (AVC isquémico), comprometendo o normal funcionamento e aporte de glicose e oxigénio às células cerebrais, causando assim danos que podem ser irreversíveis. Em Portugal, o AVC representa a principal causa de morte, tendo representado nos últimos dados recolhidos a nível continental, 6432 óbitos em 2015 (Pereira, 2021 e Direção-Geral da Saúde, 2017d).

O Acidente Vascular Cerebral é definido como um dano cerebral que gera uma súbita alteração neurológica com características focais ou difusas e duração superior a 24 horas (Szymanski et al., 2021), ocorre de forma súbita podendo ser incapacitante ou até mesmo mortal, no entanto, é tratável na fase aguda, reduzindo deste modo a taxa de mortalidade e de incapacidade quanto mais precoce for a deteção, avaliação, diagnóstico e tratamento. Assim, de modo a permitir que o indivíduo com suspeita de AVC tenha a possibilidade de tratamento mais precoce surge a implementação da Via Verde AVC no Sistema de Triagem de Manchester, permitindo o reconhecimento dos sinais e sintomas sugestivos de AVC e encaminhamento precoce (Pereira, 2021).

A Via Verde AVC consiste numa forma organizada de cuidados no SU que permite que o indivíduo com quadro de sintomatologia compatível com Acidente Vascular Cerebral, seja encaminhado para a realização de exames complementares de diagnóstico com maior prontidão, de modo a excluir ou confirmar o diagnóstico e sucessivo tratamento (Pereira, 2021 e Direção-Geral da Saúde, 2017c). Assim, torna-se fulcral a existência de um protocolo de atuação Via Verde AVC, que suporte a atuação da equipa multidisciplinar. Durante o estágio foi possível verificar a existência do mesmo, no entanto, com necessidade de atualizações. Deste modo, foi elaborado e proposto um protocolo atualizado (Apêndice I), tendo em vista, a uniformização de intervenções, à luz da mais recente evidência científica e que permitiu promover uma melhoria contínua dos cuidados a serem prestados, bem como a partilha de conhecimentos.

Ainda relacionado com a atuação na sala de emergência, onde os cuidados diferenciados assumem um papel de grande relevância, também o risco surge, quer pela diversidade de profissionais e tecnologias, quer pela afluência elevada de utentes em contextos de adversidade, tendo em conta isto, torna-se fulcral o manuseamento adequado dos materiais (Esteves, 2021). Perante o referido, verificou-se a necessidade de elaboração de uma instrução de trabalho direcionada à verificação da mala de desfibrilhador, bem como a verificação e inspeção de funcionamento. Assim foi elaborado um documento denominado *Check List- Mala do desfibrilhador* (Apêndice

II), de modo a uniformizar a atuação, garantindo a funcionalidade da disposição de material na mala e a adequada testagem do desfibrilhador, promovendo um ambiente seguro para o utente.

No que concerne ao controlo de infeção, os enfermeiros têm o dever de incorporar medidas de prevenção e controlo de infeção em todas as suas intervenções garantido assim a segurança do utente e a sua própria segurança. Atualmente todos os hospitais dispõem de comissões de controlo de infeção focadas no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tendo estas um papel fundamental no âmbito da prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (Direção-Geral da Saúde, 2013). Com isto, durante o estágio foi possível contribuir para as boas práticas associadas ao controlo de infeção, nomeadamente em relação à reorganização do SU e respetivos circuitos de utentes em pico de pandemia por SARS-COV 2, bem como o reforço de utilização de luvas esterilizadas aquando de colheitas de hemoculturas e sugestão de criação de kits de colheita de hemoculturas, de modo a facilitar o procedimento de enfermagem.

Relativamente à competência relacionada com a gestão dos cuidados de enfermagem, importa referir que o serviço de urgência é dinâmico e a competência funcional do mesmo depende da interação entre equipas. Neste contexto a liderança ganha destaque, pois é a partir desta que se consegue obter uma sintonia aquando do trabalho em equipa em contexto clínico. A liderança é caracterizada pela influência constante da equipa para a melhoria dos cuidados prestados, assim o enfermeiro coordenador como um bom líder de equipa terá de ser capaz de criar empatia, confiança e ambientes de trabalho tranquilos, onde seja possível promover a qualidade dos cuidados, segurança do utente e excelência de atendimento (Silva, et al., 2014). Para além disto, ressalvo ainda a importância de gestão da prestação de cuidados pelo enfermeiro através da priorização de cuidados e atuação em situações de emergência.

Através da permanência neste contexto de estágio consegui integrar as dinâmicas funcionais do serviço, através da integração na equipa multidisciplinar e da atuação nas diferentes valências do SU, assim, foi possível prestar cuidados diferenciados e especializados à pessoa em situação crítica atendendo a todas as particularidades. Acrescento que foi possível adquirir competências na área da gestão de recursos humanos e materiais, bem como gestão de prioridades quando em ambientes pouco controlados e adversos, nomeadamente e em pico de afluência de utentes, em contexto de pandemia por SARS-COV2 equiparado em muitos momentos a um cenário de catástrofe. Por fim, desenvolvi ainda competências de aprendizagem aquando da

elaboração e partilha dos documentos supram mencionados com a equipa multidisciplinar, bem como, partilha, em momentos informais, de pesquisa e conhecimentos adquiridos.

3. A Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados

Intensivos

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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362). Por sua vez, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica prendem-se com a prestação de cuidados diferenciados à pessoa cuja função/funções se encontram em risco imediato. Deste modo irá ser possível atender às necessidades da pessoa através da garantia das funções básicas da vida, prevenção de complicações e incapacidades, tendo como objetivo principal a recuperação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A área da medicina intensiva é multidisciplinar e diferenciada, abordando prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave, no entanto, potencialmente reversíveis em utentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais em iminência de acontecer ou já estabelecidas. Devido a isto, a atividade dos profissionais que desempenham funções nas unidades de medicina intensiva, não se limita, às “quatro paredes” do serviço, pois os mesmos desempenham funções nas salas de emergência e na emergência interna hospitalar, prestando cuidados precoces a todos os utentes agudos do hospital. Tendo em conta o referido, defende-se que os serviços de medicina intensiva devem ser responsáveis pelo doente crítico onde o mesmo se encontre, desde Serviço de Urgências, Unidades de Medicina Intensivas, Unidades de Cuidados Intermédios até aos Serviços de Internamento (Rua, 2020 e Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As unidades de medicina intensiva podem ser classificadas em duas tipologias. Unidades monovalentes quando mais de 90% dos internamentos se referem a uma única especialidade, quer seja esta médica ou cirúrgica, ou polivalentes quando os internamentos são de diversos tipos de patologias com características distintas e com necessidades de vários tipos de tratamentos. Relativamente à estrutura física, as unidades podem ser abertas, ou seja, em espaço amplo com várias unidades individuais, fechadas com quartos individuais, ou mistas com ambos os tipos de espaços referidos anteriormente (Ministério da Saúde, 2013).

No âmbito da unidade curricular “Estágio e relatório final” foram cumpridos dois períodos de estágio, o primeiro num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos Monovalente, em Unidade de Queimados. Em ambos os contextos de estágio, foi possível prestar cuidados de

Enfermagem especializados na sua maioria de nível III, ou seja, onde é prestada uma assistência médica intensiva 24 horas, com possibilidade de acesso a meios de diagnóstico complementares e terapêuticas necessárias, devendo estes atender a medidas de controlo de qualidade e programas de ensino e treino (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Na Unidade de Queimados, foi ainda possível prestar com mais frequência cuidados de nível II, sendo que estes são caracterizados por deter capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais, podendo ou não proporcionar acesso a meios complementares de diagnóstico e médicos de diferentes especialidades, assegurando articulação com cuidados de nível superior. Excecionalmente, foram ainda prestados cuidados de nível I, não havendo por isto necessidade de monitorização invasiva, no entanto, pressupondo sempre que se assegurem manobras de reanimação e suporte de vida, articulando com níveis superiores de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Estruturalmente o Serviço de Medicina Intensiva devido à pandemia por SARS-COV2 aumentou a sua capacidade assistencial para 21 camas de cuidados nível III e nível II, no entanto, após decréscimo dos níveis de casos de pandemia, apenas se encontravam abertas 14 camas divididas em dois espaços físicos. No primeiro espaço físico a unidade dispõe de 5 unidades em espaço aberto e 3 quartos de isolamento, já no segundo espaço físico pode-se encontrar 13 quartos de isolamento, dos quais apenas 6 ocupados na altura. Assim, a unidade é classificada como sendo uma unidade mista, em que dispõe tanto de espaços fechados como de espaços abertos amplos (Ministério da Saúde, 2013). A unidade encontra-se localizada de forma estratégica no hospital, dispondo de rápido acesso ao Bloco Operatório, locais de exames complementares de diagnóstico e serviço de urgência.

A nível assistencial os rácios enfermeiro/utente recomendados de 1/1 em cuidados nível III e 1/2 em cuidados nível II (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), são maioritariamente cumpridos, uma vez que a unidade apresenta uma alta diferenciação de cuidados e conseqüente necessidade de enfermeiros familiarizados com abordagem da via aérea, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica, cerebral e metabólica, técnicas de substituição renal e hepática, entre outros procedimentos e intervenções de enfermagem (Rua, 2020). Importa referir que as patologias com predomínio nos doentes internados no serviço de medicina intensiva são de foro médico e cirúrgico, mais especificamente cirurgia abdominal.

A metodologia de trabalho utilizada consiste na atribuição de utentes por

enfermeiro de acordo com a carga de trabalho e número de utentes, existindo no início do turno um *briefing* para toda a equipa de enfermagem e uma passagem de turno individualizada, tendo por base, a técnica ISBAR. Ao enfermeiro responsável pelo utente cabe-lhe gerir os cuidados a serem prestados, desde os cuidados de higiene ao procedimento invasivo mais diferenciado, atendendo sempre à humanização e individualização do utente. Neste sentido, torna-se relevante referir as visitas como ponto fundamental para a recuperação do utente, estas são de horário livre o que facilita a permanência com o utente que se encontra num momento mais frágil.

A designação de Unidade de Queimados apenas será atribuída ao serviço que disponibilizar quartos de isolamento com acesso a tratamento de cuidados intensivos, nomeadamente monitorização invasiva e apoio ventilatório e ainda de bloco operatório e sala de tratamento de pensos/balneoterapia para exclusivo tratamento do utente queimado (Marques et al., 2019). Com isto, estruturalmente, a UQ dispõe de 8 quartos de isolamento, 6 destinados ao utente queimado e 2 destinados a utentes com agravamento do estado de saúde e conseqüente necessidade de cuidados nível II ou III, bloco operatório e sala de balneoterapia.

Relativamente ao nível assistencial há um esforço acrescido em cumprir as recomendações da ordem dos enfermeiros face aos rácios enfermeiro/utente, devido à especificidade inerente a um doente queimado, quer seja pela complexidade das lesões, quer seja pela necessidade de cuidados intensivos, ou até mesmo pela necessidade de cuidados multidisciplinares, de entre os quais se destaca a necessidade de ida ao bloco operatório ou balneoterapia. Nestas situações a equipa de enfermagem é adaptada e responde às necessidades apresentadas (Lopes, 2020).

A metodologia de trabalho utilizada consiste na atribuição de doentes pelos enfermeiros disponíveis no turno e, à semelhança do contexto de estágio anterior, é utilizada a metodologia ISBAR. De ressaltar a responsabilização do enfermeiro pelos seus utentes atribuídos, mas nunca esquecendo a necessidade de trabalho em equipa tendo em conta a complexidade do doente queimado, quer seja a nível físico quer psicológico. Neste contexto salienta-se a importância da participação da família que devido às restrições impostas pela pandemia por SARS-COV2 ainda não podia entrar nos quartos dos seus entes queridos, deste modo, as visitas ocorriam através da janela do quarto por telefone, nunca havendo contacto físico.

Durante a permanência no SMI foi notória a componente formativa da equipa multidisciplinar que mantém atualizadas, à luz da mais recente evidência científica, as suas normas de atuação e conhecimentos, este facto aliado ao interesse pela área dos

cuidados em fim de vida na área à pessoa em situação crítica originou a oportunidade de realizar uma formação neste âmbito, integrada no grupo de trabalho relativo à prática baseada na evidência. Por outro lado, e aquando da permanência na UQ, foi possível acompanhar a enfermeira tutora a integrar as reuniões do grupo destinadas ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, o que proporcionou a realização de uma formação envolta na temática do controlo de infeção, nomeadamente relacionada com o Cateter Vascular Central, manuseamento e manutenção. Ambos os contributos mencionados serão abordados mais adiante.

4. Os cuidados em fim de vida numa Unidade de Cuidados Intensivos

As Unidades de Cuidados Intensivos foram designadas para o tratamento de utentes com foco de intervenção em lesões ou doenças agudas com perspetiva de reversão total do motivo de internamento. Apesar disto, nos últimos anos, devido ao aumento da esperança média de vida, e conseqüentemente, ao aumento das doenças crónicas, à inovação tecnológica e à medicalização dos cuidados de saúde, tem-se verificado o prolongar a vida e o encaminhar do fim da mesma a uma cama de hospital. Deste modo, grande parte dos internamentos nas Unidades de Cuidados Intensivos passam a ser devido a agudizações de doenças crónicas (Freixo et al., 2020 e Ganz et al., 2020).

As equipas multidisciplinares das UCI, perante utentes em que a causa do internamento não é passível de ser revertida têm que alterar o seu paradigma de atuação. A prestação de cuidados que anteriormente apenas se focava na cura da doença e no prolongar da vida, passa a manter o seu foco na garantia da qualidade de vida, ou seja, o paradigma altera de curar para paliar. Deste modo, paliar prende-se maioritariamente com a prestação de cuidados abrangentes a utentes com doenças graves e complexas que limitem a vida ou a coloquem em risco (Freixo et al., 2020 e Kurnia et al., 2020).

Assim, discutir cuidados paliativos e questões relativas ao fim de vida é complexo pois a sociedade não está preparada para encarar a finitude da vida como um processo natural. Concomitantemente, acredita-se que as equipas multidisciplinares das Unidades de Cuidados Intensivos não se encontram preparadas para aceitar a morte, encarando-a como uma falha e identificando diversas barreiras associadas aquando da prestação de cuidados. Apesar disto, sabe-se que o papel da enfermagem é crucial no processo de aceitação do utente e família, perante um desígnio de fim de vida natural e iminente, bem como na prestação de cuidados humanizados que asseguram a qualidade de vida do utente e aliviam o sofrimento (Freixo et al., 2020 e Ribeiro e Silva, 2022).

4.1. Prestação de Cuidados Paliativos nas Unidades de Cuidados Intensivos

Ao longo dos anos, a morte por doenças agudas, tem vindo a ser ultrapassada através dos avanços significativos da medicina, e com isto, também a longevidade e a esperança média de vida aumentaram. Em consequência, surgiu o aumento da prevalência de doenças crónicas que contribuem para que a morte aconteça anos após as mesmas terem surgido, quando já houve uma progressiva evolução e estas se encontram em fases mais avançadas. Apesar do aumento da esperança média de vida, não se consegue verificar que a morte seja melhor, pelo contrário, a medicalização e a necessidade de cura faz com que a morte seja encarada como uma derrota e transformada em tema tabu para a sociedade (Neto, 2016 e Freixo et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde (2019) define Cuidados Paliativos como uma abordagem de tratamento que tenta manter a qualidade de vida daqueles que possuem a doença que ameaça a vida e inclui conceitos como, gestão de sintomas e dor, envelhecimento humano e cuidados em fim de vida (World Health Organization, 2019). Effendy et al (2022) por sua vez, definem Cuidados Paliativos como uma abordagem multidisciplinar a utentes com doenças graves e complexas sem possibilidade curativa, tais como, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares obstrutivas crónicas, insuficiência renal, doença oncológica, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), doenças degenerativas entre outras. Tendo estes como objetivo a otimização de qualidade de vida através da prevenção e controlo de sintomas e diminuição dos tempos de permanência em internamentos hospitalares (Effendy et al., 2022 e Ridley et al., 2019).

Prestar cuidados em fim de vida, implica a centralização na pessoa como ser holístico, entendido como um ser único, detentor de direito à informação e autonomia relativamente às escolhas relacionadas com o seu estado de saúde. Segundo Sapeta e Lopes (2007) nesta fase as ações devem ser focalizadas nos desejos do indivíduo e família, privilegiando o conforto e bem-estar, alívio de sofrimento físico, psicológico e espiritual, não havendo uma intencionalidade terapêutica de cura, mas sim de promoção de dignidade e aceitação do processo de morte. Ribeiro e Silva (2022) corroboram o referido e acrescentam que devem ser asseguradas as necessidades humanas básicas, tais como, alimentação, hidratação, higiene, conforto, alívio e redução de dor física e emocional como sinónimo de garantia de qualidade de vida nos últimos dias (Sapeta & Lopes, 2007 e Ribeiro & Silva, 2022).

Culturalmente, a prática das equipas multidisciplinares nas Unidades de Cuidados Intensivos é guiada pelo prolongar da vida, estando o foco no salvar e curar. Apesar disto, um utente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos, cuja causa de internamento não possa ser revertida ou que possua doenças crónicas prévias, vai necessitar exatamente do oposto, ou seja, promoção da dignidade, conforto e qualidade de vida perante o assumir de um desfecho inevitável. Effendy et al. (2022) vão mais além e referem que utentes com falência multiorgânica, cancro em estadio IV, internamentos prolongados, ou seja, mais de 10 dias em Unidade de Cuidados Intensivos, hemorragias cerebrais com necessidade de ventilação mecânica invasiva e pós paragem cardíaca, são critérios para prestação de cuidados paliativos (Effendy et al., 2022, Ke et al., 2019 e Freixo et al., 2020).

4.2. Barreiras à prestação de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos

Ao longo dos anos têm vindo a ser identificadas barreiras na prestação de cuidados em fim de vida nas unidades de cuidados intensivos, que vão desde barreiras sociais, culturais e religiosas, a barreiras familiares ou nas equipas multidisciplinares. Estas vão implicar que haja uma prestação de cuidados pouco focalizada nas necessidades do doente, que vão desde o domínio físico, através do alívio de dor e tratamento de sintomas, ao domínio emocional, com alívio de carga emocional e individualização na promoção de dignidade, acrescentando ainda o domínio social, através do fortalecimento de relações interpessoais, e domínio espiritual (Effendy et al., 2022, Freixo et al., 2020 e Ganz et al., 2020).

Relativamente às barreiras familiares, a maior parte das vezes, estas apresentam expectativas irreais acerca do estado de saúde do seu ente querido, que associado à iliteracia em saúde através da não compreensão da informação transmitida pela equipa multidisciplinar, vai limitar a prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde. Estes perante uma família com dificuldades no processo de aceitação vão ter obstáculos aquando da implementação de intervenções, tendo por base os princípios dos cuidados paliativos, o que pode levar a que haja um investimento mais agressivo e sem benefício para o utente (Effendy et al., 2022 e Freixo et al., 2020).

Apesar disto, a família é parte central dos cuidados paliativos. O fim de vida é um período que implica stress, ansiedade e depressão face ao processo que estão a vivenciar junto do seu familiar e, muitas das vezes, as instituições não adotam medidas

institucionais que sejam favoráveis à prestação de cuidados paliativos, nomeadamente flexibilidade de horários de visitas e estruturas físicas que garantam a permanência da família, resguardada e com privacidade. Perante isto, a equipa multidisciplinar deverá atender e tentar suprir as necessidades da mesma, através de apoio para as decisões e para a compreensão do prognóstico do familiar, opções de tratamento e intervenções a assumir pela equipa. A comunicação será assumida como principal forma de ultrapassar as barreiras impostas, sendo que esta deverá ser clara, inequívoca, honesta e em linguagem adequada ao nível de literacia (Effendy et al., 2022 e Freixo et al., 2020).

Relativamente às barreiras associadas às equipas multidisciplinares, Effendy et al. (2022) apresentam as diferentes abordagens da equipa médica e da equipa de enfermagem como uma das principais limitações, pois o médico focaliza o seu cuidado na doença ou disfunção presente e o enfermeiro no utente como um ser holístico. Deste modo, muitas das vezes a equipa de enfermagem não tem conhecimento do plano terapêutico do utente, estando a fazer intervenções sem saber a finalidade das mesmas. Freixo et al. (2020) acrescenta que, a não concordância nas decisões entre enfermeiros e médicos se apresenta como uma limitação e vai mais longe, referindo que o enfermeiro deve ser tido em conta no processo de tomada de decisão, visto necessitar de informações relativas ao prognóstico e curso da doença para a melhor prestação de cuidados (Effendy et al., 2022 e Freixo et al., 2020).

Indo de encontro ao referido anteriormente, Ganz et al. (2020), através do seu estudo, identificaram como barreiras associadas aos serviços de saúde, mais especificamente associadas às equipas multidisciplinares das Unidades de Cuidados Intensivos, a ausência de políticas corretas de atuação, a ausência de equipas de suporte e de parcerias médico-enfermeiro, que como consequência implica que os enfermeiros sejam meros executores de decisões. Para além disto, verificou-se que os profissionais enfrentam barreiras associadas ao desconforto perante a morte, e ainda perante o instituir de intervenções fúteis e desnecessárias perante o prognóstico do utente, gerando momentos de grande stress para as equipas multidisciplinares (Ganz et al., 2020).

Por fim, e estando as Unidades de Cuidados Intensivos perante esta dicotomia entre curar e paliar ressalva-se que as barreiras são difíceis de ultrapassar. O enfermeiro tem um papel fundamental neste sentido pois é capaz de avaliar as necessidades de implementação de cuidados em fim de vida, mediar a comunicação entre equipa multidisciplinar e família e acima de tudo suportar a família e utente. Apesar disto, um longo caminho terá de ser percorrido no sentido de integrar Cuidados Paliativos nas Unidades de Cuidados intensivos, que dignifiquem a pessoa até ao seu último suspiro e

sabe-se que este passará em grande parte pela capacitação dos elementos das equipas multidisciplinares das Unidade de Cuidados Intensivos (Ganz et al.,2020 e Effendy et al., 2022).

5. Análise crítico- reflexiva acerca da aquisição de competências

O Enfermeiro Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deve ser detentor de competências comuns às diversas especialidades, bem como, de competências específicas inerentes à área, supramencionadas anteriormente, que são adquiridas através da permanência nos contextos de estágio, através do desenvolvimento de objetivos gerais e específicos e respetivas atividades programadas. A realização do estágio no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e na Unidade de Queimados permitiu assim, consolidar competências previamente adquiridas no Serviço de Urgência e adquirir novas. Deste modo, no presente capítulo poderá encontrar-se uma análise descritiva, crítica e reflexiva acerca dos objetivos definidos e respetivas atividades desenvolvidas.

5.1. Prática clínica baseada na responsabilidade profissional, ética e legal

Em todos os contextos de prática clínica, diariamente os enfermeiros são confrontados com decisões profissionais, éticas e legais que requerem de quem toma essas decisões conhecimento acerca do Código Deontológico, sensibilidade moral, saber ético, experiência de vida e comprometimento pessoal no sentido de fazer o que se considera ser o mais certo (Vieira, 2017). Com isto, foi elaborado o objetivo geral de estágio “desenvolver uma prática profissional, ética e legal adequada à assistência à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”, sendo que no seguimento do mesmo foi elaborado o objetivo específico, “prestar cuidados com base nos princípios éticos, legais e deontológicos”.

A Lei de Bases de Saúde, como lei mais importante no setor da saúde defende o direito à proteção da saúde e menciona os direitos e os deveres das pessoas. Deste modo, todas as pessoas têm direito à proteção da saúde tendo por base princípios de igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade, acrescentando ainda o direito à informação sobre a sua condição de saúde de forma adequada, objetiva, completa e inteligível e o direito a decidir de forma livre e esclarecida sobre os cuidados a serem prestados. Paralelamente a isto, surge também a necessidade de referir o Código Deontológico (Assembleia da República, 2015).

Código Deontológico de Enfermagem é um conjunto de deveres profissionais cujos enfermeiros se comprometem a cumprir, referindo-se muito especificamente a determinados pormenores do agir (Vieira, 2017). De acordo com isto, os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com conhecimentos científicos e técnicos, respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem-estar. Importa ainda referir, que todas as ações deverão estar sujeitas aos valores universais sendo estes, igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade e competência e aproveitamento profissional, tendo de ser executadas com respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício na profissão (Assembleia da República, 2015).

Tendo por base o referido, em ambos os contextos de estágio, foi possível prestar cuidados assegurando sempre a não discriminação, a confidencialidade e privacidade. Exemplo disso é o caso específico de dois utentes que foram admitidos no serviço de medicina intensiva, que eram reclusos provenientes de estabelecimento prisional da área e, o que se verificou foi que toda a equipa multidisciplinar prestou cuidados tendo por base os princípios, éticos, legais e deontológicos. Como utentes iguais aos outros, não interessa o tipo de delito ou outra informação relativa à sua vida, o importante é sempre respeitar o direito pela vida e dignidade humana, prestando os melhores cuidados, com o máximo de profissionalismo e excelência, mantendo sempre como máxima o princípio da igualdade.

Ao longo dos estágios foi possível verificar que os utentes viram sempre cumprido o direito à informação sobre a sua condição de saúde e o direito de decidir de forma livre e esclarecida sobre os cuidados. Existem alguns exemplos importantes a referir e que se destacaram ao longo do estágio na unidade de cuidados intensivos, nomeadamente a informação fornecida a um utente e família sobre a necessidade de iniciar medidas de conforto, a comunicação do diagnóstico médico de enfisema bolhoso a um utente de 47 anos e a perspetiva de futura necessidade de transplante pulmonar, e ainda o respeito pela decisão de uma utente de 19 anos, com uma pneumonia adquirida na comunidade, de não querer ser submetida a entubação endotraqueal e querer tentar outras abordagens que a equipa multidisciplinar tivesse para oferecer.

Oliveira e Nunes (2014) referem que o processo de saúde/doença engloba não só o utente, mas também a família ao qual pertence, no entanto, devido à complexidade dos cuidados prestados em unidades de cuidados intensivos, esta frequentemente deixa de ser considerada como uma parte relevante nos cuidados, passando deste modo para segundo plano. Mais recentemente, Pinho (2020) ressalva a integração da família nos cuidados como parte fulcral da recuperação e refere que a relação entre o enfermeiro e

a família complementa relação enfermeiro/ utente. Nos casos em que se aplique, a família representa e responde pelo utente. Com isto, é possível verificar o alargamento do círculo de cuidados através da integração da família nos mesmos (Oliveira & Nunes, 2014 e Pinho, 2020).

De modo a compreender as relações entre Enfermagem, utente e família pode-se aplicar a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, nas quais a mesma refere a comunicação como sendo uma ferramenta de resolução de problemas, e em que são abordadas 4 fases que descrevem o processo da relação interpessoal, sendo as mesmas: orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase da orientação o utente tem uma necessidade e precisa de ajuda do profissional que, através da identificação vai constatar as necessidades do mesmo através da interação, reconhecendo assim os défices de informação e de compreensão acerca do problema. Seguidamente irá haver uma exploração por parte do profissional junto da equipa multidisciplinar no sentido de haver uma resolução dos problemas atuais (Almeida, et al., 2005 e Oliveira & Nunes, 2014).

A teoria originalmente não contempla a família, no entanto, em todas as áreas e mais especificamente na área do doente crítico, esta faz parte integrante do utente contribuindo para o cuidado e fazendo parte do processo terapêutico. Neste caso, a maior parte das vezes, o utente encontra-se sem capacidade para estabelecer uma relação terapêutica com a equipa, sendo a família o elo ligação. Nesta situação, a relação interpessoal será estabelecida junto da família e assim serão percecionadas as suas necessidades e do seu ente querido, através da interação, reconhecendo deste modo, dúvidas acerca da transmissão de informações e compreensão face ao estado atual do seu familiar, assim haverá uma tentativa de esclarecimento e resolução das questões levantadas pelos mesmos (Oliveira & Nunes, 2014). Com isto, é possível afirmar que a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau pode ser uma ferramenta útil nos exemplos referidos anteriormente.

Mais especificamente na unidade de queimados, devido à exposição corporal a que muitas vezes os utentes, devido à sua condição, estão sujeitos e elevadas temperaturas verificadas na unidade, destaca-se a privacidade do utente como sendo uma problemática. Deste modo, foi sempre garantido que era reduzida ao máximo a exposição corporal dos mesmos, quer durante procedimentos tais como o banho na balneoterapia, realização de tratamento de queimaduras e idas ao bloco operatório, quer na roupa vestida ao utente, tendo sido sempre explicada a necessidade de mais ou menos exposição corporal, deixando os utentes o mais confortáveis possível.

Quer seja no serviço de medicina intensiva quer na unidade de queimados importa referir a importância do consentimento informado relativamente a todos os procedimentos realizados, pois qualquer intervenção só poderá ser efetuada após consentimento livre e esclarecido da pessoa em causa, podendo este ser válido em forma verbal, escrita ou até mesmo em linguagem gestual. Assim, a pessoa deve ser portadora de toda a informação relativa ao objetivo e natureza das intervenções a serem realizadas, podendo, no entanto, revogar o consentimento se assim o entender. Para além disto, surgem questões pertinentes face a utentes que se encontram sedados, sendo que, estes carecem de capacidade para prestar consentimento informado. Nestes casos, as intervenções poderão ser efetuadas sempre em benefício direto do utente. A família entra nestas situações caso haja um representante legal, que assim poderá fornecer o consentimento livre e esclarecido (Deodato, 2019).

Por fim, e em modo de conclusão, ressalvo a importância de prestar cuidados tendo por base os princípios éticos, legais e deontológicos, prestando cuidados de qualidade à pessoa e família/ cuidador que irão contribuir para o aumento da satisfação dos mesmos, acrescentando ainda, que a vulnerabilidade dos utentes reclama solicitude e cumprimento das obrigações pelo enfermeiro, onde o mesmo deverá incorporar no cuidado o conhecimento sobre o outro, o tempo, a compaixão, a disponibilidade, coragem e o compromisso, que irão conduzir a um cuidado justo, reconhecido como um direito do utente (Vieira, 2017).

5.2. A qualidade dos cuidados especializados à pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica

A qualidade em saúde é definida como sendo “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Ministério da Saúde, 2015, p. 13551). Este conceito apresenta-se como complexo, polivalente, multidimensional. Com isto, a melhoria continua dos cuidados deve ser o ideal orientador das práticas dos profissionais de saúde que, por sua vez, devem adotar uma prática baseada na evidência, de modo a que a qualidade possa ser melhorada (Rocha, 2020).

Tanto a nível internacional como nacional, os contextos de saúde procuram permanentemente alcançar a excelência dos cuidados e, de modo à mesma ser alcançada, a Ordem dos Enfermeiros em 2001 definiu padrões de qualidade dos cuidados gerais de

enfermagem que se encontram divididos em seis categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Já em 2017, a Ordem dos Enfermeiros vai mais além e apresenta os padrões de qualidade subdivididos por área de especialização.

Neste sentido, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica são apresentados os seguintes padrões de qualidade: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e autoconhecimento, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, prevenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos e segurança nos cuidados especializados. Deste modo, os utentes têm conhecimento acerca da qualidade dos cuidados que lhes estão a ser prestados e os profissionais têm uma referência e orientação para as suas práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Ribeiro et al., 2017).

Tendo por base o referido, foi elaborado o objetivo de estágio “aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados especializados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica” e, dentro deste, o objetivo específico “demonstrar capacidade para a prestação de cuidados especializados à pessoa, família/cuidador em situação crítica na unidade de cuidados intensivos e na unidade de queimados”. Aquando da permanência nos contextos de estágio demonstrei capacidade para admitir utentes, atuar perante situações emergentes e de exceção, prestar cuidados diferenciados, tendo em conta a patologia do utente e ainda ser detentora de habilidades comunicacionais. Para além disto, adquiri novos conhecimentos, nomeadamente aquando da participação na consulta de Follow Up, acompanhamento da equipa de reanimação intra-hospitalar e participação nas reuniões do PPCIRA.

Desde cedo foi perceptível o circuito do doente crítico após a sua admissão hospitalar e, em consequência disto após os primeiros turnos de integração, comecei a prestar cuidados desde a admissão do utente até à sua alta/transferência para outro serviço. Na unidade de cuidados intensivos, previamente à chegada do utente, era fornecida informação acerca do mesmo à equipa de Enfermagem e este era atribuído a um enfermeiro, deste modo, procedia-se à preparação da unidade ou boxe, tendo em conta as necessidades do mesmo. Aquando da sua chegada, procedia-se à monitorização hemodinâmica não invasiva, colocação de fluidoterapia segundo protocolo do serviço e, seguidamente, novas indicações médicas seriam fornecidas de acordo com o plano instituído para o utente.

Na unidade de queimados a equipa multidisciplinar é informada da admissão de um utente, o mesmo é atribuído a um enfermeiro que efetua a preparação da balneoterapia e do bloco operatório. No momento de chegada o utente é transferido para o *trólei* à entrada da unidade, são recebidas as informações relativas ao utente e o mesmo é encaminhado à balneoterapia, onde irá ser efetuado o banho e avaliada toda a superfície corporal, ou seja, o tipo de queimadura, o grau, sendo feita uma estimativa da superfície corporal queimada e, em caso de necessidade, segue para o bloco operatório onde se procede a desbridamento e tratamento das queimaduras. Só após o referido é que o mesmo é encaminhado ao seu quarto.

Relativamente às Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI), estas foram implementadas pela DGS em 2010 e são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas à pessoa em situação crítica e técnicas de reanimação. Com isto, a ativação da emergência consiste na mobilização da equipa que atua, não só em situações de paragem cardiorrespiratória, como também na fase aguda da descompensação de determinado sistema e que encaminha, em caso de necessidade, para outros serviços no hospital (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2018). No decorrer do estágio tive oportunidade de acompanhar a EEMI a uma intercorrência com um utente de 60 anos internado eletivamente para uma prostatectomia, algumas comorbilidades cardíacas como antecedentes e com um quadro clínico compatível com edema agudo do pulmão, apresentando como sintomatologia, hipertensão, taquicardia, baixa de saturação de oxigénio e sudorese.

Aquando da chegada da equipa, o enfermeiro responsável pelo utente já tinha iniciado algumas intervenções para melhorar o estado clínico do utente e a nossa função foi continuar a orientar e direcionar as intervenções, realizar monitorização hemodinâmica não invasiva, dosear fármacos de acordo com indicação médica e, a nível ventilatório, compensação através da colocação de máscara facial com ventilação não invasiva em modo BIPAP, com parâmetros ajustados pelo médico. Deste modo, foi possível compensar o utente no serviço de medicina, não se tendo verificado necessidade de o mobilizar para outro local do hospital. Apesar disto, nem sempre corre deste modo, há ativações que levam a necessidade de transferência para a sala de emergência ou até mesmo diretamente para a unidade de cuidados intensivos.

Também na unidade de queimados, foi possível acompanhar a EEMI por mais do que um turno e contrariamente ao que referi anteriormente, a ativação efetuada não tinha critério para deslocamento da equipa, no caso, um utente que tinha ido contra um móvel, com uma ferida corto-contusa a nível frontal, sem perda de consciência ou afundamento

da Escala de Coma de Glasgow. Importa com isto, ressaltar que os critérios de ativação são: “(i) compromisso da via aérea; (ii) paragem respiratória; (iii) frequência respiratória <6 ou> 35 ciclos/ minuto; (iv) SaO₂ <85% com oxigénio suplementar; (v) paragem cardio- respiratória (PCR) (vi) frequência circulatória <40 ou > 140 batimentos por minuto; (vii) Pressão arterial sistólica < 90 mmHg; (viii) Escala de Coma de Glasgow- diminuição > 2 pontos; (ix) crise convulsiva prolongada ou repetida e (x) perda súbita de consciência.” (Direção-Geral da Saúde, 2010, p. 3).

Este sistema da EEMI deverá dar resposta a toda a população institucional, ou seja, atender a todos os espaços físicos do hospital, prestando cuidados a utentes, profissionais de saúde, visitantes entre outros. A pessoa em situação crítica poderá encontrar-se em qualquer lugar e em qualquer momento, pelo que é desejável haver profissionais com competências específicas na área para atender aos mesmos com maior prontidão e eficácia possível, prestando cuidados de qualidade. A intervenção da EEMI será crucial pois, quanto mais precoce a intervenção menor a morbilidade e mortalidade de um doente com um processo de agudização clínica (Direção-Geral da Saúde, 2010).

A comunicação é um fator crucial na garantia de segurança para o utente traduzindo-se na qualidade dos cuidados. Esta por sua vez, é uma ferramenta essencial no desempenho da profissão de enfermagem, quer na transmissão segura de informação à equipa multidisciplinar quer na comunicação com o utente, família e/ ou cuidador (Campos, 2017). Nas Unidade de Cuidados Intensivos, os doentes tanto podem estar conscientes e orientados como em coma profundo, o que dificulta a perceção das necessidades dos utentes, neste sentido, torna-se crucial referir a comunicação como ferramenta da humanização dos cuidados, permitindo o estabelecimento de relações baseadas em princípios como empatia, compaixão, humildade e respeito (Pinho, 2020b).

No serviço de medicina intensiva o horário das visitas era livre, ou seja, os familiares podiam visitar os utentes quando assim o entendessem e durante o tempo que necessitassem, o que facilitava a comunicação entre os três elos, família, profissionais de saúde, utente, podendo assim estabelecer-se uma relação terapêutica adequada. Por outro lado, na unidade de queimados as visitas eram realizadas através de uma janela do quarto durante meia hora, em horário agendado previamente, o que dificultava o contacto dos profissionais com a família e vice-versa, neste sentido, podem dificuldades no estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança entre os três elos.

Apesar do referido, em ambos os contextos, quando se tratava da comunicação de más notícias, nomeadamente a comunicação de um diagnóstico grave, de uma incapacidade temporária ou perda funcional definitiva, tratamentos dolorosos e

invasivos ou até mesmo cirurgias, houve barreiras e obstáculos sentidos pela equipa multidisciplinar. Segundo Pinho (2020) o medo de expor a situação, a presença de stress associado à comunicação da notícia, medo de exprimir sentimentos e ainda medo de adaptação à situação que se está a vivenciar, são barreiras que influenciam a comunicação de más notícias (Pinho, 2020a).

Com isto, conclui-se que não há uma forma fácil de comunicar uma má notícia, no entanto, há estratégias facilitadoras como por exemplo a aplicação do protocolo *SPIKES*. Este consiste na aplicação de seis passos: S- preparação (*Setting*); P- percepção acerca do conhecimento do utente (*Perception*); I- descobrir o que a pessoa quer saber (*Invitation*); K- partilhar a informação (*Knowledge*); E- sentimentos e emoções (*Emotions*) e S- planear o seguimento (*Strategy*) (Baile et al., 2000). Durante a permanência nos locais de estágio foi possível perceber que o protocolo *SPIKES* era o guia orientador, no entanto, não foi possível participar em nenhuma conversa de comunicação de más notícias, a informação foi por isso obtida através de momentos de reflexão com os enfermeiros tutores.

No serviço de medicina intensiva, ainda relacionado com a comunicação, surge o diário do utente, como auxiliar de memória e de compreensão referente ao período em que o utente esteve internado. Os critérios para o início de um diário de internamento é estar há três ou mais dias sedado e prever-se uma estadia prolongada no serviço. Durante a elaboração do mesmo, são colocadas fotografias e narrativas de acontecimentos e emoções do utente, família e profissionais de saúde. Deste modo, o diário será uma estratégia que permitirá ao utente ordenar cronologicamente os acontecimentos e atribuir significado às memórias distorcidas ou ausentes que representam as vivências desse período (Tavares et al., 2019).

Haruna et al. (2021) refere que os diários de internamento são reconhecidos como uma ferramenta que ajuda a processar emoções, ganhar conhecimento, reduzir o *stress*, localizar no tempo acontecimentos e comunicar. Ressalva ainda o impacto do registo fotográfico nos utentes, como algo benéfico pois preenche lacunas de memória. No entanto, refere que para a família pode ou não ser benéfica a visualização das fotografias, tendo que haver um maior cuidado por parte dos profissionais de saúde, no sentido de perceber como serão rececionadas as imagens e se vai ou não ajudar na compreensão do internamento (Haruna et al., 2021).

A escrita do diário de internamento é efetuada até o utente ter condições para que o mesmo lhe seja entregue, o que só acontece quando este já se encontra consciente e orientado. Apesar disto, há casos excecionais em que o utente é transferido para outro

serviço ainda com alterações do estado de consciência e o diário é entregue à família. No seguimento da implementação do diário de internamento surge a consulta de *Follow up*, a primeira consulta é realizada após 48h de alta do serviço e a segunda após 3 meses de alta. Para esta consulta são convocados o utente e familiar de referência através de uma carta e a mesma é realizada por um médico intensivista e enfermeiro (Tavares et al., 2019).

Na consulta de *Follow up* é avaliado o síndrome pós internamento em cuidados intensivos do utente e da família (SPICI e SPICI- F), ou seja, são avaliados um conjunto de situações que podem interferir na qualidade de vida dos mesmos, tal como alterações físicas, psicológicas e cognitivas. Para além disto, é ainda avaliada a satisfação relativamente ao diário de internamento. São elaborados diagnósticos e intervenções tendo em conta os scores dos instrumentos de avaliação implementados tais como o *mini mental state examination*, *ICU mobility scale*, EQ-5D (escala de avaliação da qualidade de vida em saúde), *Posttraumatic stress symptoms* (PTSS- 14) entre outros. Este é um momento importante de partilha de ideias, sentimentos e emoções (Tavares et al., 2019).

Um dos turnos do estágio no serviço de medicina intensiva teve como finalidade o acompanhamento de consultas *Follow up*, em que foram previamente convocados dois utentes. A primeira utente, Sr^a. A.J. com internamento prolongado na unidade por uma pneumonia adquirida na comunidade com antecedentes de relevo, asma, hipertensão arterial, obesidade e fumadora, na altura com necessidade de ventilação mecânica invasiva e sedação e analgesia, com evolução favorável e alta após 2 meses do hospital. A utente vinha acompanhada pelo seu marido e já traziam consigo preenchidas as escalas e questionários enviados aquando da convocatória. Durante a consulta verificou-se que estava tudo a correr bem, não havendo comprometimentos físicos ou psicológicos para ambos, decorrentes do prévio internamento, para além disto, foram abordados temas tais como, medicação habitual, possível encaminhamento para consulta de nutrição e de cessação tabágica, no entanto, a utente recusou ambas.

A segunda utente convocada, Sr^a. M.S também com internamento prolongado na unidade uma sépsis com ponto de partida numa pancreatite, com antecedentes de hábitos alcoólicos e tabágicos e hipertensão arterial, na altura com necessidade de diversas intervenções cirúrgicas, ventilação mecânica invasiva e sedação e analgesia, com alta clínica ao final de 6 semanas. A utente não vinha com o familiar de referência e também não se fazia acompanhar dos questionários, pelo que se procedeu ao preenchimento dos mesmos em consulta. Foi possível verificar que a utente tinha uma ligeira limitação de mobilidade no membro inferior direito, no entanto, a nível psicológico e cognitivo sem

alterações. Durante esta conversa foi possível perceber que a mesma tinha deixado de fumar e de beber bebidas alcoólicas, no entanto apresentava um emagrecimento extremo, pelo que foi encaminhada para a consulta da nutrição.

Através do referido, é notória a importância da consulta de *Follow up* como uma resposta à minimização de sequelas inerentes a um internamento prolongado numa UCI. A implementação da consulta contribui deste modo, para ganhos em saúde, ou seja, diminuição da mortalidade e morbilidade e aumento da satisfação dos utentes. Deste modo, haverá o aumento da qualidade dos cuidados prestados ao utente e família através do acompanhamento precoce do utente após alta para o domicílio, o que vai diminuir substancialmente o número de readmissões nas unidades de cuidados intensivos (Mendes, 2021).

Relativamente ao segundo objetivo específico de estágio “Identificar necessidades formativas e promover formação” este foi alcançado em ambos os contextos de estágio. No serviço de medicina intensiva, devido a prévio interesse já demonstrado associado a análise e reflexão acerca dos cuidados, foi proposta a realização de uma apresentação sobre o tema- “Cuidados especializados à pessoa em situação crítica: o fim de vida em contexto de unidades de cuidados intensivos”. Assim, foi possível verificar, e indo de encontro à literatura e prévia experiência profissional na área, que devido aos avanços da medicina, as unidades de cuidados intensivos têm como principal foco o prolongar da vida, no entanto, com o aumento da esperança média de vida e crescente impacto das doenças crónicas, apresentamo-nos perante a necessidade de novo paradigma de cuidados (Ridley et al., 2019).

Em cuidados intensivos o foco é o tratamento de doenças agudas, no entanto, cada vez mais estamos perante utentes com doenças de base crónicas, tais como, doenças pulmonares crónicas, insuficiências cardíacas, doenças degenerativas, insuficiência renal crónica, SIDA, entre outras. Neste sentido, muitas das vezes os utentes são internados por descompensação da mesma ou para tratamento de nova doença aguda, assim, importa introduzir o conceito de cuidados paliativos como sendo o providenciar tratamento, cuja abordagem defende a preservação da qualidade de vida daqueles que possuem doenças com risco de vida associado, incluindo controlo de sintomas e dor, bem como, cuidados em fim de vida (World Health Organization, 2019).

Tendo em conta isto, e após verificar uma oportunidade de melhoria nesta área, foi proposta a realização da apresentação sobre a temática, no âmbito do grupo de trabalho “Prática na evidência”. Previamente à apresentação foi proposto e apresentado um plano de formação (Apêndice III) com os seguintes objetivos de sessão:(i) sensibilizar

os elementos da equipa de enfermagem para a importância da temática e do desenvolvimento de práticas baseadas em princípios dos Cuidados Paliativos e (ii) apresentar um artigo, como um modelo para futuros investimentos de investigação na área, e com o objetivo pedagógico: Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados especializados à pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica em contexto de Cuidados Paliativos.

A apresentação decorreu no dia 13 de outubro e consistiu na exposição narrativa, crítica reflexiva de um artigo (Apêndice III), *“Introducing palliative care into the intensive care unit: An interventional study”*, cujos autores são Freda Dekeyser Ganz, Maurren Bem Nun e Ofra Raanan, publicado a 16 de julho de 2020 no jornal *Heart & Lung*. O artigo redigido teve por base um estudo prospetivo longitudinal, estudo de coorte, com uma amostra de 112 enfermeiros israelitas de unidades de cuidados intensivos de todo o país, que foram convidados a participar no curso “Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos”, estes foram divididos em 4 turmas de 25 a 35 participantes, tendo concluído o curso entre 2014 e 2017. Os dados relativos ao estudo foram colhidos em três momentos, no início do curso, no fim do curso (após seis meses da primeira avaliação) e um ano após (Ganz et al., 2020).

Relativamente aos métodos de colheitas de dados, quantitativamente, foi aplicado um questionário sobre características pessoais e profissionais e um questionário baseado no *“End-of-life Care in the ICU Questionnaire”* e no *“Quality of death and dying”*. Qualitativamente, realizou-se um *“Knowledge Café”*, tradicionalmente definido como sendo a junção de um grupo de pessoas que têm um interesse comum e que irão beneficiar do mesmo através do aumento de conhecimento (Singh, 2017). O investigador, nesta situação fez duas questões: (i) “o que é que os cuidados paliativos significam para si?” e (ii) “Como se prestam os cuidados paliativos na sua unidade”, e através de conversa ativa informal entre os participantes foi possível discutir e refletir sobre as mesmas (Ganz et al., 2020 p. 916).

Após análise dos dados, verificou-se que a idade média dos participantes era 50.2 anos, a maioria dos participantes eram do sexo feminino e não tinham experiência pessoal ou profissional na área de cuidados paliativos, foi ainda possível verificar que as médias relativas aos níveis de conhecimento, atitudes, práticas e avaliação da qualidade da morte e do processo de morrer aumentaram ao longo do tempo. Qualitativamente aferiu-se que no início do curso, para os participantes, cuidados paliativos significavam controlo de sintomas, morrer com dignidade e cuidados centralizados no utente/família. Por sua vez, no final do curso significavam cuidados

multidisciplinares, o iniciar de intervenções, tendo por base os princípios dos cuidados paliativos, e a escuta ativa/comunicação assertiva. Para além disto, foi ainda possível identificar barreiras na prestação de cuidados, sendo estas a ausência de políticas concretas de atuação da equipa multidisciplinar, o isolamento, a família.

Nas conclusões do artigo, foi possível verificar um incremento de conhecimento acerca dos cuidados paliativos, um aumento dos níveis de eficácia do enfermeiro intensivista relativamente à prestação de cuidados paliativos e, ainda, um aumento e melhoria relativamente aos conhecimentos, atitudes e perceção da qualidade da morte e do processo de morrer. Importa, no entanto, referir que o estudo apresentava limitações de relevo, tais como a amostra ser pequena, o questionário ter sido traduzido e adaptado, o que poderá não evidenciar o que o autor inicial pretendia e, por fim, mas não menos importante, o facto de ao longo do estudo a amostra ter reduzido.

Após apresentação realizada no SMI, os enfermeiros que assistiram demonstraram agrado tecendo comentários muito positivos e seguiu-se um período de debate e discussão, em que ficou claro que o artigo apresentado tinha sido um ponto de partida para futuras melhorias, quer no serviço de medicina intensiva, quer em outras unidades de cuidados intensivos. Reconheceu-se que a equipa multidisciplinar tem como norte uma abordagem curativa, não estando ainda preparada para reconhecer precocemente a necessidade de uma abordagem paliativa quando assim o justifique, no entanto, há um despertar para a temática e isto fez com que houvesse alterações no imediato.

Passo a falar do Sr. L. utente internado no SMI que à data da formação estava há 40 dias no serviço com patologia cirúrgica abdominal e complicações associadas. Ao longo destes 40 dias, sujeito a diversas cirurgias, colocação de diversos drenos abdominais e torácicos, sondas nasogástricas e nasojejunais, sucessivos períodos com necessidade de sedação, ventilação invasiva e não invasiva, entre outros. Ao 39º dia de internamento, a equipa médica de cirurgia geral chegou à conclusão que não tinha mais nenhuma medida terapêutica para oferecer ao utente, tendo comunicado aos médicos intensivistas. Desta conversa, chegou-se à conclusão de que o melhor para o utente seria iniciar medidas de conforto e, com isto, foi organizada uma reunião multidisciplinar para delinear um plano para o utente.

No preciso dia da apresentação, discutiu-se o caso do Sr. L e nos dias seguintes foi possível verificar que se prestou atenção às necessidades do doente tais como, levar o mesmo a ver o sol, alimentá-lo e dar-lhe de beber, levar o utente a tomar banho ao chuveiro, mobilização da equipa de cuidados paliativos entre outras, tudo atividades que promoveram a qualidade de vida nos últimos momentos (Freixo, et al., 2020). Segundo

Ribeiro e Silva (2022), paliar consiste em prestar cuidados básicos, como hidratação, alimentação, higiene, conforto e ausência de dor. Os enfermeiros tutores referiram posteriormente que parte das intervenções foram realizadas como consequência da reflexão promovida pela apresentação, pois despertou na equipa interesse em melhorar a qualidade das práticas. Para além disto, nos dias seguintes à apresentação fui abordada por diversos membros da equipa com questões ou partilha de conteúdo relevante sobre o assunto.

No seguimento desta temática, na UQ foi possível de forma informal debater e discutir a temática de cuidados em fim de vida pois, muitos dos utentes com queimadura grave tendem a não sobreviver, podendo apresentar uma morte precoce, classificada como 24-72h após admissão, ou tardia e com isto, surge a necessidade de prestar cuidados paliativos no sentido de aliviar maioritariamente o sofrimento do utente. Apesar disto, e indo de encontro às unidades de cuidados intensivos polivalentes, há limitações no que concerne à sua prática, nomeadamente aquando da comunicação da decisão e a falta de linhas orientadoras de prestação de cuidados paliativos (Bayuo et al., 2020). Deste modo, através da partilha de conhecimento, foi possível desmistificar conceitos e despertar interesse na equipa sobre a temática.

Ainda direcionado ao objetivo específico relativo à identificação de necessidades formativas surgiu na unidade de queimados, devido à participação nas reuniões do PPCIRA, a oportunidade de capacitar a equipa para a atualização da Norma clínica: 022/2015- “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central (CVC). O CVC é um tubo longo, macio, fino e oco que pode ter vários lumens e que é colocado em grandes vasos sanguíneos como, veia jugular, veia subclávia e veia femoral. Este apresenta como critérios de colocação: (i) administração de fármacos e fluidoterapia; (ii) administração de hemoderivados; (iii) nutrição parentérica; (iv) monitorização hemodinâmica central e (v) impossibilidade de colocação de cateter venoso periférico (Pires et al., 2021 e American Thoracic Society, 2019).

As infeções associadas aos cuidados de saúde são situações clínicas “resultantes de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das toxinas, adquiridas pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante exercício da sua atividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 5). De entre as IACS, salienta-se assim a infeção relacionada com o CVC, pois estes são dispositivos invasivos que corrompem as barreiras naturais do organismo e permitem o acesso direto de microrganismos à corrente sanguínea, local este que se

pretende que esteja estéril (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Neste sentido, de modo a capacitar a equipa para a prevenção, intervenção e controlo a infeção, foi proposta a realização de uma formação relacionada com a temática. Previamente foi elaborado um plano de formação (Apêndice IV) com os seguintes objetivos de sessão: (i) elucidar acerca de conceitos relacionados com infeções associadas aos cuidados de saúde e cateter vascular central (ii) e apresentar a atualização da norma clínica: 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infeção relacionada com o Cateter Vascular Central, e ainda com o objetivo pedagógico: aprofundar conhecimentos sobre as normas relacionadas com a prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.

A apresentação decorreu no dia 6 de janeiro e consistiu numa exposição narrativa, crítico reflexiva que teve por base a atualização da norma clínica: 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infeção relacionada com o Cateter Vascular Central (Apêndice IV). Durante a mesma, foi realizada uma breve contextualização com conceitos relacionados com IACS e CVC e seguiu-se a apresentação dos feixes de intervenção relativos à colocação do CVC e manutenção do mesmo, com as alterações decorrentes da norma, por fim houve ainda espaço para uma breve discussão associada a estes dispositivos. A norma recomenda por isto que, após capacitação dos profissionais através de formação, se deve realizar auditorias internas no sentido de serem avaliados indicadores de qualidade, tais como a taxa de infeção de corrente sanguínea relacionada com o CVC, adesão ao feixe de intervenções de colocação e manutenção do CVC e, ainda, taxa de cumprimento de cada um dos elementos dos feixes de intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Por fim, através do referido, foi notória a aquisição de competências, nomeadamente, na prestação de cuidados específicos à pessoa em situação crítica, quer numa unidade monovalente, quer numa unidade polivalente nas diversas valências inerentes. Para além disto, foram adquiridas competências relativas à melhoria contínua da qualidade, mais especificamente na área da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e ainda competências relativas a autoconhecimento e formação contínua acerca de temáticas específicas na área.

5.3. Autoconhecimento e aprendizagens profissionais

O enfermeiro deve comprometer-se com um processo de aprendizagem contínuo, assumindo a responsabilidade das suas capacidades e competências e mantendo uma

constante atualização de conhecimentos, demonstrando sempre vontade e disposição em aprender (Teixeira & Vieira, 2020). Neste sentido, foi elaborado o objetivo geral “basear a praxis clínica especializada na mais recente evidência científica” e, no seguimento do mesmo, foram elaborados dois objetivos específicos, nomeadamente “otimizar o autoconhecimento de modo a ser um facilitador de aprendizagem” e “aprofundar conhecimentos sobre a temática- Cuidados especializados à pessoa em situação crítica: o fim de vida em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos”.

Relativamente ao primeiro objetivo específico “otimizar o autoconhecimento de modo a ser um facilitador de aprendizagem” foi elaborado um cronograma de estágio, transversal aos dois contextos de estágio, onde foram datados alguns momentos chave do processo de aprendizagem, tais como, as orientações tutoriais com a professora orientadora, aulas de seminário e datas de entrega de trabalhos, para além disto forma ainda estabelecidos espaços temporais para desenvolvimento de relatório e trabalhos associados. O cronograma é parte fundamental no processo de aprendizagem pois serve como guia de orientação e impele o estudante a manter o rigor e o foco no pré-estabelecido.

Desde o início da permanência nos contextos de estágio, procurei lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, no entanto, tanto a unidade de cuidados intensivos como a unidade de queimados, são serviços em permanente atualização que mantêm as suas práticas baseadas na mais recente evidência científica, elaborando protocolos e normas orientadoras que se mantêm constantemente atualizadas. Com isto, o meu papel, para além dos contributos para a melhoria de cuidados, passou por realizar pesquisa no sentido de colmatar lacunas individuais sentidas e transmitir de forma informal toda a base teórica pesquisada aos enfermeiros tutores e equipas multidisciplinares.

Durante a permanência no serviço de medicina intensiva, houve utentes com necessidade de iniciar Técnica de Substituição Renal (TSR), devido a isto, senti necessidade de aprofundar os conhecimentos relacionados com a temática. Nas UCIP uma das complicações que acontece com recorrência é a Insuficiência Renal Aguda (IRA), ou seja, a perda súbita da função renal com possibilidade de reversão, independentemente da sua etiologia ou mecanismo. A IRA está associada a disfunções multiorgânicas e sépsis, representando uma elevada taxa de mortalidade e progredindo rapidamente no sentido de necessitar de TSR (Pinheiro & Madureira, 2020). O tratamento da IRA, passa por intervenções que corrijam a sua causa e os desequilíbrios metabólicos, sem descurar a manutenção do funcionamento dos restantes órgãos. Os

diferentes tipos de TSR baseiam-se em mecanismos de transporte do soluto, o tipo de membrana, o uso de dialisante e objetivos de remoção de fluidos (Santos, 2020).

A TSR continua é a técnica mais utilizada no doente crítico pois, devido ao seu tempo de permanência, remove fluidos de forma mais lenta e liberta menos soluto o que irá provocar menos instabilidade no doente, contudo, mantém-se a necessidade de monitorização hemodinâmica contínua. Devido a isto, o enfermeiro tem um papel fulcral, tendo que prevenir complicações associadas quer à IRA, quer à TSR ou até mesmo a disfunções de outros órgãos que possam advir desta condição, através da vigilância e manutenção do cateter vascular central, do dispositivo de TSR e ainda monitorização hemodinâmica contínua do utente. De modo a operacionalizar o referido, torna-se importante a elaboração de plano de cuidados, com alusão às intervenções de Enfermagem necessárias à manutenção das funções vitais do utente (Santos, 2020 e Sousa, 2021).

Outra situação que me suscitou interesse foi a utilização de dispositivo *Bispectral Index Score* (BIS) bilateral num utente com o diagnóstico de estado mal epilético, e necessidade de alternar períodos de supressão cerebral e períodos de vigília, para se efetuar a avaliação da atividade cerebral, mais especificamente a presença ou não de atividade epilética. O BIS é um electroencefalograma que é aplicado na zona frontal da cabeça do utente através de uma fita com sensores de elétrodos. A sua medição vai de 0 a 100, sendo que 0 corresponde a supressão da atividade cerebral e 100 a estado de vigília (Pappal et al., 2020).

A utilização do BIS é fiável e permite medir os efeitos anestésicos sobre a zona cortical cerebral, deste modo, será possível avaliar a função cerebral, a profundidade anestésica e, conseqüentemente, titular a sedação de acordo com os objetivos e plano estabelecido para o utente em questão (Oliveira et al., 2016). Existem BIS unilaterais e bilaterais, estando estes últimos disponíveis apenas nas UCIP onde os utentes irão necessitar de monitorização a longo prazo, nestes contextos, a estratégia que tem vindo a ser estabelecida, de modo a que os utentes mantenham supressão cerebral adequada, é manter os valores de BIS entre os 40 e 60. Apesar da fiabilidade demonstrada, o uso de cetamina, hipotermia, utentes portadores de deficiências neurológicas e ainda interferência com outros dispositivos médicos, podem alterar a leitura dos valores (Mathur et al., 2022).

Durante a permanência no serviço de medicina intensiva, não houve nenhum utente com necessidade de proposta para realização de medicina hiperbárica, apesar disto, aquando de conversa informal foram discutidos casos anteriores o que suscitou a

minha curiosidade face ao assunto. A medicina hiperbárica trata-se então de uma forma de tratamento de patologias num meio ambiente com pressão superior à atmosférica, através da administração de uma fração de oxigénio próxima de 1 ou seja oxigénio puro ou a 100%, num ambiente com pressão superior à pressão atmosférica ao nível do mar. Isto irá aumentar a pressão arterial e tecidual permitindo alcançar uma otimização de transporte de oxigénio (Fernandes, 2009).

As patologias com critério para oxigenoterapia hiperbárica são intoxicações por monóxido de carbono, acidente descompressivo ou doença descompressiva, embolismo gasoso, mionecrose por *clostridium*, infeções necrotizantes das partes moles, isquemia traumática aguda, lesões rádio-induzidas, pé diabético, úlceras isquémicas, feridas de difícil cicatrização e surdez súbita. Este tema suscitou interesse pois, há um número reduzido de hospitais que dispõem deste tipo de tratamento e os utentes que são transferidos para a sua realização necessitam de permanecer numa UCIP com condições físicas, equipamentos e profissionais altamente diferenciados na área do doente crítico. Deste modo será possível articular com o serviço de Medicina hiperbárica e proporcionar tratamento de oxigenoterapia hiperbárica a doentes críticos. Após realização do tratamento os utentes são novamente transferidos para o serviço de referência, onde estavam internados (Fernandes, 2009).

A permanência na unidade de queimados devido à sua especificidade, permitiu a aquisição de diversos conhecimentos, alguns dos quais complementares aos já previamente adquiridos no serviço de medicina intensiva, destaco com isto a queimadura da via aérea e respetiva abordagem. Este tipo de queimadura pode ocorrer nas vias aéreas superiores, na árvore traqueobrônquica ou no parênquima pulmonar, leva ao comprometimento da via aérea, tanto mais quanto a extensão da área atingida, a profundidade e a localização das lesões que vão ser fatores preditivos para a gravidade e prognóstico do utente (Filho & Lopes, 2021 e Lopes, 2020).

Os sinais e sintomas associados a lesões por inalação são queimadura da face, queimadura de cavidade oral, cílios nasais chamuscados, secreções com fuligem ou secreções abundantes, tosse produtiva, rouquidão, dispneia, sibilos, lacrimejamento, conjuntivite, desorientação/coma, estridor laríngeo e desconforto respiratório (Lopes, 2020). Na presença destes sintomas há critério para entubação endotraqueal e realização do exame complementar de diagnóstico, fibrobroncoscopia, com isto, na presença de edema da via aérea pode ser difícil executar a entubação endotraqueal ou não estarem reunidas as condições, tendo que se avançar para a realização de uma traqueostomia (Direção-Geral da Saúde, 2017 e Filho & Lopes, 2021).

Relativamente ao segundo objetivo específico “Aprofundar a temática: Cuidados especializados à pessoa em situação crítica: o fim de vida em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos” a temática foi apresentada à enfermeira chefe do serviço de medicina intensiva e aos enfermeiros tutores como sendo uma problemática identificada por mim no meu contexto de trabalho e como algo sobre a qual tenho particular interesse em investir. Após conversa informal foi notório que também na unidade existiam oportunidades de melhoria associadas a esta temática, havendo oportunidade de melhoria na prestação de cuidados a este nível.

Tendo por base o referido anteriormente, iniciei um processo de pesquisa bibliográfica para me inteirar do que já existe acerca da temática a nível internacional e mais especificamente em Portugal e decidi realizar uma revisão de literatura. Esta encontra-se retratada como uma das principais temáticas do presente relatório como uma problemática com um longo caminho a percorrer para alcançar cuidados de qualidade. Para além disto foi tema de desenvolvimento formativo no serviço de medicina intensiva e na unidade de queimados houve oportunidade de partilha e discussão informal acerca do tema.

Por fim, importa referir que através da realização das pesquisas supramencionadas e através da realização da revisão de literatura mais aprofundada, houve um incremento de conhecimento relacionado com a pessoa em situação crítica e conseqüente melhoria das práticas, proporcionando cuidados de qualidade aos utentes. Concomitantemente, através da realização das mesmas e sua partilha fui facilitadora de conhecimento, transmitindo conteúdo, à luz da mais recente evidência científica, às equipas multidisciplinares de ambos os contextos de estágio. Com isto alcancei competências relacionadas a responsabilização profissional quanto à aquisição de conhecimentos e transmissão constante dos mesmos.

5.4. Prática associada à gestão dos cuidados de enfermagem

Em todos os níveis de prestação de cuidados de enfermagem o enfermeiro terá de desempenhar papéis associados à gestão dos cuidados, necessitando de ter habilidades técnicas, mas também criativas, intuitivas e interativas que permitam antecipar necessidades do serviço e dos utentes e gerir ações e intervenções, de modo a pensar, decidir e agir no sentido de concretizar determinada tarefa ou de alcançar determinado objetivo. A gestão de cuidados realizada pelo enfermeiro irá tentar assegurar intervenções baseadas na qualidade e efetividade e para isto terá de se socorrer de

ferramentais tais como tomada de decisão e liderança (Santana et al., 2022).

Neste sentido, foi elaborado um objetivo geral “desenvolver uma metodologia de trabalho tendo por base a gestão dos cuidados”, e no seguimento do mesmo foram elaborados dois objetivos específicos. Relativamente ao primeiro objetivo específico “gerir a prestação de cuidados de enfermagem nos contextos clínicos” foram implementadas as seguintes atividades: (i) Delegação e supervisão de tarefas delegadas; (ii) Colaboração em decisões de equipa de enfermagem; (iii) Otimização do trabalho em equipa adequando os recursos às necessidades e (iv) Contribuição para um ambiente positivo e favorável à prática clínica.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os enfermeiros só podem delegar tarefas a profissionais de si dependentes, caso os mesmos detenham competências necessárias para a execução das mesmas e ainda dependendo do grau de dependência dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015). De acordo com isto, durante a realização dos estágios pude experienciar a delegação e supervisão de tarefas, quer na prestação de cuidados diretos, quer noutra tipo de tarefas. Exemplo disto, é a desinfeção e reposição de materiais nas unidades/quartos após alta pelos assistentes operacionais, que implica verificação do enfermeiro. Outro exemplo é a alimentação do utente que pode ser delegada, caso se encontrem reunidas as condições adequadas, tais como o utente não apresentar riscos de aspiração e disfagia e o assistente operacional tiver competências técnicas para o desempenho da função.

Importa ainda referir que durante o período de estágio foi possível a colaboração em decisões de enfermagem e a otimização do trabalho em equipa adequando os recursos às necessidades, ou seja, enquanto enfermeiro como parte integrante de uma equipa multidisciplinar é necessária a gestão das intervenções, priorizando o que é necessário e mobilizando recursos de acordo com as necessidades, uma ida ao serviço de radiologia para o utente realizar uma TAC, uma situação emergente, um momento de alta, admissão ou transferência de um utente, são momentos que mobilizam mais profissionais, no entanto, não se pode descuidar os outros utentes e todas as intervenções associadas aos mesmos. Deste modo, torna-se crucial a colaboração entre elementos, parte integrante de uma equipa multidisciplinar, e a sua organização de modo a otimizar os recursos disponíveis e prestar cuidados seguros e de qualidade.

Relativamente ao segundo objetivo específico, “compreender a gestão dos recursos humanos e materiais”, no serviço de medicina intensiva foi possível a realização de quatro turnos com o enfermeiro gestor e dois com o enfermeiro responsável de turno (RT), e na unidade de queimados, três turnos com o enfermeiro

gestor. Relativamente aos turnos com o enfermeiro RT, a enfermeira tutora, em praticamente todos os turnos desempenhava este papel, pelo que me foi possível acompanhar o desempenho de funções da mesma. Durante os turnos referidos foi possível compreender a organização dos recursos humanos e materiais. Em relação à organização dos recursos materiais, em ambas as unidades, esta é baseada na filosofia Kaizen, de origem no Japão. Esta significa melhoria contínua e é um dos principais pilares da metodologia Lean, cujo principal objetivo é alcançar a excelência da qualidade, do custo e da resposta às necessidades (Libano, 2012 e Varandas, 2021).

Ao longo dos tempos a metodologia *Kaizen* tem vindo a ser estudada e atualmente é definida como a prática diária de uma melhoria contínua por todos os colaboradores de uma organização. Esta promove a implementação de um paradigma organizacional focado na criação de fluxo de materiais e informações, visando as necessidades dos utentes, com o objetivo de alcançar ausência de defeitos e erros. Importa ainda referir que há um enfoque na criação de valor e eliminação do desperdício, tendo por base soluções associadas ao aproveitamento de recursos mínimos, com o objetivo de alcançar o máximo de resultados (Libano, 2012 e Varandas, 2021).

A vertente direcionada mais para a economia da filosofia *Kaizen* tem por base a utilização de metodologias/ferramentas facilitadoras, de entre as quais, importa referir a 5S, que deriva de *Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke*, traduzindo isto para português, Triar, Organizar, Limpar, Normalizar e Sustentar. Esta ferramenta tem o seu enfoque na organização do local de trabalho, partindo do Triar, ou seja, definir e selecionar o essencial, eliminando o desnecessário, segue-se o Organizar, definindo locais estratégicos para organização dos materiais de forma a garantir uma disposição simples visualmente, limpar, ou seja, adequar o espaço aos equipamentos, normalizar através da criação de condições visuais tais como os “*Kanbans*” (etiquetas identificativas), e por fim sustentar, que irá permitir que se cumpram e melhorem as normas já instituídas através de auditorias (Varandas, 2021).

Neste seguimento, no SMI os consumíveis farmacológicos e não farmacológicos estão organizados segundo esta metodologia, o que facilita o circuito de materiais e de fármacos, assegurando sempre a ausência de rotura de *stock*. Na farmácia interna do serviço, os medicamentos estão dispostos dentro de caixas, identificadas com um “*Kanban*” onde está escrito um código, este corresponde ao nome do medicamento que se encontra num glossário denominado de “*Índice de kanban*” onde estão todos os medicamentos de que o serviço dispõe por ordem alfabética e o seu código correspondente. À semelhança, o mesmo acontece no armazém de consumíveis não

farmacológicos.

Ainda sobre o procedimento relativo à reposição dos consumíveis, aquando do término dos níveis de *stock* interno, o funcionário deve retirar o “*kanban*” e colocar o mesmo num recipiente destacado para a função para haver posterior reposição. Neste sentido, a função do enfermeiro gestor será garantir que a metodologia *Kaizen* está a funcionar de forma adequada e que todo o circuito é cumprido. Para além disto, importa referir que é função do enfermeiro gestor, validar novos consumíveis necessários e suas quantidades, tendo que se socorrer do sistema informático “*Filedoc*” para fazer chegar a informação aos armazéns de consumíveis.

Na unidade de queimados o procedimento é ligeiramente diferente, neste sentido tanto os consumíveis farmacológicos como os não farmacológicos estão organizados segundo esta metodologia. Na farmácia interna do serviço, os medicamentos estão dispostos dentro de caixas, identificadas com um “*Kanban*” onde estão escritos um código e o nome do consumível. À semelhança, o mesmo acontece no armazém de consumíveis não farmacológicos. Após consumo e alterações nos níveis de stock interno, deverá ser efetuado preenchimento em sistema informático através de um *Personal Digital Assistant* (PDA) (dispositivo portátil de dimensões reduzidas com conectividade e um scan que controla o seguimento de consumíveis Palacios, 2022).

Após registo informático em PDA do consumo efetuado, a comunicação é efetuada aos armazéns centrais ou à farmácia, dependendo do consumível e posteriormente estes procedem ao envio dos mesmos para reposição. Por sua vez o Enfermeiro Gestor ou o enfermeiro RT terá a função de verificar os materiais e fármacos recebidos e organizar os mesmos nos seus locais. Ressalvo uma exceção relativa aos estupefacientes, pois os consumos destes têm que ser enviados através de uma recadista com a justificação de uso e o frasco do medicamento usado, e só deste modo são repostos os respetivos fármacos utilizados.

Para além do referido anteriormente, é função do enfermeiro gestor organizar um horário de trabalho mensal, assegurando rácios adequados às necessidades do serviço, deste modo, e tendo o SMI 14 camas atribuídas a doentes de tipologia nível II e III, há a necessidade de 7 enfermeiros e um enfermeiro RT em cada um dos turnos manhã/tarde/noite, e de um Enfermeiro Especialista em Reabilitação nos turnos diurnos, salientando que está presente no serviço o enfermeiro chefe/ enfermeiro gestor de segunda a sexta-feira das 8 às 15h. Face a isto, cabe ao enfermeiro RT realizar a distribuição dos doentes por cada um dos enfermeiros tendo sempre por base as recomendações da Ordem dos Enfermeiros relativamente aos rácios.

Na UQ havendo 8 camas, que abrangem tipologia I, II e III, os rácios são adequados às necessidades do turno, apesar disto estão escalados 5 enfermeiros para o turno da manhã, 3 para o turno da tarde e 2 para o turno da noite, de referir ainda que, devido ao funcionamento do bloco operatório, perante cirurgias programadas há uma mobiliza o de recursos humanos no sentido de assegurar a permanência de enfermeiro anestesista, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista e os cuidados aos restantes utentes internados que, devido   especificidade dos cuidados ,requerem muitas das vezes ida   balneoterapia com necessidade de mobiliza o de vários recursos humanos.

Os rácios enfermeiro/utente recomendados pela Ordem dos Enfermeiros para as unidades nível I são de 1/3, para as unidades de nível II 1/2 e para as unidades nível III, que por defini o são denominadas de Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes, pela especificidade inerente às mesmas os rácios enfermeiro/ utente recomendados são de 1/1 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Preconiza-se assim o cumprimento dos rácios em todas os níveis de cuidados e mais especificamente nas unidades nível III, visto que, são locais com alta diferencia o de cuidados em que serão necessários enfermeiros familiarizados com abordagem da via aérea, ventila o invasiva e não invasiva, monitoriza o hemodinâmica, cerebral e metabólica, técnicas de substitui o renal e hepática, membrana de oxigena o extracorpórea, entre outros procedimentos (Rua, 2020).

A acrescentar ao referido anteriormente, o enfermeiro RT tem também a fun o de gerir as ausências dos enfermeiros nas pausas para refei es, supervisionar o trabalho dos assistentes operacionais, registar todo o tipo de ocorrências, zelar pelo carro de emergência assegurando a sua reposi o caso utilizado, e supervisionar e garantir que ao emprestar ou pedir emprestados materiais de outros serviços fica tudo documentado. Por fim, na ausência do enfermeiro chefe e enfermeiro gestor, acresce o supervisionar e garantir que são repostos os *stocks* de material, farmacológico e não farmacológico, acrescentando a gestão dos recursos humanos de acordo com as necessidades do serviço, garantindo assim uma prática segura.

Por fim, ao alcançar o presente objetivo pude perceber que cuidados de qualidade são prestados quando na presença de enfermeiros líderes que reconhecem importância nos fatores organizacionais, tais como, as dota es de enfermagem e competências culturais e organizacionais. Estes devem promover o profissionalismo entre equipa multidisciplinar, ser responsáveis pela melhoria da coordena o e organiza o dos cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais, promover a

formação e desenvolvimento dos enfermeiros, deste modo será possível desenvolver e garantir ambientes de prática enfermagem competentes (Teixeira et al., 2022).

6. Conclusão

O presente relatório retrata o caminho percorrido durante os estágios e o processo de aquisição de competências. Através de uma análise descritiva crítico reflexiva foi possível demonstrar o desenvolvimento e aquisição de competências no Serviço de Urgência e contextualizar os estágios realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e na Unidade de Queimados. Seguidamente, foi abordada a temática cuidados em fim de vida numa Unidade de Cuidados Intensivos e por fim, feita uma descrição e análise das atividades desenvolvidas durante a permanência nos contextos de estágio no sentido de alcançar os objetivos definidos e adquirir as competências de mestre e especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O estágio desenvolvido no Serviço de Urgência permitiu o início da aquisição de competências na área da pessoa em situação crítica através da prestação de cuidados diferenciados em todas as áreas de intervenção. No decorrer do mesmo, a prática direccionou-se para a prestação de cuidados na sala de emergência, onde foi possível contactar com pessoas com as mais diversas patologias, desde acidentes vasculares cerebrais a politraumas. Neste sentido surgiu a oportunidade de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, através da elaboração dos documentos *Abordagem ao utente com AVC na sala de emergência* e *Check list- Mala do Desfibrilhador*, que tiveram como objetivo a uniformização dos cuidados prestados.

No serviço de medicina intensiva polivalente e na unidade de queimados foi possível dar continuidade à aquisição de competências, assim foram prestados cuidados específicos à pessoa em situação crítica e família atendendo aos princípios éticos, legais e deontológicos. Para além disto, recorrendo à mais recente evidência científica foram prestados cuidados de qualidade, atendendo à especificidade de cada um dos serviços e transmitindo conhecimento através de momentos formais e informais. Em ambos os serviços, foi tido em conta a gestão dos cuidados de saúde, ou seja, gestão de recursos materiais, humanos e da prestação de cuidados. Por fim foi ainda possível desenvolver competências relativas ao desenvolvimento de aprendizagens através de pesquisa bibliográfica contínua.

Relativamente às temáticas que careceram de mais aprofundamento pode-se salientar a prestação de cuidados em fim de vida em unidades de cuidados intensivos. Através desta, foi possível realizar uma ligação entre a parte prática e a teórica através da realização de uma revisão de literatura. Através da realização da mesma foi possível

verificar que prestar cuidados em fim de vida implica a centralização de cuidados na pessoa enquanto ser holístico, atendendo aos desejos e necessidades dos utentes e da família, proporcionando conforto, bem-estar e alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Contudo, devido ao paradigma de cuidados das Unidades de Cuidados Intensivos ser curar, foram identificadas barreiras associadas às práticas das equipas multidisciplinares, ausência de políticas corretas de atuação, equipas de suporte e parcerias médico enfermeiro. O enfermeiro desempenha assim um papel fundamental no ultrapassar das barreiras referidas suportando maioritariamente a família e o utente.

Por outro lado, na Unidade de Queimados foi possível aprofundar cuidados relativamente ao controlo de infeção, através da formação realizada, tendo por base a norma acerca da prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central. Com isto foi possível capacitar as equipas com conhecimento acerca das temáticas, que irá contribuir para a melhoria da prestação de cuidados.

Por fim, ao longo do estágio foi possível alcançar todos os objetivos aos que me propus, tendo prestado cuidados diferenciados e especializados à pessoa em situação crítica em dois contextos de grande relevo para a minha prática diária. Assim, a concretização da unidade curricular “ Estágio Final e Relatório” permitiu que, como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica possa vir a exercer a minha atividade profissional através de “ um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”, e em que as minhas competências assentem num “corpo de conhecimento no domínio ético- deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Ordem dos Enfermeiros , 2019a, p. 4746).

7. Referências Bibliográficas

- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev. Esc. Enfermagem- Universidade de São Paulo*, 202-210.
- American Thoracic Society. (Abril de 2019). *Central Venous Catheter*. Obtido de American Thoracic Society: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/central-venous-catheter.pdf>.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, r., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES- A six- setp protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 302-311.
- Bayuo, J., Bristowe, K., Harding, R., Agbeko, A., Wong, F., Agyei, F., . . . Agambire, R. (2020). " Hanging in a balance": A qualitative study exploring clinicians' experiences of providing care at the end of life in the burn unit. *Palliative Medicine*, 1-9.
- Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15 (1), 91- 101.
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 53-59). Lisboa : Lidel.
- Deodato, S. (2019). *Direito da Saúde: coletânea de legislação anotada*. Coimbra: Almedina.
- Direção - Geral da Saúde . (22 de Junho de 2010). Circular Normativa nº 15/ DQS/ DQCO, teor da circular. Obtido de Direção- Geral da Saúde : <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>.
- Direção- Geral da Saúde. (31 de outubro de 2013). Norma 029/2012- Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Obtido de Serviço Nacional de Saúde:<https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Portugal: Doenças Cérebro- Cardiovasculares em Números: 2015- Programa Nacional para as Doenças Cérebro- Cardiovasculares. Lisboa: Direção- Geral da Saúde .

- Direção-Geral da Saúde. (8 de fevereiro de 2017a). Norma nº 001/2017- Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>.
- Direção- Geral da Saúde. (13 de julho de 2017b). Norma nº 022/2012- Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-hospitalar-das-queimaduras-em-idade-pediatrica-e-no-adulto.pdf>.
- Direção- Geral da Saúde. (13 de julho de 2017c). Norma nº 015/2017- Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Obtido de Norma nº 015/2017: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.
- Direção- Geral da Saúde . (2017d). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção- Geral da Saúde.
- Direção- Geral da Saúde . (9 de janeiro de 2018). Norma nº 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (29 de agosto de 2022). Norma Clínica: 022/2015- Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.asp>.
- Effendy, C., Yodang, Y., Amalia, S., & Rochmawati, E. (Novembro de 2022). Barriers and facilitators in the provision of palliative care in adult intensive care units: a scoping review. *Acute and Critical Care*, pp. 516- 527.
- Esteves, C. (2021). Qualidade e segurança. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 44-50). Lisboa: Lidel.
- Fernandes, T. (1 de Abril de 2009). Medicina Hiperbárica. *Acta Médica Portuguesa*, 323-333.

- Filho, R., & Lopes, L. (2021). Queimadura de vias aéreas . *Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7 (10), 950-957.
- Freixo, P., Pereira, R., & Costa, N. (2020). O doente em fim de vida. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 302-309). Lisboa : Lidel .
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde . (15 de Outubro de 2018). *Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro*. Obtido de Diário da República Eletrónico : <https://files.dre.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>.
- Ganz, F., Maureen, N., & Raanan, O. (2020). Introducing palliative care into intensive care unit: An interventional study. *Heart & lung*, 49 (6), 915-921.
- Haruna, J., Tatsumi, H., Kazuma, S., Kuroda, H., Goto, Y., Aisaka, W., . . . Masuda, Y. (2021). Using an ICU Diary to Communicate With Family Members of COVID-19 Patients in ICU: A case report *Journal of Patient Experience*, 8, 1-3.
- Ke, Y.-X., Hu, S., Takemura, N., & Lin, C. (2019). Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. *International Journal for Quality in Health Care*, 31 (10) 741-747.
- Kurnia, T., Trisyani, Y., & Prawesti, A. (2020). The relationship between nurses' knowledge and self- confidence in implementing palliative care in an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing* , 26 (4), 183-190.
- Libano, L. (2012). Análise económica da introdução do sistema de melhoria contínua Kaizen no bloco operatório do centro hospitalar do Porto. Braga: Universidade do Minho.
- Lopes, M. (2020). Doente Crítico- Queimado. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 268-284). Lisboa: Lidel.
- Machado, H. (2021). Organização e Gestão no serviço de urgência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 3-12). Lisboa: Lidel.
- MacPhail, E. (2011). Panorâma da Enfermagem de urgência. Em S. Sheehy, *Enfermagem de Urgência- Da Teoria à Prática* (pp. 3-7). Loures : Lusociência .
- Marques, A., Fernandes, V., Amarante, J., Silva, A., Oliveira, G., Mendes, M., . . . Cabral, P. (2019). *Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados*. Lisboa: Administração central do Sistema da Saúde, IP.
- Mathur, S., Patel, J., Goldstein, S., & Jain, A. (19 de Setembro de 2022). Bispectral Index.

StatPearls[Internet]/StatPearls Publishing.

Mendes, A. (2021). E depois da unidade de cuidados intensivos? implementação da consulta de follow up . *Webinar Formação, Investigação e Exercício Clínico* (pp. 39-41). Lisboa : Departamento de Enfermagem Médico- Cirúrgica/ Adulto e Idoso da ESEL.

Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (11 de Agosto de 2014). *Despacho n.º 10319/2014: Rede de Serviços de Urgência* Obtido de Diário da República eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>.

Ministério da Saúde. (27 de maio de 2015). *Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>.

Neto, I. (2016). Princípios e filosofias dos cuidados paliativos. Em M. Capela, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-52). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Oliveira, C., & Nunes, E. (2014). Caring for family members in the ICU: Challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of use embracement. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 23, 954- 963.

Oliveira, C., Bernando, W., & Nunes, V. (2016). Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67 (1), 72-84.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem- Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015- Código Deontológico de Enfermagem. Lisboa: Ministério Público.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros - Decreto- Lei n.º 161/96 com alterações introduzidas Decreto- lei nº 104/98. Em O. Enfermeiros, *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE* (pp. 95- 107). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico- Cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Obtido de Diário da República eletrónico: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de Fevereiro de 2019a). Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019b). Regulamento nº743/2019- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>.
- Palacios, A. (11 de fevereiro de 2022). *O que é e para que serve um PDA*. Obtido de Logis Center: <https://www.logiscenter.pt/news/o-que-e-pda>.
- Pappal, R., Roberts, B., Winkler, W., Yaegar, L., Stephens, R., & Fuller, B. (2020). Awareness and bispectral index (BIS) monitoring in mechanically ventilated patients in the emergency department and intensive care unit: a systematic review protocol. *BMJ Open*, *10* (3) 1-5.
- Pereira, M. (2021). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 160-163). Lisboa: Lidel.
- Pinheiro, P., & Madureira, A. (2020). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 176-185). Lisboa: Lidel.
- Pinho, C. (2020a). A comunicação no cuidado especializado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos. Portalegre: Instituto politécnico de Portalegre.
- Pinho, J. (2020b). O doente e a família na unidade de cuidados intensivos. Em J. Pinho, *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 312-320). Lisboa: Lidel.

- Pires, V., Martins, M., & Correia, T. (2021). Prática clínica dos enfermeiros na prevenção da infecção associada ao cateter venoso central. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 1-8.
- Ribeiro, D., & Silva, R. (Abril- Junho de 2022). O papel da enfermagem frente aos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *REVISA (Online)*, 163-172.
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 89-99.
- Ridley, J., Steinberg, L., Walji, N., Lohman, T., Schulz, V., & Capelas, M. (2019). Palliative care in non- cancer patients: Heart failure, end- stage renal disease & chronic lung disease. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Rocha, E. (2020). Indicadores de qualidade em unidades de cuidados intensivos: contributos para uma otimização da prática. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 26-32). Lisboa: Lidel.
- Rua, F. (2020). Cuidados Intensivos: Do passado ao futuro. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 3-6). Lisboa : Lidel.
- Santana, K., Marinho, M., Cavalcante, A., Machado, L., Silva, L., Guedes, M., . . . Silva, L. (25 de maio de 2022). Reflexões acerca da identidade do Enfermeiro na gestão dos serviços de saúde . *Research, society and development*, 11 (7) pp. 1-8.
- Santos, A. (2020). Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Lesão Renal Aguda em Unidades de Cuidados Intensivos. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (junho de 2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (4) pp. 35-57.
- Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 16 (1), 211- 219.
- Sousa, A. (2021). O papel do enfermeiro intensivista na hemodiálise: uma revisão integrativa de literatura. Goianésia: Faculdade Evangélica de Goianésia.

- Szymanski, P., Neto, I., Bitencourt, L., & Moreira, C. (2021). Trombólise Endovenos em Acidente Vascular Cerebral isquémico: uma revisão de literatura. *Revista de Neurociências*, 29, 1-16.
- Tavares, T., Camoes, J., Carvalho, D., Jacinto, R., Vales, C., & Gomes, E. (2019). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Medicina Intensiva*, 31, 164- 170.
- Teixeira, A., & Vieira, F. (2020). O perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 21-24). Lisboa: Lidel.
- Teixeira, G., Gaspar, F., & Lucas, P. (Julho de 2022). Papel do enfermeiro gestor na promoção de ambientes da prática de enfermagem culturalmente competentes: Uma revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 13, pp. 1-12.
- Varandas, F. (2021). Implementação de metodologias Kaizen Lean na indústria farmacêutica . Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Vieira, M. (2017). Ser Enfermeiro- Da compaixão à proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora .
- World Health Organization. (2019). Palliative Care. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

8. Apêndices

8.1. Apêndice I- Abordagem ao utente com AVC na Sala de Emergência

Serviço de Urgência Geral de Adultos

ABORDAGEM AO UTENTE COM AVC NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA

Elaborado por: Carina Costa

Tutora: Enf^a L.G.

Sob Orientação de: Prof.^a Doutora Irene Oliveira

junho 2022

Lista de Siglas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

NIHSS- National Institutes of Health Stroke Scale

SU- Serviço de Urgência

AVC- Via verde- Acidente Vascular Cerebral

Índice

1. Introdução	77
2. Acidente Vascular Cerebral- Fisiopatologia	79
3. VV- AVC- Ativação extra-hospitalar	79
4. O papel do enfermeiro na ativação da VV- AVC na triagem do SU	80
5. Abordagem na sala de emergência	82
6. Tipos de tratamento AVC isquêmico	83
7. Considerações finais	85
8. Referências Bibliográficas	87
9. Anexos	89
9.1. Anexo I- Escala de NIHSS	91

1. Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do estágio no Serviço de Urgência decorrente da unidade curricular: A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica, pertencente ao plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, integrado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa Este surge como colmatação de uma necessidade identificada no Serviço de Urgência (SU) relativamente à abordagem ao utente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo como principal objetivo a uniformização de cuidados e melhoria da qualidade dos mesmos.

O AVC é causado pela interrupção da irrigação cerebral, pela rotura de um vaso sanguíneo (AVC hemorrágico) ou pela sua oclusão (AVC isquémico), comprometendo o normal funcionamento e aporte de glicose e oxigénio às células cerebrais, causando assim danos que poderão ser irreversíveis. Este representa a principal causa de morte em Portugal tendo representado a nível continental 6432 óbitos em 2015. Nos últimos 25 anos a incidência desta doença tem vindo a diminuir a par com grandes progressos em relação aos tratamentos, contudo, Portugal mantém-se nos últimos lugares em relação aos outros países da Europa (Direção-Geral da Saúde, 2017 e Pereira, 2021).

Dados publicados em 2015, referentes a 2013 relativamente à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório indicam que Portugal à data se encontrava na 23^a. posição a nível europeu e ainda que, em 2014, à admissão hospitalar de doentes com AVC, de um total de 15549 doentes com AVC admitidos no hospital, 5840 não eram admitidos em Unidade com AVC e 9709 eram admitidos em Unidades com AVC. Com estes dados é possível constatar que a cada meia hora é admitido no hospital uma vítima de AVC. Importa referir que esta patologia ocorre de forma súbita podendo ser incapacitante ou até mesmo mortal, no entanto, é tratável na fase aguda, o que vai reduzir a taxa de mortalidade e de incapacidade quanto mais precoce for a deteção, avaliação, diagnóstico e tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2015 e Pereira, 2021).

De modo a permitir que o indivíduo com suspeita de AVC tenha a possibilidade de tratamento mais precoce surge a implementação da VV- AVC no Sistema de Triagem de Manchester permitindo o reconhecimento dos sinais e sintomas sugestivos de AVC e encaminhamento. A VV- AVC consiste numa forma organizada de cuidados do SU que permite que o indivíduo com quadro de sintomatologia compatível com AVC seja encaminhado à realização de exames complementares de diagnóstico com a maior prontidão,

de modo a excluir ou confirmar o diagnóstico e sucessivo tratamento (Pereira, 2021).

O trabalho foi elaborado tendo por base uma metodologia descritiva e está dividido em cinco capítulos. O primeiro onde é explicada a fisiopatologia do acidente vascular cerebral. O segundo capítulo aborda o modo como é feita a ativação da via verde- AVC extra-hospitalar. O terceiro capítulo descreve o papel do enfermeiro na ativação da VV- AVC na triagem do SU e no quarto capítulo o modo como é abordado o utente na sala de emergência. Por fim, no quinto capítulo descrevem-se os tipos de tratamento para o AVC isquémico.

2. Acidente vascular cerebral- Fisiopatologia

As doenças cerebrovasculares representam uma das principais causas de mortalidade e morbidade que mais causam incapacidade física na população, sendo a segunda principal causa de mortalidade a nível mundial. Dentro das doenças cerebrovasculares surge o AVC, que é definido como um dano cerebral que gera uma súbita alteração neurológica com características focais ou difusas e com duração superior a 24 horas. Esta condição, pode ocorrer por dois mecanismos distintos: isquémico, com uma incidência de aproximadamente 85% dos casos e hemorrágico (Szymanski et al, 2021).

O AVC isquémico ocorre devido a uma oclusão parcial ou total de um vaso sanguíneo cerebral, sendo gerada através de uma placa de aterosclerose ou um coágulo. Consequentemente, uma área do cérebro não recebe sangue gerando um défice de oxigénio, resultando em isquemia e, se duração entre 4 a 10 minutos, morte da zona em causa. A apresentação clínica do AVC isquémico consiste em alteração súbita do estado neurológico, sendo o seu principal sintoma a hemiplegia do hemicorpo contralateral à lesão encefálica. No entanto, dependendo da artéria com oclusão os sinais e sintomas clínicos divergem, sendo estes: (i) diminuição da força; (ii) sensibilidade contralateral; (iii) afasia/disartria; (iv) alteração do estado de consciência; e (v) perda de memória momentânea e confusão (Szymanski, et al, 2021).

O AVC hemorrágico, por sua vez, pode ocorrer devido a hemorragia intraparenquimatosa geralmente causada por hipertensão arterial crónica e ainda por hemorragia subaracnóidea pela rotura de aneurismas (Jacomini & Nunes, 2019). De modo a diferenciar AVC isquémico de AVC hemorrágico e ainda para despiste de outro tipo de diagnósticos é necessário apurar a história clínica, realizar o exame físico e ainda exames complementares de diagnóstico, tais como a tomografia computadorizada sem contraste, ressonância magnética e exames laboratoriais. Por fim, e de modo a quantificar a sintomatologia, é recomendado o uso da “*National Institutes of Health Stroke Scale*” (NIHSS), escala composta por 11 itens que é utilizada para precisar a gravidade e indicar um possível prognóstico que se encontra em anexo (Szymanski, et al, 2021).

3. VV- AVC - Ativação extra-hospitalar

O conceito via verde consiste na ativação de uma estratégia previamente definida para melhorar a abordagem, o encaminhamento e o tratamento de doentes graves, em três fases, pré, intra e inter-hospitalar. O AVC é uma emergência médica em que o tempo pode ser a chave face ao tratamento, por isso, a VV-AVC é um exemplo de uma via verde que

tem como objetivo uma maior prontidão na avaliação e orientação dos doentes em fase aguda, permitindo assim o diagnóstico e tratamento dentro do tempo de janela terapêutica eficaz ou porta-agulha (Pereira, 2021).

Na presença de indivíduo com seguinte sintomatologia: dificuldade em falar, desvio da comissura labial, e/ou diminuição ou perda de força num membro, deve-se suspeitar de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo os sinais anteriormente referidos considerados os sinais de alerta AVC, com isto, torna-se importante as instituições de saúde divulgarem quais os sinais de alerta e caso haja presença dos mesmos, a pessoa, o familiar, o cuidador ou o profissional de saúde deve contactar de imediato o Número Europeu de Emergência 112 (Direção- Geral da Saúde, 2017).

A cadeia de ativação da VV-AVC extra-hospitalar, inicia-se com o contacto para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), este perante a informação da existência de pessoa com sinais de alerta de AVC irá confirmar a suspeita de diagnóstico de AVC e ativar a VV-AVC pré-hospitalar que irá enviar o meio de transporte de emergência ao local. Posteriormente, a equipa enviada ao local irá efetuado o transporte até ao serviço de urgência com Unidade de AVC mais próximo. O CODU, por sua vez, terá que assegurar o contacto e a transmissão da informação ao médico responsável pela VV-AVC intra-hospitalar nomeadamente o fornecimento de dados pessoais, terapêutica prévia, funcionalidade prévia e semiologia apresentada, hora e circunstâncias de início (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A VV-AVC intra-hospitalar consiste num sistema que irá facilitar o acesso terapêutica na fase aguda do AVC. O seu principal objetivo é reduzir o tempo desde a entrada no hospital ao início do tratamento, assim, torna-se essencial que o médico responsável pela equipa da VV-AVC intra-hospitalar alerte o quanto antes o serviço de urgência, o médico responsável pela admissão do utente, o laboratório de análises clínicas e a imagiologia. Deste modo, todo o procedimento será agilizado permitindo uma abordagem o mais precoce possível (Direção Geral da Saúde, 2017).

4. O papel do enfermeiro na ativação da VV- AVC na triagem do SU

Os SU em Portugal, desde o ano 2000, adotaram o Sistema de Triagem de Manchester, este tem como objetivo priorizar de acordo com a gravidade clínica, indicando a prioridade com que o indivíduo deve ser atendido e não o seu diagnóstico, aconselhando ainda um tempo alvo até à primeira observação médica. De forma sucinta, o método consiste na identificação da queixa inicial e seguir o respetivo fluxograma de decisão, atualmente existem 52 fluxogramas que irão classificar o utente numa das 5 categorias disponíveis identificadas segundo número, nome, cor e tempo alvo até à primeira observação médica

(“emergente= vermelho= 0 min; muito urgente= laranja= 10 min; urgente= amarelo= 60 min; menos urgente= verde= 120 min; não urgente= azul= 240 min”) (Direção- Geral da Saúde, 2018).

A Triagem de Manchester irá permitir a identificação precoce de quem necessita de atendimento urgente, permitindo assim aos utentes integrarem as vias verdes de forma adequada. Esta triagem será realizada por um enfermeiro triador, que segundo a mais recente evidência científica será mais eficaz de acordo com a sua experiência em emergência. De acordo com o referido é passível de se afirmar que os enfermeiros têm um papel de grande importância aquando do reconhecimento dos sinais e sintomas no utente com suspeita de AVC, e na ativação da VV-AVC (Pereira, 2021).

O enfermeiro da triagem terá que avaliar o utente identificando os sinais e sintomas de alarme (dificuldade em falar, desvio da comissura labial, e/ou diminuição ou perda de força num membro) e enquadrar segundo os critérios de inclusão da VV- AVC (Pereira, 2021). Após o referido, o triador irá identificar no sistema informático, e irá selecionar a opção via verde. Entre as vias verdes disponíveis no sistema terá que selecionar a VV- AVC como tipo de ativação primária e identificar a data e a hora. Seguidamente terá que selecionar de acordo com a sua avaliação de sinais e sintomas o motivo da ativação através da seleção de uma das opções inframencionadas:

- a) “Depressão de consciência- instalação súbita e espontânea, sem recuperação”;
- b) “Falta de força de um lado do corpo ou um seu segmento (face, membro superior e/ou inferior) - instalação súbita e espontânea”;
- c) “Desvio da comissura labial- instalação súbita e espontânea, sem recuperação”;
- d) “Alteração da fala ou da compreensão das palavras- instalação súbita e espontânea, sem recuperação”;
- e) “Visão dupla ou hipovisão- instalação súbita e espontânea, sem recuperação”;
- f) “Desequilíbrio ou incoordenação- instalação súbita e espontânea, sem recuperação”
(*Software Alert* ®).

Após finalização de triagem e da verificação de todos os critérios de inclusão para ativação da VV- AVC o neurologista tem conhecimento imediato, o utente é transferido para a sala de emergência dando seguimento à avaliação médica e realização de exames de diagnóstico complementares (Pereira, 2021).

No seguimento da importância da realização de uma triagem atenta aos sinais e sintomas foi apresentado um estudo que indica que a maioria dos doentes com AVC foi triado com prioridade elevada, tendo sido esta atribuída mais frequentemente aos mais idosos, aos que faleceram ou aos que foram internados. Por fim, foi ainda possível concluir

que o Sistema de Triagem de Manchester é sensível às dinâmicas do SU, atribuindo prioridade “emergente ou muito urgente à maioria das pessoas em que se verificou a presença de AVC (Pereira et al., 2017).

5. Abordagem na sala de emergência

Na Sala de Emergência, após admissão do utente com sinais e sintomas de alerta de AVC, este é avaliado pela equipa de neurologia e simultaneamente o enfermeiro inicia algumas atitudes terapêuticas e intervenções de enfermagem, nomeadamente:

- a) Manter cama até 10° de inclinação;
- b) Retirar roupa e pertences do utente e colocar bata do hospital;
- c) Obtenção de pelo menos um acesso venoso periférico, de grande calibre, sugere-se
- d) Colheita de sangue para análises, hemograma, bioquímica, dois estudos de coagulação;
- e) Rastreio SARS- COV2, caso não tenha estado infetado há menos de 90 dias, com requisição de priorização de teste rápido;
- f) Monitorização de eletrocardiograma de 5 derivações, de tensão arterial por pressões não invasivas, de saturação de oxigénio por oximetria de pulso, frequência cardíaca e respiratória, medição de glicemia capilar e de temperatura timpânica se possível;
- g) Manter via aérea permeável com oxigenoterapia adequada de forma a assegurar saturações periféricas de oxigénio > 90%.
- h) Colheita de aspetos essenciais da história clínica;
- i) Registo da pontuação da escala de NIHSS;
- j) Preparar transporte de utente, nomeadamente bala de oxigénio, insuflador manual, monitor de transporte e bolsa com material de administração de *alteplase* (bólus);
- k) Transporte para o serviço de imagiologia para a realização de Tomografia Computorizada Cerebral;
- l) Caso critério para trombólise endovenosa, administrar bólus de *alteplase* ainda na sala de emergência, posteriormente manter em perfusão, segundo indicação do protocolo;
- m) Caso critério para trombectomia, transporte até à radiologia de intervenção. Caso não tenha critério regressa à SE, aguardando novas indicações.

6. Tipos de tratamento AVC isquémico

O tratamento na fase aguda de um AVC isquémico, tem como objetivo a

desobstrução da artéria ocluída, com vista a salvar algum do tecido cerebral que ainda possa ter danos possíveis de reverter. O tratamento inicial tem como base as medidas de suporte avançado de vida, tais como: (i) ventilação adequada; (ii) hidratação adequada; (iii) correção de distúrbios metabólicos; (iv) pressão arterial inferior a 185/110mmHg e (v) profilaxia de complicações não neurológicas. O tratamento mais específico e direcionado à condição pode ser a trombólise endovenosa e a trombectomia mecânica, a utilização de um ou outro tratamento estará condicionada a critérios de inclusão e exclusão (Jacomini e Nunes, 2019).

A trombólise endovenosa irá dissolver o trombo que está a ocluir determinada artéria com o objetivo de restaurar o fluxo sanguíneo nas regiões em isquemia, mas não com enfarte. O *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* 2003 recomenda, a nível mundial, tempos chave de abordagem ao potencial candidato ao uso trombólise endovenosa, sendo estes: “ 10 minutos desde a admissão até a avaliação médica, 25 minutos da admissão até a realização da TC craniana, 45 minutos da admissão até a interpretação da TC (tempo portatografia); 60 minutos da admissão até a infusão do *alteplase* (rt-PA) (tempo portagulha); 15 minutos para a disponibilidade do neurologista; 2 horas para a disponibilidade do neurocirurgião; 3 horas da admissão até a monitorização no leito” (Szymanski et al., 2021, p. 8-9).

A administração de *alteplase* está dependente de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão contemplam: (i) diagnóstico clínico de AVC isquémico; (ii) idade superior a 18 anos; (iii) início dos sintomas : < a 4,5 h; (iv) Tomografia Computorizada do crânio sem evidência de hemorragia intracraniana. Por sua vez os critérios de exclusão abrangem: (i) uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (INR) > 1,7; (ii) uso de heparina nas últimas 48h com APTT elevado; (iii) AVC isquémico ou traumatismo crânio-encefálico major nos últimos 3 meses; (iv) melhoria rápida e completa dos sintomas; (v) pressão arterial sistólica <185 mmHg ou pressão arterial diastólica < 110 mmHg; (vi) défices neurológicos leves; (vii) hemorragia gastrointestinal ou urinária ativa; (viii) história de cirurgia major nos últimos 14 dias ou punções lombares nos últimos 7 dias; (ix) plaquetas < 100.000/ mm³; (x) glicemia capilar < 50 mg/dl (Szymanski et al., 2021).

Posteriormente à implementação dos critérios de inclusão/exclusão e verificação de critérios para a administração do *alteplase* a forma de preparação do fármaco será na dose de 0.9 mg/kg com uma dose máxima de 90 mg. Após verificação da dosagem do fármaco, 10% será administrada por bólus endovenoso no primeiro minuto e a restante dose ficará em perfusão contínua durante 60 minutos. Durante a infusão do fármaco e nas 24h posteriores o utente deverá permanecer em vigilância com monitorização numa unidade de cuidados intensivos, para deteção de sinais de alerta (Szymanski et al, 2021).

A trombectomia mecânica tem vindo ao longo dos anos a ser mais utilizada e tem como objetivo a remoção da maior parte do coágulo de modo a haver reperfusão cerebral, sendo um complemento ou alternativa à trombólise endovenosa, isto porque o utente pode usufruir desta abordagem num intervalo superior, indo de 6 a 24 horas. Esta opção de tratamento está mais indicada quando em contexto de AVC com oclusão da artéria na circulação anterior, podendo ser utilizada seguidamente ao uso da trombólise endovenosa (Szymanski et al, 2021)

7. Considerações finais

O AVC é uma patologia com elevada mortalidade e morbidade, associada a diversos fatores de risco prévios. As consequências desta condição são inúmeras e se a mesma não for tratada com a maior prontidão possível estas podem vir a ser irreversíveis. Tendo em conta o referido anteriormente, o enfermeiro desempenha um papel fundamental a par com toda a equipa multidisciplinar na rapidez e eficácia do encaminhamento, admissão, avaliação, diagnóstico e tratamento, que se irá refletir em menor área de isquemia e enfarte, logo menos sequelas para o individuo, tendo em conta isto “*Time is Brain*” (Szymanski et al, 2021).

8. Referências Bibliográficas

Barros, P. (s.d.). Em U. d. CHVNG, *Protocolos da Unidade AVC- Livro de Bolso* (pp. 12- 15). Vila Nova de Gaia: Boehringer Ingelheim.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Portugal: Doenças Cérebro- Cardiovasculares em Números: 2015- Programa Nacional para as Doenças Cérebro- Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (9 de janeiro de 2018). Norma 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata Obtido de: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (13 de julho de 2017) Norma 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Obtido de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

Jacomini, J., & Nunes, C. (2019). Acidente Vascular Encefálico: Trombectomia mecânica ou trombólise química? *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, 1(2), 66-78.

Pereira, M. (2021). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 160-163). Lisboa: Lidel.

Pereira, M. S., Guedes, H. M., Oliveira, L. M., & Martins, J. C. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 93-102.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro- Cardiovasculares . (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro- Cardiovasculares* . Lisboa: Direção- Geral da Saúde .

Szymanski, P., Neto , I., Bitencourt, L., & Moreira, C. (2021). Trombólise Endovenosa em Acidente Vascular Cerebral Isquémico: uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, 29 1-16.

Anexos

9.1. Anexo I- Escala de NIHSS

Vavc CHGE
 ESCALA NIHSS

Observação
 DIA

__/__/__

HORA

__:__:__ h : __:__:__ h : __:__:__ h : __:__:__ h : __:__:__ h

1a NIVEL CONSCIÊNCIA 0= alerta, resposta normal 1= não está alerta mas responde a estímulos mínimos verbais para obedecer ou responder 2= não está alerta. Requer estímulos repetidos ou dolorosos para realizar movimentos (não estereotipados ou reflexos) 3= só respostas reflexas ou falta total de resposta									
1b NIVEL CONSCIÊNCIA (respostas Oraís) 0= ambas as respostas são corretas 1= uma resposta correta 2= nenhuma resposta correta									
1c NIVEL CONSCIÊNCIA (ordens motoras) 0= ambas as ordens corretas 1= uma ordem correta 2= nenhuma ordem correta									
2 OLHAR CONJUGADO 0= normal 1= paresia parcial do olhar 2= paresia total ou desvio forçado do olhar conjugado									
3 CAMPOS VISUAIS 0= sem alteração visual 1= hemianopsia parcial 2= hemianopsia completa 3= cegueira total									
4 PARÊSIA FACIAL 0= movimento normal e simétrico 1= apagamento sulco nasolabial ou mímica assimétrica 2= paralisia total ou quase total da parte inferior da hemiface 3= paralisia completa com ausência de movimento em toda hemiface									
5 FUNÇÃO MOTORA MEMBRO SUPERIOR 0= mantém a posição durante 10 segundos 1= queda em menos de 10 segundos, sem tocar no leito 2= queda em menos de 10 segundos, toca no leito 3= movimento sem vencer força da gravidade 4= ausência total de movimento 9= extremidade amputada a nível proximal ou imobilizada (não somar à pontuação)	MSD								
6 FUNÇÃO MOTORA MEMBRO INFERIOR 0= mantém a posição durante 5 segundos 1= queda em menos de 5 segundos, sem tocar no leito 2= queda em menos de 5 segundos, toca no leito 3= movimento sem vencer força da gravidade 4= ausência total de movimento 9= extremidade amputada a nível proximal ou imobilizada (não somar à pontuação)	MID								
7 ATAXIA DOS MEMBROS 0= ausente (ou afásico ou hemiplégico) 1= presente numa extremidade 2= presente nas duas extremidades 9= amputação ou fusão articular (não somar à pontuação)	MIE								
8 SENSIBILIDADES 0= normal 1= leve ou moderada (o doente nota que lhe tocam) 2= grave ou total (o doente não nota que lhe tocam)									
9 LINGUAGEM 0= normal 1= afasia leve ou moderada 2= afasia grave (impossibilidade de se entender com interlocutor) 3= mudo, afasia global e coma									
10 DISARTRIA 0= normal 1= leve ou moderada (pode ser entendido mas com dificuldade) 2= grave, imperceptível ou anarrico 9= entubado ou outras barreiras físicas (não somar à pontuação)									
11 EXTIÇÃO OU DESATENÇÃO 0= sem alterações 1= desatenção ou extinção (1 modalidade - visual, tátil ou espacial) 2= hemidesatenção ou negligência grave ou mais de uma modalidade. Não reconhece a sua própria mão ou só reconhece uma parte do espaço.									

TOTAL

Vavc CHGE

ESCALA NIHSS

Administrar a escala seguindo a ordem dos itens. Registrar a avaliação em cada categoria após cada item avaliado. Não volte atrás, não mude a avaliação anterior. Siga as instruções para cada *técnica* de exame. A classificação deve avaliar o que o doente FAZ, não o que o avaliador pensa que o doente pode fazer. O avaliador deve registrar as respostas enquanto administra a escala e faz-lo rapidamente. Exceto quando indicado o doente não deve ser 'orientado' (i.e., repetir as ordens para obter resposta).

1a. NIVEL DE CONSCIÊNCIA: Deve ser escolhida uma resposta mesmo se uma avaliação completa não for possível devido a tubo endotraqueal, trauma orotraqueal, alteração da linguagem. Deve ser atribuída a pontuação 3 apenas se o doente não fizer qualquer movimento (para além de movimentos reflexos) em resposta a estímulos dolorosos.

1b NIVEL CONSCIÊNCIA (respostas Oraís): É perguntado ao doente o mês actual e a sua idade. A resposta deve ser completamente correta e não por aproximação. Os doentes afásicos e com alt. consciência que não possam responder têm pontuação de 2. Doentes que não possam falar por causa de tubo endotraqueal, trauma orotraqueal, anartria, barreira de linguagem ou outro problema não secundário a afasia têm pontuação 1. Só deve ser pontuada a primeira resposta e sem ajuda do examinador.

1c NIVEL CONSCIÊNCIA (ordens motoras): Pede-se ao doente para abrir e fechar os olhos e apertar e largar a mão não parética. Substituir por outra ordem motora caso adequado. Deve ser considerada a resposta sempre que haja uma tentativa inequívoca de cumprir a ordem mesmo que esta não seja completa por fraqueza. Se o doente não responde à ordem verbal a tarefa deve ser demonstrada (pantomina) e considerar a pontuação atingida (-e., cumpre 0, 1 ou 2 ordens). Aos doentes com traumatismo, amputação ou outros impedimentos físicos devem ser dadas ordens simples equivalentes (ordens de 1 só passo). Apenas a primeira tentativa deverá ser considerada

2 OLHAR CONJUGADO: Apenas testados os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocéfálicos) serão considerados; não se faz teste calórico Se o doente tem um desvio conjugado que é contrariado por atividade voluntária ou reflexa a pontuação será de 1. Se o doente tiver uma paresia isolada de um nervo periférico (NC III, IV ou VI), pontua 1. O olhar é testável em todos os J doentes afásicos. Doentes com traumatismos oculares, pensos oclusivos, cegueira prévia ou outras alterações da acuidade ou campos visuais devem ser testados os movimentos reflexos e a escolha deve ser feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e depois mover-se de um lado para o outro do doente pode clarificar a presença de uma paresia parcial dos movimentos oculares conjugados. _____

3. CAMPOS VISUAIS: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, usando contagem digital ou ameaça visual conforme apropriado. Os doentes poderão ser encorajados, se olharem para o lado onde os dedos se movem deve ser pontuado como normal. Se existir cegueira unilateral ou enucleação deve ser pontuado o CV do outro olho. Pontuar 1 apenas se existir uma clara assimetria, incluindo uma quadrantanópsia. Se o doente for cego por qualquer causa pontuar 3. A estimulação dupla simultânea é efetuada nesta altura, se existir extinção o doente pontua 1 e o resultado é usado para responder ao item 11. _____

4. PARÉSIA FACIAL: Perguntar - ou usar imitação - para que o doente mostre os dentes ou eleve as sobrancelhas e feche os olhos. Pontuar simetria do rosto em resposta a estímulos dolorosos nos doentes pouco recativos ou afásicos. Se existir traumatismo facial ou ligaduras, tubo orotraqueal ou outras barreiras físicas estas devem ser removidas dentro do possível.

5. FUNÇÃO MOTORA MEMBRO SUPERIOR: O membro é colocado na posição apropriada: braços estendidos (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou 45° (se deitado). A queda é pontuada se ocorrer antes de 10 segundos. O doente afásico deve ser incentivado "verbalmente e por- imitação mas não por estimulação dolorosa. Cada membro é testado individualmente começando pelo membro não parético. Apenas nos casos de amputação ou fusão articular no ombro o examinador deve pontuar NT (não testável) e justificar o motivo desta pontuação.

6. FUNÇÃO MOTORA MEMBRO INFERIOR: O membro é colocado na posição apropriada: Perna a 30° (testar sempre deitado). A queda é pontuada se ocorrer antes de 5 segundos. O doente afásico deve ser incentivado verbalmente e por imitação mas não por estimulação dolorosa. Cada membro é testado individualmente começando pelo membro não parético. Apenas nos casos de amputação ou fusão articular na anca o examinador deve pontuar NT (não testável) e justificar o motivo desta pontuação.

7. ATAXIA DOS MEMBROS: Este item tem o objetivo de evidenciar uma lesão cerebelosa unilateral. Testar com olhos abertos. No caso de alterações visuais assegurar que o teste é feito no campo visual intacto. Executar a prova dedo-nariz-dedo e calcanhar-joelho são executados bilateralmente e a ataxia é pontuada apenas se presente de forma desproporcional à paresia. Considera-se ataxia ausente no doente que não consegue compreender os comandos ou que está paralisado. Apenas no caso de amputação ou fusão articular o examinador deve pontuar NT (não , testável) e justificar o motivo desta pontuação. No caso de cegueira testar mandando o doente, com os braços estendidos, tocar no nariz.

8. SENSIBILIDADES: Sensibilidade ou "caretas" à estimulação dolorosa à picada, ou fuga dos estímulos dolorosos no doente afásico ou sonolento. Apenas a perda de sensibilidade atribuível ao AVC deve ser pontuada como anormal e o examinador deverá testar várias áreas corporais (braços- não as mãos - pernas, tronco, face) para verificar hemipostesia. Um score de 2 "grave ou total (o doente não nota que lhe tocam)" deve ser atribuído apenas se esta situação for inequivocamente demonstrada. Doentes com alterações da consciência e afásicos pontuarão provavelmente 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda bilateral da sensibilidade pontuará 2. Se o doente não responde e está quadriplégico pontuará 2. Doentes em coma (item 1a=3) terão automaticamente 2 neste item.

9. LINGUAGEM: Informação relativamente a este item já obtida ao preencher os itens prévios da escala. Pede-se ao doente para descrever uma figura, nomear itens e ler frases A compreensão é avaliada quer para respostas a este item quer pelas respostas aos comandos prévios no exame neurológico. Se existirem alterações visuais pedir ao doente para identificar objetos colocados na sua mão, repetir frases e produzir discurso. Ao doente entubado deve ser pedido que escreva. O doente em coma (item 1 a=3) pontuará automaticamente 3 neste item. O examinador deverá escolher a pontuação para o doente estuporoso ou não colaborante sendo a pontuação 3 reservada para o mutismo e ausência total do cumprimento de ordens simples.

10. DISARTRIA: Deverá ser obtida uma amostra de discurso do doente pedindo-lhe para repetir palavras. Se existir afasia grave apreciar a clareza de articulação de qualquer discurso espontâneo do doente. Apenas nos doentes intubados ou com outras barreiras físicas à produção de discurso o examinador deverá pontuar NT (não testável) e justificar o motivo desta pontuação. Não dizer ao doente o que está a ser testado.

11. EXTINÇÃO OU DESATENÇÃO: A informação para a pontuação deste item terá sido já obtida nos itens prévios. Se o doente tiver alterações visuais graves impedindo a estimulação bilateral simultânea e a resposta aos estímulos cutâneos for normal a pontuação será 0. Se o doente tem afasia mas parece responder adequadamente a ambos os estímulos a pontuação será 0. A presença de negligência visuo-espacial ou anosognosia deve ser tomada como anormal. Uma vez que é apenas pontuada se presente o item nunca é NT (não testável).

Escala Retirada de Barros (s.d)- Protocolos da Unidade de AVC- Livro de Bolso

8.2. Apêndice II- *Check- List* Mala do desfibrilhador

1. Objetivos

- a) Uniformizar procedimento de verificação de desfibriladores da sala de emergência;
- b) Otimizar recursos humanos e materiais.

2. Âmbito

- a) Procedimento destinado à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência.

3. Descrição

- a) Na presença de cuidados diferenciados da sala da emergência é imprescindível a manutenção constante do equipamento de ressuscitação para que ele esteja pronto a ser utilizado de imediato, tendo em conta isto, é preciso efetuar verificações e testes diariamente.

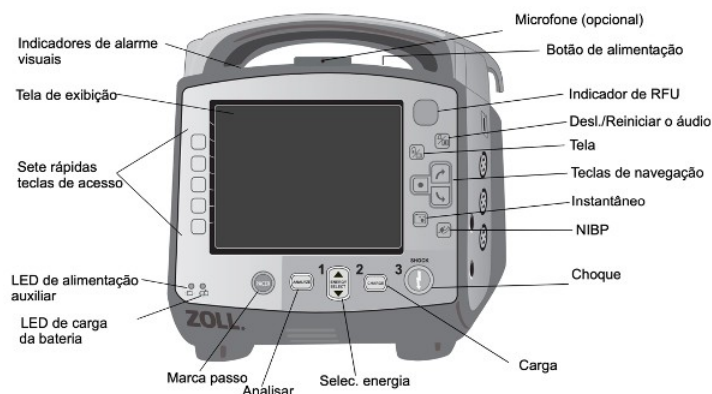


Figura 1- Painel frontal do equipamento

- b) Inspeção/ verificação diária preferencialmente no turno da manhã
 - Certificar que a unidade do equipamento se encontra limpa e sem danos;
 - Inspeccionar todos os cabos, fios, pás do desfibrilador e o cabo de alimentação CA;
 - Verificar se a unidade realizou o auto teste através do aparecimento da mensagem *APROVADO NO AUTOTESTE*;
 - Desconectar o cabo de alimentação CA;
 - Inspeccionar a bateria do equipamento;
 - Conectar o cabo multifuncional ao conector de teste;
 - Pressionar a seta Selec. Energia;
 - Selecionar 30 Joules;
 - Pressionar o botão *CARGA* no painel frontal;
 - Verificar se o botão *CHOQUE* no painel frontal acende;
 - Pressionar o botão *CHOQUE* até que a unidade descarregue;

Publicação	Revisão	Página
		1 de 2

- Verificar que o desfibrilhador emite a mensagem *APROV. TESTE CURT DESFIBR*;
- Conectar o cabo multifunções às pás;
- Conectar o cabo de alimentação CA;
- Verificar se o equipamento do desfibrilhador se encontra selado, se usado, verificar a presença do seguinte material:



Figura 2- Mala de transporte desfibrilhador

1	2	Desfibrilhador	3	4
---	---	----------------	---	---

Figura 3- Esquema mala de transporte desfibrilhador



1	Cabo ECG 6 derivações com elétrodos	1
	Saturímetro	1
2	Manga pressões não invasivas- <i>adult</i>	1
	Manga pressões não invasivas- <i>large</i>	1
	Manga pressões não invasivas- <i>pediatric</i>	1
	Cabo ECG 4 derivações	1
3	Termómetro	1
	Adaptador cabo das Pás	1
	Cabo multifunções	1
	Pás multifunções	1
	Placas de gel	1
	Saco de elétrodos	1
4	CapnógrafoC#	2

4. Referências

Medical Corporation. (2015). Guia do operador da X Series. Chelmsford- USA: ZOLL Medical Corporation.

Publicação	Revisão	Página
		2 de 2

8.3. Apêndice III- Formação- Cuidados Paliativos em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos

Plano de Formação

Tema: Cuidados Paliativos no contexto de Unidades de Cuidados Intensivos

Data: 13 de outubro de 2022

Local: Serviço de Medicina Intensiva- Online - Via Teams

Formador: Carina Costa

Observações: Apresentação de um artigo acerca da temática referida, no âmbito do grupo de trabalho Prática Baseada na Evidência.

Tempo previsto: 25 minutos (20 min para a apresentação e 5 min para discussão)

Objetivos da sessão:

1º Sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a importância da temática e do desenvolvimento de práticas baseadas em princípios dos Cuidados Paliativos;

2º Apresentar um artigo, como um modelo para futuros investimentos de investigação na área;

Objetivos pedagógicos:

Objetivo Geral 1: Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados especializados à pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica em contexto de Cuidados Paliativos;

Objetivo específico 1: Analisar a importância dos Cuidados Paliativos em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos;

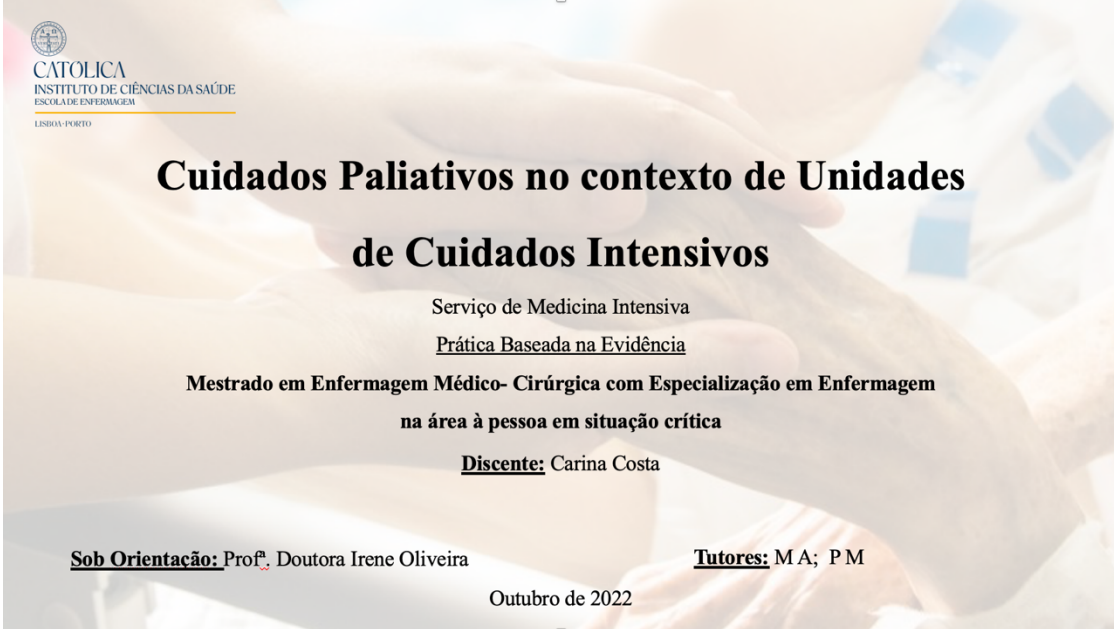
Objetivo específico 2: Identificar os fatores influenciadores na implementação dos Cuidados Paliativos em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos;


Objetivo específico 3: Identificar as diferentes etapas da realização de um artigo;

Objetivo específico 4: Analisar o impacto da formação em serviço na melhoria de cuidados.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recurso
Introdução	5	<ul style="list-style-type: none"> • Justificação da escolha da temática; • Apresentação do artigo, título, autores, ano, revista, volume; • Contextualização relativa aos Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos; 	Expositiva	<p>Programa:</p> <p><i>Powerpoint</i></p> <p>Artigo:</p> <p>Introducing palliative care into the intensive care unit: An Interventional study</p>
Desenvolvimento	10	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de estudo; • Exposição dos materiais e métodos utilizados; • Apresentação dos resultados e discussão dos mesmos; 	Expositiva	
Conclusão	5	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusões relativas ao artigo; • Limitações; • Sugestões para futuros estudos. 	Expositiva/interativa	

Apresentação PowerPoint- Formação

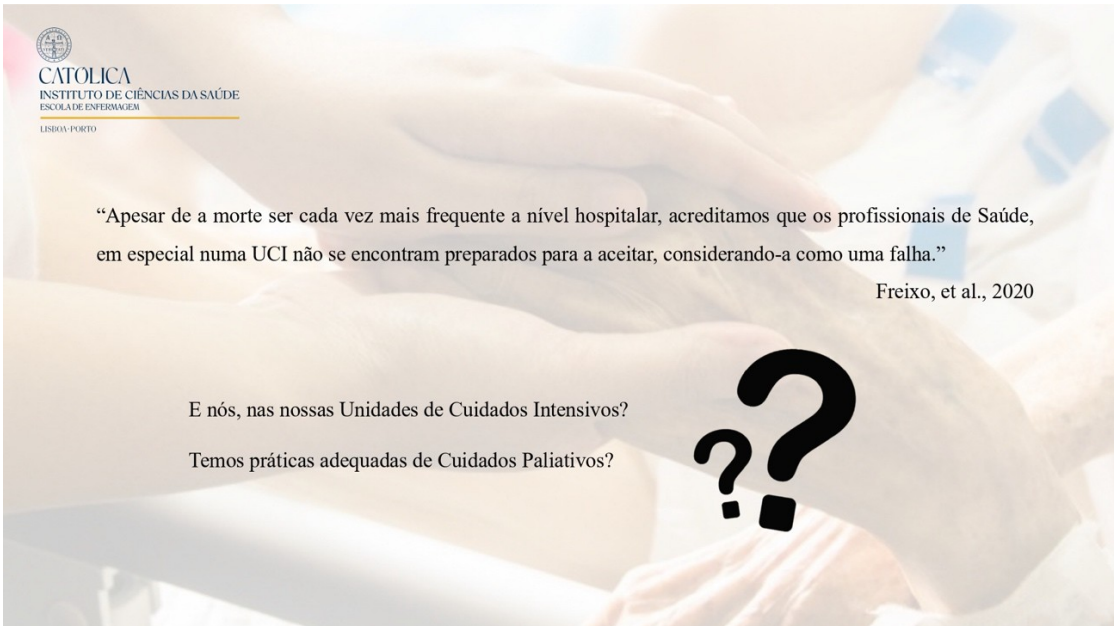



**Cuidados Paliativos no contexto de Unidades de Cuidados Intensivos**

Serviço de Medicina Intensiva
Prática Baseada na Evidência
Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica com Especialização em Enfermagem na área à pessoa em situação crítica
Discente: Carina Costa

Sob Orientação: Prof. Doutora Irene Oliveira **Tutores:** M A; P M


Outubro de 2022



**Cuidados Paliativos no contexto de Unidades de Cuidados Intensivos**

“Apesar de a morte ser cada vez mais frequente a nível hospitalar, acreditamos que os profissionais de Saúde, em especial numa UCI não se encontram preparados para a aceitar, considerando-a como uma falha.”
Freixo, et al., 2020

E nós, nas nossas Unidades de Cuidados Intensivos?
Temos práticas adequadas de Cuidados Paliativos?



Objetivos de sessão

- Relembrar conceitos acerca de Cuidados Paliativos;
- Apresentar um artigo acerca de Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos;
- Sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a importância da temática;
- Motivar a futuras investigações na área.



Heart & Lung 49(2020) 915–921

Contents lists available at ScienceDirect

Heart & Lung

journal homepage: www.heartandlung.com

Introducing palliative care into the intensive care unit: An interventional study

Freda DeKeyser Ganz, PhD, RN^{a,*}, Maureen Ben Nun, RN, BSN^b, Ofra Raanan, MSN, RN^c

^a Hadassah Hebrew University School of Nursing, Kiryat Hadassah, PO Box 12000, Jerusalem 91120, Israel and ^b Jerusalem College of Technology, Jerusalem, Israel
^c Soroka Medical Center, Soroka Intensive Care Unit, P.O. Box 101, Beer Sheva, Israel

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Background: Many Intensive Care Unit (ICU) deaths include patient and family suffering. While there is a need to include palliative care in the ICU, such care is often unavailable.

Objectives: To determine whether a course in ICU Palliative Care was associated with changes in participants' palliative care knowledge, attitudes and practices.

Methods: Four cohorts of a national health course in ICU palliative care (N = 122) were followed. Data were collected on the first and last day of a six-month course and 2–5 years later.

Results: Statistically significant differences were found in palliative care attitudes and practices, with knowledge levels and quality of death and dying stable after course completion. Participants reported obtaining knowledge and skills necessary to introduce palliative care but were thwarted by organizational barriers.

Conclusions: The course was successful in building participants capacity to provide palliative care however; barriers made introduction of palliative care into the ICU difficult.

© 2020 Elsevier Inc. All rights reserved.

Título: Introducing palliative care into the intensive care unit: An interventional study

Autores: Freda DeKeyser Ganz; Maureen Ben Nun; Ofra Raanan

Data: 16 de julho de 2020


Jornal: Heart & Lung

Volume: 49

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


Introdução | Materiais/ Métodos | Resultados/ Discussão | Conclusão | Limitações | Sugestões

Cuidados Intensivos



Fonte: <https://www.ulsj.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/servico-de-medicina-intensiva/>

Cuidados Paliativos



Fonte: <https://correiodominho.pt/noticias/lsquo-o-poverelho-rsquo-cria-estrutura-inovadora-de-cuidados-paliativos/87424>

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

Introdução | Materiais/ Métodos | Resultados/ Discussão | Conclusão | Limitações | Sugestões

Cuidados Paliativos

“Providenciar tratamento, cuja abordagem defende a preservação da qualidade de vida, daqueles que possuem doenças com risco de vida associado. Inclui controlo de sintomas e dor, bem como, cuidados em fim de vida”

World Health Organization, 2019

Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos

- Gestão de Sintomas
- Tomadas de decisão em equipa multidisciplinar

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

Introdução | Materiais/ Métodos | Resultados/ Discussão | Conclusão | Limitações | Sugestões

Papel do Enfermeiro



- Avaliar necessidade de cuidados paliativos
- Mediar a comunicação entre equipa multidisciplinar, utente e família
- Suportar utente e família

Fonte: <https://www.csaudeboavista.com/enfermagem-na-unidades-de-cuidados-intensivos/>

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

Introdução | Materiais/ Métodos | Resultados/ Discussão | Conclusão | Limitações | Sugestões

Método de introdução dos Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos:

- Modelo consultivo
- Modelo integrativo

A prestação de cuidados paliativos e seu conhecimento podem ser avaliados através de:

- Método objetivo
- Método subjetivo

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

Introdução **Materiais/ Métodos** Resultados/ Discussão Conclusão Limitações Sugestões

Tipo de Estudo

Estudo prospetivo longitudinal, estudo de coorte

Amostra

- Amostra de conveniência de **122 Enfermeiros** israelitas de unidades de cuidados intensivos de todo o país;
- Os 112 Enfermeiros foram convidados a participar no curso “Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos”;
- Divididos em 4 turmas de 25 a 35 participantes, que concluíram o curso entre 2014-2017.
- Todos os participantes foram convidados a participar no presente estudo.

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

Introdução **Materiais/ Métodos** Resultados/ Discussão Conclusão Limitações Sugestões

Recolha de dados

1º momento 2º momento 3º momento

Quantitativos:

1º Momento- Início do curso
2º Momento- Fim do curso (após 6 meses da 1ª avaliação)
3º Momento- Um ano após

Qualitativos:

“knowledge Café”
1º Momento- Início do curso
2º Momento- Fim do curso (após 6 meses da 1ª avaliação)
3º Momento- Seminário em 2019

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

Introdução **Materiais/ Métodos** Resultados/ Discussão Conclusão Limitações Sugestões

Instrumentos

Questionário 1- Questionário acerca das características pessoais e profissionais;

- Dados demográficos;
- Anos de experiência enquanto Enfermeiro;
- Anos de experiência enquanto Enfermeiro de Cuidados Intensivos;
 - Formação contínua de enfermagem;
- Contacto quer pessoal quer profissional com Cuidados Paliativos.

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

Introdução **Materiais/ Métodos** Resultados/ Discussão Conclusão Limitações Sugestões

Instrumentos

Questionário 2- Questionário baseado no “End- of- life Care in the ICU Questionnaire” e “Quality of death and Dying”

SELF-PERCEIVED END-OF-LIFE CARE COMPETENCIES	35	
APPENDIX 1. SCALE OF END-OF-LIFE CARE IN THE ICU (EOLC-ICU)		
<p>Directions: Please read each statement carefully. Check (X) the scale item that best describes your level of agreement with each statement from Strongly Disagree to Strongly Agree.</p>		
<p>I am well prepared to:</p>		
<p>1. Treat pain in the dying patient with pharmacological measures (e.g., opioids, anticonvulsants, and sedation).</p> <p>2. Treat pain in the dying patient with nonpharmacological measures (e.g., heat, cold, massage, relaxation techniques).</p> <p>3. Treat respiratory symptoms in the dying patient (e.g., dyspnea and cough).</p> <p>4. Treat gastrointestinal symptoms in the dying patient (e.g., nausea, vomiting, constipation, and bowel obstruction).</p> <p>5. Treat neuro/psychiatric symptoms in the dying patient (e.g., delirium, seizures, anxiety, and restlessness).</p> <p>6. Discuss advance care planning with patients and families.</p> <p>7. Discuss code status with patients and families.</p> <p>8. Withdraw life support in the dying patient.</p> <p>9. Identify the emotional needs of dying patients and their families.</p> <p>10. Identify the cultural needs of dying patients and their families.</p> <p>11. Provide grief and bereavement support to patients and families at end of life.</p> <p>12. Identify the spiritual needs of dying patients and their families.</p>	<p>Strongly Disagree Disagree Neutral Agree Strongly Agree Not Applicable</p>	
<p>I feel:</p> <p>13. Comfortable discussing advance care planning with patients and families.</p> <p>14. Comfortable discussing code status with patients and families.</p> <p>15. Comfortable withdrawing life support in the dying patient.</p> <p>16. It is important for physicians, nurses, and other ICU team members to collaborate in end-of-life decision making.</p> <p>17. ICU staff would benefit by commemorating the death of patients in the ICU.</p>		<p>Strongly Disagree Disagree Neutral Agree Strongly Agree Not Applicable</p>
<p>In the ICU:</p> <p>18. I initiate advance care planning with patients/families when they are admitted with no documentation of advance care plans.</p> <p>19. I use the patient's advance directive when developing goals for end-of-life care.</p> <p>20. Code status is discussed with patients/families in a timely fashion when the patient's clinical status deteriorates.</p> <p>21. Withdrawal of life support is discussed with patients/families in a timely fashion when the patient's clinical status deteriorates.</p>		<p>Strongly Disagree Disagree Neutral Agree Strongly Agree Not Applicable</p>

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

Introdução **Materiais/ Métodos** Resultados/ Discussão Conclusão Limitações Sugestões

Instrumentos

Questionário 2- Questionário baseado no “ End- of- life Care in the ICU Questionnaire” e “Quality of death and Dying”

36 MONTAGNINI ET AL.

22. Clear and consistent information is provided by team members to patients/families making decisions regarding end-of-life care.
 23. Conflicts among team members are addressed before meeting with the patient and/or family.
 24. Team members meet with the patient and/or family on a regular basis to review the patient's status and to answer questions.
 25. Palliative care experts are consulted in a timely manner for end-of-life issues.
 26. We prepare patients and families for changes of clinicians (attending physicians, residents, medical students, nurses, etc.).
 27. Continuity of care for the patient/family at end of life is observed when nursing assignments are made.
 28. There is sufficient support for staff to handle the personal distress that may arise when caring for patients at end of life.

Role in ICU: Attending Fellow PGY-4 PGY-3 PGY-2 PGY-1 Medical Student RN MIT PhD SW APN RT Dietary Chaplain
 Other: _____

MD specialty: Anesthesia Cardiology CT Surgery General Surgery General Internal Medicine ICU Other: _____

Years in practice: _____

Previous end-of-life education: No Yes; type: Lectures Self-study Course (# ___ hrs)
 Other: _____

General comments: _____

Montagnini, et al.,2012

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


Introdução **Materiais/ Métodos** Resultados/ Discussão Conclusão Limitações Sugestões

Instrumentos

“Knowledge Café”

“ O que é que os Cuidados Paliativos significam para si?”

“ Como se prestam os Cuidados Paliativos na sua Unidade?”



Fonte: <https://kmol.pt/entrevistas/2017/10/21/david-gurteen/>

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

Introdução | Materiais/ Métodos | **Resultados/ Discussão** | Conclusão | Limitações | Sugestões

Table 1
Participant Demographic and Work Variables (N = 122).

Demographic Variable	n (%)	Work Variable	n (%)
Sex		Nursing Education	
Female	108 (88.5%)	RN only	31 (25.1%)
Male	14 (11.5%)	RN + Baccalaureate	51 (42.9%)
		RN + Master's Degree	37 (31.1%)
		Missing	3
Marital Status		Post Basic Certification	
Single	32 (26.7%)	Yes	112 (94.1%)
Married	64 (53.3%)	No	7 (5.9%)
Separated/Divorced	18 (14.4%)	Missing	3
Widowed	6 (4.8%)	Current Role	
Missing	2	Staff Nurse	90 (77.8%)
		Assistant or Nurse Manager	21 (18.1%)
Religion		Other	5 (4.3%)
Jewish	107 (89.2%)	Missing	6
Muslim	7 (5.8%)	Clinical Experience with PC	
Christian	3 (2.5%)	No	69 (58.5%)
Other	3 (2.5%)	Yes	48 (41.5%)
Missing	2	Missing	4
		Family Experience with PC	
		No	84 (71.8%)
		Yes	33 (28.2%)
		Missing	5

- Média de idade dos participantes- 50.2 anos;
- Maioria dos participantes eram do sexo feminino (n= 108);
- A maioria dos participantes não tinham experiência nem pessoal nem profissional com Cuidados Paliativos (n= 84 e n= 69).

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

Introdução | Materiais/ Métodos | **Resultados/ Discussão** | Conclusão | Limitações | Sugestões

Table 2
Mean and Standard Deviation Scores of Knowledge, Attitude, Practices and QODD Scores over Time.

	T1 n = 122	T2 n = 110	T3 n = 24
Knowledge	3.9 ± 0.75	4.4 ± 0.45	4.3 ± 0.60
Attitudes	3.9 ± 0.70	4.3 ± 0.52	4.4 ± 0.61
Practices	2.9 ± 1.0	3.3 ± 0.74	3.6 ± 0.55
QODD	6.4 ± 2.8	6.7 ± 1.9	7.1 ± 1.9

Table 3
Paired t-tests between Knowledge, Attitude, Practice and QODD levels over time.

Variable	Difference between T1-T2 t (df), p	Difference between T2-T3 t (df), p	Difference between T1-T3 t (df), p
Knowledge	5.59 (65), p=.005	.80 (12), p=.438	1.98 (16), p=.065
Attitudes	4.47 (65), p=.0001	.37 (14), p=.719	4.32 (16), p=.001
Practices	3.61 (65), p=.01	3.86 (14), p=.706	4.62 (16), p=.0001
QODD	1.67 (85), p=.098	6.35 (13), p=.537	3.10 (16), p=.007

- As médias relativas aos níveis de conhecimento, atitudes, práticas e avaliação da qualidade da morte e do processo de morrer aumentaram ao longo do tempo (Tabela 2);
- Diferenças significativas (p < 0.05) entre o momento T1-T2, T1-T3 relativamente às atitudes e práticas;
- Similaridade entre T2-T3 nas 4 variáveis.

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

Introdução | Materiais/ Métodos | **Resultados/ Discussão** | Conclusão | Limitações | Sugestões

“ O que é que os Cuidados Paliativos significam para si?”

Início do Curso	Fim do curso
Controlo de sintomas em especial a dor Morrer com dignidade Cuidados centralizados no utente/ família	Cuidados Multidisciplinares Iniciar cuidados paliativos Escuta ativa/ Comunicação assertiva

“The nurses demand from the doctors to give analgesics”
 “To put the disease outside the door and take care of the patient”
 “To die with dignity, in peace, pain control, cooperation with family”

“Use a multidisciplinary team”
 “Goal setting”

“Stop the medical discussions and move to a discussion of palliative care”
 “Don’t be afraid to talk about death”
 “Make goals with the family that are realistic and help the family develop methods of thinking that are different”

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

Introdução | Materiais/ Métodos | **Resultados/ Discussão** | Conclusão | Limitações | Sugestões

“ Como se prestam os Cuidados Paliativos na sua Unidade?”

Início do Curso
-Diferentes abordagens de acordo com o serviço; -De nenhum Cuidado Paliativo a Cuidados Paliativos adequados; -Enfermeiros como meros executores de decisões médicas. <u>Barreiras</u> -Ausência de políticas concretas de atuação - Ausência de equipas de suporte

“The staff does not have the appropriate skills to lead palliative care or to explain to the family”

“When they decide in the end, it is hard to give the appropriate care to the family . We are very busy because of pressure of the work and time pressure”

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

Introdução | Materiais/ Métodos | **Resultados/ Discussão** | Conclusão | Limitações | Sugestões

“ Como se prestam os Cuidados Paliativos na sua Unidade?”

Fim do Curso

- Opiniões divididas acerca da progressão relativamente à introdução dos Cuidados Paliativos;
- Discussão multidisciplinar;
- Parceria Enfermeiro- Médico.

Barreiras

- Suporte de Enfermagem
- Isolamento
- Médicos
- Famílias
- Equipa Multidisciplinar
- Recursos

“They think we gave up but if we started it from the beginning of the hospitalization the process would be diferent”

“Fear of death by the staff”

“Doctors still avoid it... There still is a lot of ego involved- do everything till the end”

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

Introdução | Materiais/ Métodos | **Resultados/ Discussão** | Conclusão | Limitações | Sugestões

Encontro Final

- Melhoria de consciencialização acerca do tema;
- Cuidados Paliativos não só no cancro como em outras patologias;
- Multidisciplinaridade.

Barreiras

- Ausência de politicas concretas de atuação
- Médicos
- Famílias

“Before just cancer patients now include those whith heart failure and others”


“The power to operate and oppose doctors”

“The course gave us the courage to cope with the family and have the courage to discuss”

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

Introdução | Materiais/ Métodos | Resultados/ Discussão | **Conclusão** | Limitações | Sugestões

- Incremento de conhecimento acerca de Cuidados Paliativos após a realização do curso;
- Aumento dos níveis de eficácia do Enfermeiro intensivista relativamente à prestação de Cuidados Paliativos nas Unidades de Cuidados Intensivos;
- Os conhecimentos e atitudes relativamente aos Cuidados Paliativos melhoraram e permaneceram ao longo do tempo;
- A perceção da qualidade da morte e do processo de morrer, melhoraram ligeiramente ao longo do tempo.



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


Introdução | Materiais/ Métodos | Resultados/ Discussão | Conclusão | **Limitações** | Sugestões

1º momento
122 enfermeiros

2º. Momento
110 enfermeiros

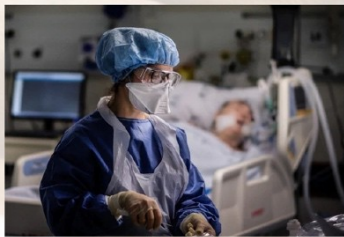
3º momento
18 enfermeiros

- Amostra pequena de Enfermeiros;
- Questionário traduzido e adaptado;
- Ao longo do estudo a amostra foi reduzindo.





Futuramente sugerem-se estudos relacionados com a temática no sentido de educar as equipas multidisciplinares a atuar segundo princípios de Cuidados Paliativos nas Unidades de Cuidados Intensivos, nas diferentes culturas e ambientes.



Fonte: https://www.rtp.pt/noticias/pais/hospital-de-gaia-abre-nova-unidade-de-cuidados-intensivos-e-recebe-primeiros-doentes_n1280377



Freixo, P., Pereira, R., & Costa, N. (2020). O doente em fim de vida. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 301-309). Lisboa: Lidel.

Montagnini M, Smith H, Balistrieri T. Assessment of self-perceived end-of-life care competencies of intensive care unit providers. *J Pall Med.* 2012;15:29–36. [https:// doi.org/10.1089/jpm.2011.0265](https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0265).

Ridley, J., Steinberg, L., Walji, N., Lohman, T., Valerie, S., & Capelas, M. L. (2019). *Palliative care in non-cancer patients- Heart failure end-stage renal disease & chronic lung disease*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

World Health Organization. WHO definition of palliative care. 2019. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



Cuidados Paliativos no contexto de Unidades de Cuidados Intensivos

Serviço de Medicina Intensiva

Prática Baseada na Evidência

**Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica com Especialização em Enfermagem
na área à pessoa em situação crítica**

Discente: Carina Costa

Sob Orientação: Prof.^ª Doutora Irene Oliveira

Tutores: MA; PM

Outubro de 2022

8.4. Apêndice IV- Formação- Prevenção da Infecção Relacionada com o cateter vascular central

Plano de Formação

Tema: Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central- Atualização de Feixe de intervenções.

Data: 6 de janeiro de 2023.

Local: Unidade de Queimados.

Formador: Carina Costa e Enfermeira Tutora T. S.

Tempo previsto: 15 minutos (10 min para a apresentação e 5 min para discussão).

Objetivos da sessão:

1º Elucidar acerca de conceitos relacionados com Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e o Cateter Vascular Central.

2º Apresentar a atualização da Norma Clínica: 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixe de intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central.

Objetivos pedagógicos:

Objetivo Geral: Aprofundar conhecimentos sobre as normas relacionadas com a prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Objetivo específico 1: Identificar conceitos relacionados com as infeções associadas aos cuidados de saúde e cateter vascular central.

Objetivo específico 2: Analisar a implementação dos feixes de intervenção relativos à inserção e manutenção do Cateter Vascular Central.

Objetivo específico 3: Refletir acerca da pertinência da formação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recurso
Introdução	2	<ul style="list-style-type: none"> • Justificação da escolha da temática; • Contextualização relativa ao Cateter Vascular Central e às Infecções associadas aos Cuidados de Saúde; 	Expositiva	Programa: <i>Powerpoint</i> Norma 022/2015 atualizada a 29 de Agosto de 2022
Desenvolvimento	5	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do feixe de intervenções relativo à inserção do CVC; • Apresentação do feixe de intervenções relativo à manutenção do CVC; 	Expositiva	
Conclusão	3	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusões relativas à implementação dos feixes de intervenção. • Discussão. 	Expositiva/ participativa	

Apresentação PowerPoint- Formação

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VASCULAR CENTRAL

ATUALIZAÇÃO DE FEIXE DE INTERVENÇÕES

Unidade de Queimados

**Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica
na área de Enfermagem na área à pessoa em situação crítica**

Discente: Carina Costa

Sob Orientação: Prof^ª. Doutora Irene Oliveira

Tutor: T. S

Janeiro, 2023

Objetivos da Sessão

- Identificar Conceitos relacionados com as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Cateter Vascular Central (CVC);
- Analisar a implementação dos feixes de intervenções relativos à inserção e manutenção do CVC;
- Refletir acerca da pertinência da formação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.



CATETER VASCULAR CENTRAL



Fonte: <https://kfilmed.com/prods/cateteres-venosos-centrais/?lang=pt-br>



Fonte: <https://www.medicalexpo.com/pt/prod/vygon/product-77748-786462.html>

- Tubo longo, macio, fino e oco;
- Pode ter vários lumens;
- Colocado em grandes vasos sanguíneos:
 - Veia Jugular;
 - Veia Subclávia;
 - Veia Femoral.

American Thoracic Society, 2019

CATETER VASCULAR CENTRAL

Critérios para colocação:

- Administração de fármacos e fluidoterapia;
- Administração de derivados sanguíneos;
- Nutrição Parentérica;
- Monitorização hemodinâmica central;
- Impossibilidade de colocação de Cateter Venoso Periférico;



Fonte: <https://panoramafarmaceutico.com.br/b-braun-lanca-primeira-bomba-de-infusao-com-ip-34/>

Pires, et al., 2021

INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE - IACS



Fonte: <https://www.apsf.org/pt-br/articulo/todos-podemos-assumir-a-responsabilidade-de-diminuir-as-infeccoes-associadas-aos-cuidados-medicos/>

“Infeções adquiridas em contexto hospitalar por doentes internados que não apresentavam essa patologia na admissão, as que são diagnosticadas pós alta ou ainda as diagnosticadas a profissionais de saúde, no exercício das suas funções”

Pires, et al., 2021, p. 2

- **Cateteres Vasculares:** dispositivos invasivos que corrompem as barreiras naturais do organismo e permitem o acesso direto de microrganismos à corrente sanguínea, local que se pretende estéril;

- **As colonizações do cateter e as infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres vasculares (IACV), podem ser, em grande parte, evitáveis, tornando-se de extrema importância o desenvolvimento de boas práticas na prevenção e controlo de infeções.**

DGS, 2022

A inserção e a permanência do CVC permitem que ocorra a migração de microrganismos para a corrente sanguínea através de dois mecanismos:

Colonização extraluminal:

microrganismos contaminantes da pele, provavelmente auxiliados por ação da capilaridade, penetram através da pele durante a inserção do cateter ou nos dias que se seguem após a inserção.

Colonização intraluminal:

migração do patógeno pela corrente sanguínea, por infeções originárias em outro local, como pneumonia, ou, ainda, a infusão de soluções contaminadas.

Fatores de Risco de Infecção Independentes

Hospitalização prolongada antes do cateterismo;

Duração prolongada do cateterismo;

Colonização microbiana no local de inserção e na conexão do cateter;

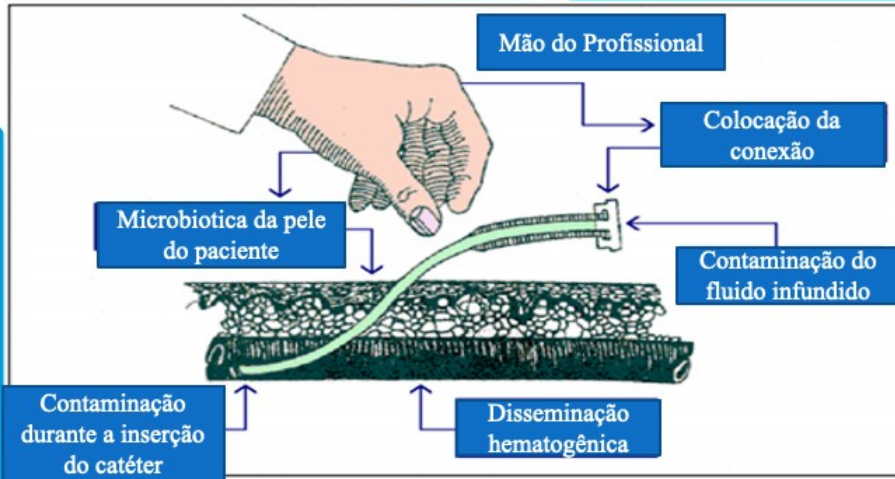
Manipulação inadequada do cateter;

Cateterismo da veia femoral;

Nutrição parentérica;

Neutropenia;

Fontes de Contaminação do Cateter Venoso



Fonte: https://www.unimed.coop.br/site/documents/1472613/0/Protocolo-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-%E2%80%93-Infec%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-de-Corrente-Sangu%C3%AAdnea.pdf/c2a85f86-811b-055a-ab1b-5c08b2fdb0ef?_t=1642783178971

Intervenções a implementar no momento da Inserção do Cateter Vascular Central



Fonte: <https://www.medway.com.br/contudos/como-passar-um-acesso-venoso-central/>

- 1-Garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC;
- 2-Realizar Higiene das Mãos;
- 3-Usar barreira de proteção máxima;
- 4-Realizar antissépsia da pele com clorexidina a 2% em álcool;
- 5-Evita acesso femoral.

DGS, 2022

“Bundle” de inserção do Cateter Vascular Central

1. Garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC

- Avaliar a necessidade de colocação e a razão da necessidade;
- A colocação deve ser realizada ou supervisionada por profissionais com treino.

2. Higienização das mãos

- Preparação pré- cirúrgica das mãos.



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=7bbykaoc7rg>

3. Barreira de proteção máxima

- Utilização de bata e luvas estéreis, touca e máscara;
- Usar campo cirúrgico estéril.

DGS, 2022

“Bundle” de inserção do Cateter Vascular Central

4. Antissepsia da pele com clorexidina a 2% em álcool

- Friccionar a solução por, pelo menos, 30 segundos;
- Deixar secar aproximadamente 2 minutos antes da punção;
- **Em pele não íntegra**, utilizar solução antisséptica aquosa e deixar secar pelo menos 2 minutos.



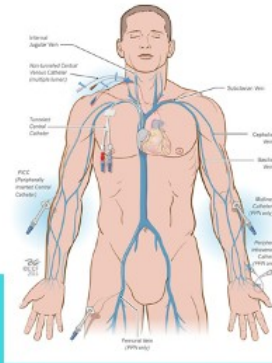
Fonte: <https://www.shutterstock.com/pf/search/betadine>

DGS, 2022

“Bundle” de inserção do Cateter Vascular Central

5. Evitar acesso femoral

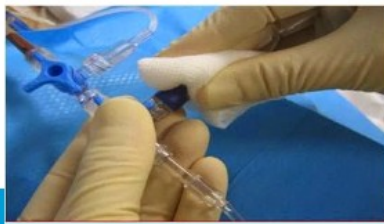
- Escolha do local de inserção adequado;
- **NÃO** usar acesso femoral sempre que possível;
- Usar veia jugular interna ou veia subclávia de modo a minimizar o risco de infeção;
- Privilegiar veia subclávia, sempre que o risco de complicações *versus* benefício da prevenção de infeção o permita.



Fonte: <https://www.periop.com.br/estao-prtica-6>

DGS, 2022

Intervenções a implementar na manutenção do Cateter Vascular Central



Fonte: <https://sites.google.com/site/webquestcatetervenocentral/conclusao-1>

1. Avaliar diariamente remoção do CVC;
2. Higienização das mãos antes da manipulação;
3. Descontaminar pontos de acesso com antisséptico;
4. Usar técnica asséptica na realização do penso;
5. Desenvolver treino e competência na manutenção do CVC.

DGS, 2022

“Bundle” de manutenção do Cateter Vascular Central

1. Avaliar diariamente a remoção do CVC

- O risco aumenta com o tempo de permanência;
- Troca de cateter de rotina não se justifica para dispositivos bem funcionantes e sem evidência de complicações locais ou sistêmicas.



Fonte: <https://www.alamy.es/imagenes/medicina-de-cuidados-intensivos.html?img=8&sortBy=relevant>

DGS, 2022

“Bundle” de manutenção do Cateter Vascular Central

2. Higienização das mãos antes de manipulação do CVC

- Utilizar técnica *no-touch* nos pontos de acesso ao mesmo.

3. Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico

- Usar técnica asséptica antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração;
- Descontaminar com material estéril (obturadores, torneiras de 3 vias, rampas de torneiras) com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos e deixar secar antes de manusear.



Fonte: <https://pensaremasaude.pt/conhecimento/2-processo-circular/c3%b3rio/administra%C3%A7%C3%A3o-de-f%C3%A1rmacos-por-cvc>

DGS, 2022

**“Bundle” de manutenção do Cateter
Vascular Central**

Importa ainda...

- Manter pontos de acesso ao CVC ocluídos;
- Se necessário remoção de tampa, usar nova estéril- NUNCA USAR A MESMA;
- Trocar **sistemas de infusão** num intervalo de **96 horas**;
- Trocar **sistemas de transdução de pressão** num intervalo de **96 horas**;
- Trocar sistemas de infusão de **hemoderivados** ou **emulsões lipídicas** num intervalo de **12 a 24 horas**;
- Exceção, trocar sistema de infusão de **propofol** de **6 a 12 horas**;

DGS, 2022

**“Bundle” de manutenção do Cateter
Vascular Central**

4. Usar técnica asséptica na realização do penso

- Garantir local de inserção limpo e sem sangue;
- Limpar o local de inserção com técnica asséptica;
 - Usar máscara, luvas esterilizadas, campo esterilizado e “kit penso”;
 - Aplicar Clorexidina a 2% em álcool para a desinfecção.
- Mudar penso sempre que se verifique:
 - Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - Penso com compressa, até 48 horas;
 - Penso transparente, 7 dias após a sua realização.
- Datar (dia e hora) da realização do penso;
- Implementação de intervenções relativas inspeção e atuação diária;

DGS, 2022

“Bundle” de manutenção do Cateter Vascular Central

5. Desenvolver treino e competência na manutenção do CVC

- Criação de programa educativo de integração e continuado com avaliação de competências por medição de desempenho;
- Treino individualizado por simulação e feedback dos resultados.



Fonte: https://www.3m.com.py/3M/es_PY/mercado-hospitalar-la/terapia-intravascular/cateter-venoso-central/TegadermIV/

DGS, 2022

CHECK LIST VERIFICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO CVC

- Check list tem como objetivo promover a monitorização e adesão ao feixe de intervenções;
- Para bons resultados é necessário o envolvimento e a capacitação da equipa envolvida;
- Promover a disseminação da cultura de segurança do paciente entre os membros da equipa.

Checklist de Enfermagem: Inserção de Cateter Venoso Central
Checklist de Enfermagem: Manutenção de Cateter Venoso Central

DGS, 2022

“O maior inimigo do conhecimento é quem acredita que sabe tudo”.

Marianna Moreno

OBRIGADA!

Referências Bibliográficas

American Thoracic Society . (Abril de 2019). *Central Venous Catheter* . Obtido de American Thoracic Society : <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/central-venous-catheter.pdf>

Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (Julho 2021). Recomendação de boas práticas ACESSOS VASCULARES CENTRAIS.

Atzingen , M. D. (2016). *Prevenção de infecção da corrente sanguínea associada à cateter venoso central*. Porto Velho: Secretaria de Estado de Saúde- Mato Grosso Sul.

Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2015). Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Direção Geral da Saúde . (29 de Agosto de 2022). *Norma Clínica: 002/2015 "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.asp>

Pires, V., Martins, M., & Correia, T. (2021). Prática clínica dos enfermeiros na prevenção da infecção associada ao cateter venoso central. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-8.

Viviane Rosado, et, al. (2011). Fatores de risco e medidas preventivas das infecções associadas a cateteres venosos centrais.



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

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VASCULAR CENTRAL

ATUALIZAÇÃO DE FEIXE DE INTERVENÇÕES

Unidade de Queimados

**Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica
na área de Enfermagem na área à pessoa em situação crítica**

Discente: Carina Costa

Sob Orientação: Prof.^ª Doutora Irene Oliveira

Tutor: T. S

Janeiro, 2023