



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA COMUNICAÇÃO

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

Por
Catarina Sofia Neves Vieira

Porto – maio 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA COMUNICAÇÃO
The role of the specialist nurse in communication

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

Por
Catarina Sofia Neves Vieira

Sob a orientação de Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto – maio 2021

RESUMO

Realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, este relatório é a reflexão sob o percurso realizado durante o estágio da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, centrado na pessoa em situação crítica no contexto de serviço de urgência geral e de cuidados intensivos polivalentes. A descrição das experiências alcançadas, as dificuldades sentidas e as intervenções realizadas ao longo deste percurso são o principal objetivo deste relatório.

Foi utilizada uma metodologia descritiva, analítico-reflexiva para a elaboração do presente trabalho, de forma a descrever o pensamento e tomada de decisão desenvolvidos enquanto enfermeira especialista no processo de aquisição e desenvolvimento das competências nos contextos de prática clínica. A pesquisa contínua e a fundamentação de toda a prática desenvolvida foram aspetos que acompanharam todo o percurso.

A comunicação é algo que faz parte do dia-a-dia do enfermeiro qualquer que seja o contexto de prática em que este se encontra inserido. A observação dos momentos de transferência de doentes entre profissionais foi uma das atividades desenvolvidas relacionada com esta temática.

Outras atividades como a criação de conteúdo teórico sobre outras temáticas que surgiram no percurso estão apresentadas neste trabalho, descrevendo todo o trabalho desenvolvido para a aquisição de competências. Estas atividades permitiram-me deixar o meu contributo nos serviços que me receberam como aluna, como a Norma de Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Cirurgia Cardíaca elaborada no primeiro contexto de estágio, os dois trabalhos elaborados no estágio em contexto de serviço de urgência sobre a Via Verde Trauma e o Acesso Intra-ósseo e ainda o artigo de revisão da literatura sobre o tema da Comunicação.

Sabe-se que o enfermeiro especialista deve desenvolver a sua prática sempre de acordo com as diferentes dimensões do cuidado à pessoa em situação crítica. Fica explanado neste trabalho o conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo o percurso de aprendizagem.

Palavras-chave: Comunicação; Doente Crítico; Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

Held within the scope of the Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, of Institute of Health Sciences da Universidade Católica Portuguesa, this report is a reflection on the path taken during the internship of the curricular unit “Estágio Final e Relatório”, centered on the person in a critical situation in the context of general emergency service and multipurpose intensive care. The description of the experiences achieved, the difficulties felt and the interventions carried out along this path are the main objective of this report.

A descriptive, analytical-reflective methodology was used for the elaboration of the present work, in order to describe the thinking and decision making developed as a specialist nurse in the process of acquisition and development of skills in the contexts of clinical practice. Continuous research and the foundation of all the practice developed were aspects that accompanied the entire course.

Communication is something that is part of the nurse's day-to-day life, whatever the context of practice in which he is inserted. Observing the moments of patient transfer between professionals was one of the activities developed related to this theme.

Other activities, such as the creation of theoretical content on other themes that emerged along the way, are presented in this work, describing all the work developed for the acquisition of skills. These activities allowed me to leave my contribution in the services that received me as a student, such as the “Norma de Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Cirurgia Cardíaca” developed in the first internship context, the two works developed in the internship in an emergency service context about “Via Verde Trauma” and “Acesso Intra-ósseo” and also the literature review article on the subject of Communication.

It is known that the specialist nurse must always develop his practice according to the different dimensions of care for people in critical situations. It is explained in this work the set of skills acquired and developed throughout the learning path.

Keywords: Critical patient; Communication; Medical-Surgical Nursing; Specialist Nurse.

“É preciso plantar a semente da educação para colher os frutos da cidadania.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Durante este percurso várias foram as pessoas que tiveram um papel importante na minha vida e no meu desempenho enquanto estudante e enfermeira. Estou muito grata a todos!

Quero agradecer em primeiro lugar à pessoa que está ao meu lado desde o primeiro dia deste longo caminho e que sem ela não teria tido a coragem de abraçar este desafio. Obrigada, Ana, sem dúvida a voz da razão e da consciência quando tudo parece desabar e a melhor parceira de estudo e amiga que podia ter encontrado na vida. Guardaremos sempre o melhor de tudo para nós.

Agradecer às minhas pessoas luz, Penélope e Sandra, que nunca me largaram da mão e que nunca desistiram de me segurar, mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigado Álvaro e Rita, os parceiros dos desafios, por me ouvirem e acompanharem a minha vida sem rotina. Obrigada Inês, Leonor e Patrícia, amigas que o trabalho me deu, por estarem lá quando o cansaço já pesa e ainda é preciso trabalhar.

Aos que me escolheram para fazer parte da vida deles, Mamã, Papá e Vasquinho, que sejam sempre o colo que aquece e que enche o coração de coisas boas e os que mais vibram com as minhas vitórias. Desculpem as ausências e as palavras mais duras nos dias mais difíceis.

Ao Aarão, obrigada por cresceres ao meu lado, por aplaudires as minhas vitórias e por acreditares que ia alcançar os meus objetivos. Obrigada por estares lá e por seres a companhia perfeita nos momentos em que só precisei de descansar.

Por fim, obrigada a todos os colegas enfermeiros que se cruzaram comigo nos diferentes locais de estágio por que passei, por me ajudarem a ser uma melhor profissional. E obrigada à Professora Doutora Ana Sabrina Sousa, por toda a orientação e disponibilidade, durante este percurso que tantas limitações teve.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIO – Acesso Intra-ósseo

BO – Bloco Operatório

CH – Centro Hospitalar

CI – Cuidados Intensivos

DGS – Direção Geral da Saúde

EA – Eventos Adversos

EE – Enfermeiro Especialista

EET – Entubação Endotraqueal

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI – Emergência Médica Interna

ET – Enfermeiro Tutor

MCEEMC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

ME – Mestrado em Enfermagem

MI – Medicina Intensiva

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VM – Ventilação Mecânica

VV – Trauma – Via Verde Trauma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM FAMÍLIA: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA.....	19
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	25
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	29
3.1. Adquirir conhecimento teórico e prático, na perspectiva de uma prática fundamentada	31
3.2. Compreender a dinâmica de funcionamento e a gestão da SE.....	38
3.3. Entender a dinâmica e o método de gestão dos serviços	41
3.4. Adquirir conhecimento sobre a comunicação entre profissionais	43
4. A COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	47
4.1. Comunicação entre profissionais.....	49
4.2. Comunicação entre profissional e doente	54
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICES	67
Apêndice I – Diagrama Prima e Tabela de Evidências	69
Apêndice II – Norma de Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Cirurgia Cardíaca	75
Apêndice III – Via Verde Trauma – Triagem e Critérios de Ativação	103
Apêndice IV – Acesso Intra-ósseo – Guia de Utilização Prática.....	127

INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem (ME) com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), na unidade curricular Estágio Final e Relatório, é solicitada a elaboração de um relatório que represente o percurso dos estágios integrados na unidade curricular (UC). O Curso, inclui também no seu primeiro ano, um estágio integrado na unidade curricular “Pessoa em Situação Crítica em Família: Vigilância e Decisão Clínica”

Os estágios realizados decorreram no primeiro ano no contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI), no período de 7 de setembro de 2020 a 30 de outubro de 2020. No segundo ano foram realizados no contexto de serviço de urgência (SU) e de unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), no período de tempo que decorreu entre 2 de novembro de 2020 e 27 de fevereiro de 2021, num total de 360 horas de contacto, num total de 840 horas totais de trabalho.

O objetivo da elaboração deste relatório, prende-se com a reflexão sobre os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo da prática clínica nos estágios inerentes à unidade curricular, desenvolvendo no estudante o seu espírito crítico-reflexivo e consolidando os seus conhecimentos inerentes às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

A intervenção do EEEMC, na área de enfermagem de PSC, decorre perante a PSC, que está definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, p. 2) como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Partindo desta definição, os locais de estágio escolhidos, como já referido, foram um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos polivalente, ambos integrados em hospitais centrais e de grande afluência de doentes.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) define as unidades de cuidados intensivos, como *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”* (2018, p. 1). A MCEEMC afirma que estas unidades são responsáveis por todo o doente crítico, no hospital onde se encontram inseridas.

Os serviços de urgência surgem com o objetivo de rececionar, diagnosticar e tratar doentes acidentados ou com doenças súbitas, que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. Urgência entende-se como, *“um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo”*; Emergência por, *“processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”* (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2015, p. 7).

Os locais escolhidos para a realização dos estágios são, portanto, locais onde a intervenção do EEEMC recai sob a PSC e vão de encontro ao estabelecido pela OE, como já referido anteriormente.

A formação contínua permite melhorar competências, promover a autonomia no trabalho e promover o enriquecimento profissional e pessoal. Este nível de formação inicia-se na recolha de necessidades e deve ser vista como um investimento nas pessoas. A experiência motiva a aprendizagem conforme são vivenciadas as necessidades e interesses. A reflexão sobre a experiência é o que nos permite aprender novos conhecimentos e práticas (Correia, 2013).

O EEEMC deve desenvolver a sua prática baseada nas mais recentes evidências científicas, orientada para os resultados pertinentes para os cuidados de enfermagem. Deve ser também o líder ideal para os projetos de formação, acessória e investigação, que sejam potenciadores da atualização dos seus conhecimentos, no desenvolvimento de competências na sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Sabemos que a OE (2018) designa o EEEMC na área de enfermagem à PSC, como o profissional que possui competências específicas de forma a cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos, doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; maximizar a

prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequada.

A OE (2018, p. 19360) define que os cuidados especializados em EMC, *“exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença, em diversos contextos de ação.”*

O enfermeiro deve executar a sua prática sempre com foco na melhor e mais recente evidência científica, fazendo cumprir o definido pela OE e com perspetiva na melhor qualidade de cuidados ao doente, qualquer que seja a sua condição de saúde.

A comunicação surge no quotidiano dos enfermeiros como algo que define a sua prática, quer pela comunicação verbal entre profissionais e entre profissional e doente, quer pela comunicação escrita através dos registos que são realizados sobre os cuidados prestados ao doente. Costa & Gaspar (s.d., p. 51), apresentam a ideia de que as competências se encontram agrupadas em diferentes dimensões, entre as quais surge a dimensão da comunicação. Incluindo a *“Comunicação Oral - interação, escuta, colheita de anamnese, transmissão de informação a outros prestadores de cuidados e argumentação; a Escrita – anotações, escrita de relatórios, análise de documentos; e as Tecnologias de Informação – inserção de dados, pesquisa de fontes de conhecimento e interação com outros prestadores de cuidados.”*

Após verificar que a comunicação é uma temática de tanta importância na prática diária dos enfermeiros, escolhi esta temática para aprofundar ao longo dos estágios realizados, sendo base da minha prática clínica e despertando em mim, enquanto estudante e profissional, o interesse por entender e analisar de forma crítico-reflexiva a comunicação que decorria entre os profissionais.

O documento apresentado está estruturado por capítulos. A introdução desenvolve o enquadramento do relatório, recorrendo a conceitos fundamentais para o desenvolvimento de conhecimento e os motivos da escolha dos locais de prática clínica. No segundo

capítulo é feita uma breve reflexão e contextualização do estágio realizado no primeiro ano do curso. No terceiro capítulo é feita uma contextualização dos locais de estágio correspondentes à UC “Estágio Final e Relatório”. No quarto capítulo é desenvolvida uma análise crítico-reflexiva dos objetivos traçados para o percurso a desenvolver nos contextos de prática, relacionando-os com as competências no cuidado à PSC, pelo enfermeiro especialista. Assim, espero apresentar de forma clara as competências que foram adquiridas. O último capítulo prende-se com a reflexão sobre o tema principal do relatório - A Comunicação do Enfermeiro Especialista. Este tema surgiu no decorrer dos contextos práticos, sobre a importância da comunicação do EEEMC para com os seus pares. Terminando na conclusão, de forma clara e sucinta decorre uma reflexão sobre os objetivos traçados, o percurso desenvolvido com as suas dificuldades e mais-valias, as competências adquiridas e o impacto de todo o percurso, no desenvolvimento profissional e pessoal.

A estrutura do documento foi pensada de forma a obter um fio condutor correspondente ao percurso desenvolvido. Este, iniciou-se no estágio do primeiro ano e terminou no último contexto de prática do estágio do segundo ano, onde surgiu o interesse pela temática da comunicação.

Para a elaboração deste relatório foi selecionada a metodologia descritiva e reflexiva, sendo a base do mesmo, as experiências vividas durante o percurso de estágio e a sua fundamentação recorrendo ao suporte bibliográfico de teses de mestrado, livros, artigos de investigação e documentos da legislação. As referências bibliográficas estão elaboradas de acordo com a norma APA.

Por fim, conclui-se de forma clara e sucinta com base numa reflexão sobre os objetivos traçados, que estes foram alcançados e que representam as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM FAMÍLIA: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

No decorrer do percurso do curso de mestrado, a prática clínica iniciou-se no estágio associado à UC “Pessoa em Situação Crítica em Família: Vigilância e Decisão Clínica”. O estágio decorreu num contexto escolhido por mim e teve o total de 180 horas de prática. O local onde este se realizou não foi o escolhido inicialmente, uma vez que devido à pandemia teve de ser alterado. Decorreu então numa UCI de uma instituição privada.

A UCI recebe na sua maioria doentes de pós-operatório de cirurgia cardiotorácica, estando assim muito focada para o cuidado deste tipo de doentes. Está localizada numa área nobre do primeiro andar da instituição, em frente à saída do recobro do bloco operatório (BO). A entrada na UCI é num pequeno *hall*, para receção dos familiares dos doentes, sendo também onde se encontra o armazém de material médico estéril. A partir deste *hall*, existe uma porta de vidro de abertura manual que divide a unidade do *hall* de entrada.

A UCI é constituída por quatro unidades individuais, que podem ser separadas através de cortinas. Cada doente tem a sua própria unidade, onde podemos encontrar uma torre com todo o material necessário ao doente e onde podemos também acrescentar o que for necessário.

Antes da admissão do doente, é da responsabilidade do enfermeiro a organização da logística para a sua receção, proporcionando as melhores condições, de modo a ser possível uma monitorização rápida no momento da sua chegada. Habitualmente, o doente é transferido diretamente do BO para a UCI, sendo realizado o transporte do mesmo com todo o material necessário para a sua monitorização durante o transporte e de forma a assegurar a ventilação do mesmo, no caso de doente a necessitar de suporte ventilatório.

Sendo uma instituição privada, para além do cuidado ao doente, dos registos das intervenções realizadas pelo enfermeiro e da monitorização do doente, é também exigido ao profissional uma atenção especial aos gastos de material utilizado na prestação de

cuidados. No momento de realizar os registos de enfermagem informatizados, é pedido ao enfermeiro que, em plataforma adequada, apresente todos os consumos de material.

A enfermeira chefe, para além da gestão dos recursos humanos, é responsável pela gestão dos recursos materiais da unidade, realizando os pedidos de material de acordo com o *stock* existente no serviço e ainda os gastos contabilizados pelos enfermeiros relativos a cada doente.

Todos os enfermeiros que constituem a equipa da UCI são prestadores de serviço no local, tendo como experiência profissional unidade de cuidados intensivos de cardiotorácica, serviço de urgência ou unidade de cuidados intensivos polivalente.

Na maioria dos turnos está apenas destacado um enfermeiro, pois na generalidade encontram-se internados dois doentes da mesma especialidade, referente ao dia em que existe também disponibilidade de bloco operatório para a mesma, assim estando dois doentes internados, está ao serviço apenas um enfermeiro. No caso de existir necessidade de internar um terceiro doente, é chamado um segundo elemento da equipa.

Neste primeiro contexto o foco de cuidado foi o doente submetido a cirurgia cardiotorácica e a sua passagem pela UCI, no pós-operatório imediato. Tendo em conta as competências específicas do EEEMC na área de PSC, os objetivos traçados são essencialmente decorrentes das competências de cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe. A competência de maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, foi algo sempre implícito na realização de todos os procedimentos ao doente, cumprindo as regras de assepsia e limpeza de acordo com o procedimento em questão.

Para responder às competências esperadas do EEEMC defini objetivos como: **Identificar quais as necessidades do doente no momento da chegada à UCI, prevenindo qualquer descompensação que possa existir; Reconhecer quais as necessidades do doente e responder às mesmas de forma a proporcionar conforto e qualidade de cuidados ao doente; Adquirir conhecimento sobre a situação clínica do doente, protocolos de preparação de fármacos e intervenções ao doente, específicos do serviço; Reconhecer**

sinais de alerta de alterações hemodinâmicas e da ventilação do doente que possam mostrar instabilidade das funções orgânicas e dor.

O enfermeiro deve conhecer a fisiopatologia associada ao pós-operatório da cirurgia cardíaca, identificando assim os diagnósticos de enfermagem mais adequados a cada doente, de forma a elaborar o plano de intervenções ajustado à situação presente. Assim, os cuidados de enfermagem devem ser qualificados e individualizados, colocando em prática os conhecimentos científicos e o raciocínio crítico do enfermeiro prestador de cuidados (Melo, Costa, & Sandes, 2018).

É de extrema importância que o enfermeiro esteja atento às manifestações clínicas do doente, nomeadamente a identificação dos diagnósticos através das suas expressões e comportamentos, associados a alterações hemodinâmicas que podem surgir identificadas pelos aparelhos de monitorização (Melo et al, 2018).

Os cuidados de enfermagem são executados de acordo com as necessidades do doente e podem variar de acordo com a fase do pós-operatório: imediato, mediato ou tardio. Estes, na sua maioria, apontam para a manutenção do equilíbrio hemodinâmico do doente e dos seus parâmetros vitais (Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva, 2012).

As ações de enfermagem no pós-operatório da cirurgia cardíaca requerem dos profissionais conhecimento técnico-científico específico para a utilização dos recursos tecnológicos avançados e competências específicas, contribuindo para a prestação de cuidados especializados a estes doentes críticos, caracterizando-se pela sua qualidade e garantindo segurança, confiança, capacidade técnica e relacional (Rabim, 2017).

Através da prática desenvolvida neste contexto de estágio, acompanhada por vários enfermeiros da UCI, foi possível conhecer diferentes métodos de trabalho e aproveitar as experiências que foram surgindo com um acompanhamento diferente, o que permitiu esclarecer a mesma dúvida com diferentes profissionais e compreender a experiência vivenciada de diferentes perspetivas, mas todas com o mesmo foco: o cuidado à PSC no contexto de pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

Após alguns turnos realizados na UCI, tendo contactado com alguns dos profissionais, foi clara a necessidade de serem elaborados protocolos e guias de trabalho, de forma a uniformizar o trabalho desenvolvido na UCI. Tratando-se de uma instituição privada e

devido à rotatividade de profissionais prestadores de serviços provenientes de diferentes instituições externas, foi fácil de entender que cada um deles realizava o seu trabalho de acordo com o seu método individual, que diversificava de profissional para profissional. Era claro também, que todos eles realizavam a sua prática de acordo com a maior evidência científica e partilhavam esse conhecimento entre todos, numa tentativa de uniformização.

A prática baseada em evidências científicas pode ser garantida pela elaboração de protocolos e validação dos mesmos, qualificando os serviços e os profissionais e contribuindo para manter o padrão de atendimento e qualidade dos cuidados prestados (Albuquerque, 2018).

Decorrente desta necessidade expressada pelos profissionais, foi foco da minha atenção o desenvolvimento de um documento auxiliador desta uniformização da prática. Realizei, assim, uma proposta de Norma, intitulada: “Norma de Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Cirurgia Cardíaca” (Apêndice II). Esta norma foi elaborada com base em pesquisa bibliográfica realizada, orientando e justificando a prática realizada pelos enfermeiros da UCI.

A elaboração de recomendações de boas práticas deve ser de acordo com a evidência científica disponível. Deve ser feita uma revisão sistemática da informação recolhida, o mais abrangente possível e com origem cientificamente comprovada (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Para além do acompanhamento dos enfermeiros, na prática, foi necessário um investimento na pesquisa científica sobre a temática a desenvolver. Assim, tornou-se mais fácil acompanhar o enfermeiro na sua prática e colocar questões pertinentes sobre o descrito na pesquisa realizada, em comparação com o procedimento a realizar no momento. Foi também facilitador para desenvolver a norma com uma base segura e cientificamente atualizada.

Numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a elaboração da norma, permitiu-me mobilizar conhecimentos e habilidades, avaliar a qualidade da prática clínica e planear programas de melhoria contínua, desenvolvendo assim competências do domínio da melhoria contínua da qualidade do EEEMC.

Relacionado com a área da gestão, defini dois objetivos que, no contexto em questão, foram atingidos. Objetivos esses relacionados com os turnos em que tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira chefe da UCI: **Conhecer o funcionamento e logística de trabalho do serviço em questão; Compreender a gestão do serviço ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem.**

O acompanhamento da enfermeira chefe, nos momentos de gestão de material e de horário, foram experiências de observação da forma como esta gestão de recursos humanos e de materiais era desenvolvida. Foi possível compreender, assim, a importância dos corretos registos de gastos realizados pelos enfermeiros e a interligação entre todos os colegas da equipa entre si e com a chefia, no sentido de todos colaborarem com a enfermeira chefe para a manutenção e desenvolvimento da qualidade de cuidados prestados.

De acordo com a OE (2019), o enfermeiro especialista deve desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados, de forma a gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação na equipa multidisciplinar e também deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações que surgem, de acordo com o seu contexto, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

A maior dificuldade sentida ao longo do decorrer do estágio foi conseguir contacto com novas experiências e com situações clínicas diferentes. Mesmo assim, concluo que este foi enriquecedor para o meu percurso e sendo o primeiro contacto com doentes em UCI, permitiu-me ganhar uma maior disponibilidade para a aquisição de competências específicas do EEEMC.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

De forma a responder ao estabelecido pela UCP para a UC “Estágio Final e Relatório”, foram desenvolvidos dois estágios em contexto de prática clínica, em dois serviços de Centros Hospitalares (CH) distintos, localizados, os dois, numa área metropolitana da região norte. Tal como já referido, os locais escolhidos foram um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos polivalente, correspondendo assim a locais de prática clínica onde a intervenção à PSC está presente.

Definida como uma área multidisciplinar e diferenciada, que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes caracterizados como PSC, a Medicina Intensiva (MI) tem cada vez mais um papel importante no tratamento do doente agudo grave e está cada vez mais presente nas instituições hospitalares, muito pela colaboração com outras especialidades médicas (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018).

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) estão destinados à observação e tratamento de doentes em situação crítica, mas potencialmente reversível, que carecem de monitorização e apoio das funções vitais e de tratamento em horário contínuo pela equipa médica e de enfermagem (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2013).

Os SMI são responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre na instituição hospitalar, quer seja no serviço de urgência através da presença na SE, nas unidades intensivas e intermédias e no internamento através das equipas de emergência médica interna (EMI) (Paiva, et al., 2016).

Os serviços de urgência são locais com um maior grau de diferenciação técnica e de acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica (Direção Geral de Saúde, 2001).

“Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência” (Ministério da Saúde, 2002, p. 1865).

Definem-se urgências, como um processo onde é exigido uma intervenção de avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo e por emergência, o processo no qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, sendo necessária uma intervenção num curto espaço de tempo (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2015). O primeiro estágio da UC decorreu num SU, localizado num hospital geral central e uma referência supra-regional ou até nacional.

Para uma melhor organização dos serviços de urgência, é necessário uma equipa com formação adequada, protocolos de abordagem ao doente, aquisição e organização dos equipamentos e materiais necessários e ainda a interdisciplinidade da abordagem ao doente (Azevedo, Pereira, Lemos, Coelho, & Chaves, 2010).

Para que a dinâmica do SU funcione de forma eficaz e positiva para o doente que se dirige ao mesmo, este deve ser bem organizado desde a sua estrutura física, de gestão de material até à gestão de recursos humanos (Azevedo et al, 2010).

Referente à estrutura física e localização do SU, é necessário que este esteja localizado de forma a ter acesso fácil a meios complementares de diagnóstico e ao BO. Deve ser estruturado com circuitos que ligam todos os serviços necessários em caso de emergência como a radiologia, o BO, os cuidados intensivos (CI) e o heliporto (no caso de este existir e ser utilizado) (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2015).

Durante o período de estágio, foi possível vivenciar o período de transição do SU de um espaço físico para outro, com outras dimensões, disposição de material e organização estrutural. Foi um período que foi sentido como um desafio quer para os estudantes, quer para os profissionais pela adaptação a uma nova realidade. Foram sentidas necessidades e dificuldades associadas a este processo de mudança, que foram ultrapassadas e que permitiram desenvolver a minha capacidade de adaptação a novos contextos de forma muito evidente, o que considero ter sido positivo para o meu desenvolvimento enquanto estudante.

O SU do CH onde decorreu o estágio está dividido em diferentes áreas de assistência à PSC. É constituído por: uma área administrativa; triagem; sala de emergência, com quatro *boxes* destinadas a doentes triados como emergentes; área laranja, destinada a doentes da especialidade médica de medicina interna, medicina geral e familiar, neurologia e urologia; área amarela, neste momento adaptada para a situação pandémica, destinada a doentes SARS-CoV2 positivos e suspeitos; área cirúrgica, que inclui as especialidades de cirurgia geral, ortopedia e otorrinolaringologia; sala de trauma, associada à área cirúrgica; e internamento de curta duração.

De acordo com a triagem realizada pelo enfermeiro, com base no sistema de Triagem de Manchester, os doentes que são admitidos no SU são encaminhados para as diferentes áreas de forma a receber os cuidados que necessitam de forma direcionada.

O segundo estágio foi realizado numa UCIP, localizada num CH da região Norte. Esta está localizada no edifício central deste CH, no piso 2, lado a lado com o bloco operatório central e com relação direta com o serviço de urgência que se localiza no piso imediatamente inferior.

Na estrutura física da UCIP existe a copa, os vestiários, os gabinetes médicos e de enfermagem, uma biblioteca, uma sala de reuniões, o espaço para tratamento dos lixos, o espaço de arrumação de material em *stock* e o centro da unidade em si é o *open space*, onde estão as camas dos doentes e a sala de trabalho de enfermagem no centro.

A unidade é assim constituída por 12 camas, 4 delas *boxes* individuais, em vidro, onde é possível manter doentes em isolamento e ainda a realização de técnicas dialíticas. As restantes camas estão em *open space*, depois das *boxes*, dispostas em meio círculo direcionadas para o centro, onde se encontra a sala de trabalho de enfermagem. Esta disposição permite assim uma visão total e direta de todos os doentes da unidade, mantendo uma vigilância visual contínua por parte de toda a equipa durante os turnos.

Apesar de se encontrarem em *open space*, existem formas de manter o isolamento e privacidade do doente. Todas as *boxes* possuem cortinas que podem ser corridas nos vidros quando necessário e entre cada uma das outras camas existem também cortinas com a mesma finalidade, garantindo assim a privacidade do doente e família quando necessário.

No centro do *open space*, a sala de trabalho de enfermagem é o local onde os enfermeiros realizam a preparação de medicação, os registos informáticos e onde decorre o *briefing* geral de todos os doentes no início do turno da manhã, sendo que a passagem de turno de cada doente é realizada em cada unidade e de forma individualizada de enfermeiro para enfermeiro.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e por enfermeiros especialistas, não só em EMC, bem como em enfermagem de reabilitação e enfermagem de saúde materna e obstétrica. No turno da manhã a equipa de enfermagem é constituída por oito enfermeiros, seis destinados aos cuidados ao doente, um destinado à realização de enfermagem de reabilitação e também responsável de turno e um outro destinado à SE. Nos turnos da tarde e da noite estão apenas sete elementos, seis no cuidado direto ao doente da unidade e o sétimo com a responsabilidade da SE. Em cada turno existe também um enfermeiro destinado à EMI, sendo que nunca será o enfermeiro responsável de turno, nem o destinado à SE.

A SE tem capacidade para receber dois doentes em simultâneo, dividida em duas *boxes* que apresentam todos os materiais necessários para monitorização e intervenção à PSC que necessita de ser abordada neste contexto.

Devido à situação pandémica, neste CH foi criada uma segunda SE, destinada apenas a receber doentes suspeitos ou confirmados como doentes com SARS-CoV2. Esta segunda SE está estruturada de forma semelhante à SE principal, na perspetiva de facilitar o desempenho dos profissionais conseguindo agir de forma eficaz, não perdendo tempo útil na procura dos materiais necessários.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Durante os períodos de estágio, a prática e o percurso realizados foram pensados de acordo com os objetivos definidos para cada um dos momentos de prática, relacionados com os diferentes locais e com as realidades encontradas nos mesmos.

Este capítulo será uma reflexão sobre os objetivos que foram definidos e as competências adquiridas nos contextos de estágio, de forma a atingir os mesmos, na perspectiva do EEEMC na abordagem à PSC.

Encontra-se organizado em quatro subcapítulos, onde serão apresentados os objetivos definidos no início da UC, relacionando-os com as atividades que foram por mim desenvolvidas e com as competências definidas para o Enfermeiro Especialista (EE) e o EEEMC na área de enfermagem à PSC.

Os dois contextos de estágio, pela sua intervenção na PSC, tiveram como objetivo proporcionar oportunidades de desenvolvimento de competências teóricas e práticas na área de especialização a desenvolver, numa perspectiva académica e profissional avançada, seguindo sempre a linha orientadora definida através dos objetivos gerais e específicos de aprendizagem.

Ao longo do tempo e, de acordo com a realidade encontrada e com as experiências vivenciadas, existiu a necessidade de reformular os objetivos traçados e adaptá-los ao que poderia ser vivenciado por mim, enquanto estudante. A capacidade de reformulação e adaptação durante o percurso formativo foi parte integrante do meu desenvolvimento, podendo desta forma pôr em prática constante as minhas capacidades de autorreflexão e autocrítica, fundamentais ao meu desempenho.

O desenvolvimento e aquisição de competências, bem como a atualização de conhecimentos teóricos e práticos, é algo que se pressupõe que decorra no enfermeiro que pretende desenvolver uma prática de Enfermagem de excelência. É esperado que o

EEEMC desenvolva a sua prática com base nas competências traçadas pela OE. Esta deve ser bem sustentada à luz da mais recente evidência.

A formação específica, com possibilidade de prática clínica direcionada, é uma mais-valia para o profissional-estudante conseguir adquirir conhecimentos teóricos e práticos e desenvolver todas as suas competências, de forma a progredir a nível profissional e pessoal. A formação permite-nos desenvolver os conhecimentos adquiridos numa área específica, qualquer que seja o contexto em que estes sejam necessários no nosso quotidiano profissional (Correia, 2013).

Para além das competências definidas, como as que devem ser exigidas ao enfermeiro, existem outras que vão sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas pelo profissional no decorrer da sua prática e que surgem de forma espontânea no seu percurso profissional. Competência e prática competente são expressões que englobam a noção de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento crítico referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais (Benner, 2001).

O EEEMC é, de acordo com a MCEEMC (2018), o profissional que possui as competências adequadas para dar resposta às necessidades do doente que necessita da sua intervenção na sala de emergência (SE). Referindo que a SE tem como função a observação de qualquer doente do SU que apresente descompensação das funções vitais que coloquem a vida em risco.

O EE é o profissional a quem é reconhecida a competência científica técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados de acordo com a sua área de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No contexto onde se insere a intervenção do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, quer seja no SU, quer seja numa UCI, é essencial que se verifique uma comunicação eficaz, principalmente entre profissionais, para que as alterações que surgem no cuidado ao doente sejam entendidas por todos, e que todos desempenhem a sua função com o mesmo foco e preocupação, oferecendo ao doente o melhor cuidado possível. Tal foi verificado por mim enquanto estudante nos dois contextos referidos, o que suscitou um interesse maior em aprofundar esta temática que, na minha perspetiva, é tão importante para o quotidiano dos profissionais e tão pouco trabalhada e pensada pelos mesmos.

Essencialmente no contexto de UCIP, a comunicação com os familiares também se tornou alvo da minha atenção, pelo distanciamento entre os mesmos que se torna algo inerente à prática. Verificou-se que os profissionais tentam contrariar este distanciamento, estabelecendo uma relação de proximidade e de comunicação diária com os familiares.

Todos os objetivos foram definidos de acordo com os contextos em que seriam desenvolvidos e ainda com o que refere a OE (2018) sobre o EEEMC na área de enfermagem à PSC. A OE (2018, p. 19362) refere que os cuidados à PSC são *“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”*

Tal como no estágio inicial, os objetivos definidos para os dois contextos que se seguiram foram com base nas competências comuns do EEEMC e nas competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC.

3.1. Adquirir conhecimento teórico e prático, na perspectiva de uma prática fundamentada

Foi do meu interesse nos primeiros turnos em cada local de estágio questionar o enfermeiro tutor (ET) que me acompanhava sobre os protocolos existentes e orientações para a prática, para que conseguisse direccionar a minha prática de acordo com o instituído no serviço.

Algo que foi surgindo ao longo dos turnos pela necessidade de utilização, foi saber como manusear todo o material técnico existente. Este conhecimento permitiu-me o manuseamento destes equipamentos com segurança, nunca colocando em risco o doente e ainda estar mais alerta para os alarmes que cada equipamento emite, respondendo aos mesmos rapidamente e compreendendo o porquê de cada alarme.

Pelo extenso e diversificado leque de experiências, essencialmente no SU, tive necessidade de focar o meu aprofundar de conhecimentos de forma a também deixar o meu contributo no serviço, em dois temas que surgiram após alguns turnos e momentos de partilha de conhecimento com o ET.

Após esta partilha de conhecimentos e, direcionando para a minha área de maior interesse, foi sugerido desenvolver um trabalho que sustentasse a elaboração de um póster para colocação no setor da triagem, como orientação para os outros profissionais sobre a Via Verde Trauma (VV-Trauma) e outro para colocação na SE do SU também para consulta dos outros profissionais sobre o Acesso Intra-ósseo (AIO).

Os trabalhos elaborados surgem como forma de deixar o meu contributo no serviço que me recebeu, colaborando com os profissionais a que exista no serviço material que possa ser utilizado pelos mesmos orientando a sua prática para uma prática baseada na evidência.

Com base na minha experiência profissional, enfermeira no serviço de ortopedia, com contacto com doentes de trauma, o meu interesse pela abordagem a estes doentes no contexto de serviço de urgência direcionou a minha pesquisa e levou à elaboração de um trabalho e póster (Apêndice III) sobre a VV-Trauma.

Almeida, Ribeiro, Paes, Mota, & Príncipe (2020), descrevem o trauma, de acordo com a Emergency Nurses Association, como um evento ou série de eventos ou conjunto de circunstâncias vivenciadas pelo indivíduo como prejudicial física ou emocionalmente ou com risco de vida e que terá efeitos adversos no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

A VV-Trauma pode ser definida como *“um algoritmo clínico de avaliação e tratamento de um processo patológico, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante no resultado terapêutico.”* (Almeida et al, 2020, p. 57).

A abordagem ao politraumatizado é realizada com base em decisões críticas que visam a recuperação fisiológica do doente, resolvendo primeiramente as situações que põem a vida em risco. Nos primeiros minutos de abordagem, o objetivo é tratar as lesões que comprometem a vida e numa segunda fase o objetivo é manter as funções vitais e identificar todas as alterações existentes, com base num exame sistemático realizado da cabeça aos pés (Pereira & Melo, 2006).

Uma intervenção precoce e adequada pode melhorar de forma significativa o prognóstico do doente de trauma. Desta forma, torna-se imperativo a implementação de mecanismos

organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição de terapêutica otimizada (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Os cuidados à PSC vítima de trauma exigem um julgamento crítico e uma tomada de decisão mais dirigida, especializada e conseqüentemente mais adequada. Assim, a mortalidade e morbidade dos doentes com trauma podem ser reduzidas através da formação dos enfermeiros (Almeida et al, 2020).

A organização da rede de trauma deve ser feita para que haja uma fácil e rápida identificação de severidade da lesão, identificando indiretamente os níveis de recursos necessários. Para isso, é necessário a existência de protocolo de ativação do sistema de socorro, protocolo de triagem do doente com trauma, protocolo regional de referência e protocolo de transporte secundário do doente crítico e não crítico. A ativação da Equipa de Trauma, quer seja a nível pré-hospitalar ou hospitalar deve ser feita de acordo com os critérios de identificação de trauma grave (Ordem dos Médicos, 2009).

No funcionamento da VV-Trauma, iniciado na triagem, passando pela abordagem ao doente, até à transferência do mesmo para os cuidados definitivos, o enfermeiro assume um papel de extrema importância e deve possuir a formação adequada, de forma a ser obtida uma otimização dos cuidados (Almeida et al, 2020).

Após o aprofundar os conhecimentos sobre esta temática fica clara a importância do enfermeiro na equipa multidisciplinar de abordagem ao doente traumatizado, bem como a importância da existência de protocolos de abordagem definidos, como a VV-Trauma.

Como já referido, o outro tema que surgiu ao longo do estágio no SU foi a colocação e utilização de AIO, algo que como enfermeira de internamento nunca tinha tido contacto e que me suscitou bastante interesse. Surge então a realização de trabalho e póster (Apêndice IV) sobre o procedimento de utilização e colocação do mesmo.

O AIO é obtido através da punção intra-óssea de forma a obter um acesso à circulação sistémica através da estrutura óssea do doente. É a primeira alternativa após a tentativa de colocação de acesso venoso periférico não ser eficaz, dando assim resposta e ação rápida à condição clínica do doente (Reche, Rosa, & Junqueira, 2018).

Esta via de acesso tem vindo a ser cada vez mais utilizada, em diversas situações como na SE, em paragens cardíacas, em doentes de idade pediátrica e principalmente em situações onde o acesso venoso periférico é difícil ou a situação é crítica (Bradburn & Gill). Funciona como um acesso rígido que não é influenciado por estados extremos de hipovolémia e/ou hipoperfusão (Neto, Dias, & Velasco, 2016).

Podendo ser utilizado em diferentes locais de punção e com a mesma eficácia em adultos e em crianças, é um acesso seguro através do qual a maior parte dos fármacos utilizados em emergências pode ser administrado nas suas doses habituais. Pode ser utilizado, tanto para colheita de sangue para gasimetria como para análise sanguínea comum, para perfusão de sangue e hemoderivados e solução fisiológica para reposição de volume (Lane & Guimarães, 2008).

O AIO nunca poderá ser colocado num local com trauma ósseo, ou com trauma próximo ao local de acesso ou num membro com punção para AIO prévio, pelo risco de fratura do osso no local e pela possibilidade de desenvolver um síndrome compartimental. Pelo risco de proliferação de infeção para o osso, provocando osteomielite, também não será possível colocar o acesso num local com infeção (Bradburn & Gill).

Podem ser utilizados diferentes tipos de materiais para obter o AIO. As agulhas utilizadas podem ser de introdução manual, com perfurador à mola ou perfurador por força elétrica. A velocidade de infusão do acesso depende muito do diâmetro e do tipo de dispositivo utilizado (Neto et al, 2016).

O AIO é sem dúvida um procedimento de simples aplicação e que em situações de emergência pode ser bastante útil para potenciar os cuidados prestados ao doente em que não é possível a colocação de um acesso venoso periférico eficaz.

Ambos os pósteres desenvolvidos foram apresentados ao enfermeiro tutor e aos enfermeiros coordenadores da equipa do SU em que estive integrada, que valorizaram o trabalho desenvolvido. Tendo em conta a mudança de estrutura física do SU, acharam bastante pertinente a colocação dos pósteres nos locais destinados para conhecimento de todos os profissionais.

Para além do feedback dos enfermeiros coordenadores e do ET, foi possível obter esse feedback positivo através de outros elementos da equipa. Estes valorizaram o trabalho

apresentado, pela sua pertinência e objetividade do conteúdo desenvolvido, o que seria uma mais-valia para o desenvolvimento da sua prática no futuro.

Na abordagem à PSC existem alguns procedimentos técnicos que surgem com mais frequência no dia-a-dia do EEEMC como, por exemplo, a Entubação Endotraqueal (EET). Este procedimento pode surgir por diferentes motivos como *“estabilizar, manter ou proteger as vias aéreas comprometidas ou potencialmente em risco, permitir a toilette brônquica, ventilação mecânica invasiva e oxigenação”* (Vital, Bento, & Duque, 2010, p. 61).

Uma das situações no SU em que a realização do procedimento de EET foi mais marcante e em que tive maior intervenção foi na abordagem ao doente que, numa tentativa de suicídio, ingeriu uma quantidade de um produto corrosivo e após a sua ingestão, devido ao vômito, aspirou esse produto para a via aérea, chegando ao SU com necessidade de entubação para manutenção e proteção da via aérea pela queimadura causada pelo produto ingerido. Nesta situação estive ao lado do médico que ficou responsável pelo doente na sua abordagem na SE, colaborando com ele no procedimento da EET.

As intoxicações podem ser voluntárias, acidentais ou induzidas por terceiros. As tentativas de suicídio representam a maioria das intoxicações graves e fatais, sendo comum a ingestão de múltiplas substâncias. O tratamento começa logo na admissão do doente, garantindo cuidados de suporte como: proteção da via aérea, colocação de acessos endovenosos de grande calibre, oxigenoterapia, monitorização dos parâmetros vitais e correção imediata das alterações metabólicas e hidroeletrólíticas (Canhola & Cruz, 2006).

Na SE era possível encontrar todo o material para a EET nos carros de material já preparados e atribuídos a cada unidade, para cada doente. Existe também um carro preparado para abordagem a uma via aérea difícil. Nesta situação o material foi todo recolhido e colocado perto do doente, inclusive o material de via aérea difícil, de forma a estar disponível caso fosse necessário.

De acordo com a situação, devemos informar o doente sobre a necessidade de efetuar o procedimento. Todo o material necessário deve estar preparado e testado para proporcionar a rápida atuação da equipa e a segurança do doente, durante e após o procedimento (Vital et al, 2010)

Um problema comum da PSC é a incapacidade de manter a permeabilidade e proteção da via aérea e assegurar ventilação e oxigenação adequadas. É necessário a elaboração de uma estratégia adequada a cada doente para a abordagem da via aérea. Habitualmente os doentes são abordados como tendo o “estômago cheio”, ou seja, “*têm maior risco de aspiração pulmonar*”. Podem ainda ter uma via aérea difícil que é “*definida pela American Society of Anesthesiologists como uma situação clínica em que um anestesista treinado experimenta dificuldade na ventilação por máscara facial, dificuldade com laringoscopia/entubação traqueal ou ambas*” (Moreira & Aguiar, 2010, p. 9).

No contexto de UCIP, encontramos doentes sedados e analgesiados, que se encontram entubados e ventilados, para proteção da via aérea pela alteração do estado de consciência, causada pela necessidade de sedação. No contacto com estes doentes surgiram algumas questões, nomeadamente, utilização de fármacos na sedação e a ventilação invasiva.

Em CI, a alteração e redução do nível de consciência do doente ocorre na presença de alguns fatores como a agitação, dor e desconforto, procedimentos invasivos necessários ao tratamento, trauma, pós-cirurgia, dispositivos terapêuticos e de monitorização, posicionamentos/mobilizações, punções venosas ou tratamentos a feridas, imobilização prolongada, entre outros (Silva & Lage, 2010).

“A sedação é um processo dinâmico determinado pela condição do doente em cada momento.” (Neutel, 2010, p. 76). Cada doente, de acordo com o processo agudo, as intervenções terapêuticas e de suporte necessárias, é que define o objetivo da sedação. O nível de sedação pode necessitar de ser mais profundo para facilitar a ventilação do doente, sendo que o nível desejado de sedação deve ser definido no início da mesma e reavaliado regularmente de acordo com a alteração da situação clínica (Neutel, 2010).

Na UCIP onde foi realizado o estágio, os fármacos mais utilizados para manutenção da sedação e analgesia no doente são o Fentanil (0,25mg/5ml) e o Propofol 2% (20mg/ml). Foi para mim importante entender o porquê da utilização destes fármacos nesta manutenção, essencialmente do Propofol 2%, pela diferença de utilização de Propofol 1% para a indução da sedação e de Propofol 2% para a sua manutenção.

Após questionar os colegas sobre esta diferença e tentando entender a razão da mesma, entendo que o principal motivo para a utilização da dosagem de 20mg/ml é devido às

propriedades lipídicas do fármaco, em que a sua utilização nesta dosagem ocorre numa dose maior por ml infundido. A pesquisa realizada sobre o tema comprova esta explicação.

Devido ao conteúdo lipídico da emulsão de Propofol, verifica-se um aumento sérico dos triglicerídeos em doente com infusões de longo termo (> 3 dias). Em doentes internados em UCI com infusão de Propofol durante mais de 7 dias, verificou-se o aumento de 3 a 4 vezes da concentração sérica de triglicerídeos, sendo o retorno aos valores séricos iniciais do doente de vários dias (Marques, 2009).

Assim, em situações de necessidade de sedação mais prolongada, o uso de Propofol 2% é o mais indicado, pela diminuição do conteúdo lipídico para metade, diminuindo a capacidade de provocar hipertrigliceridemia (Marques, 2009).

A presença de doentes com necessidade de ventilação mecânica (VM) é bastante comum no contexto de UCIP. Surgiu assim, a necessidade de adquirir conhecimento sobre a temática.

O processo de passagem do ar da atmosfera para os alvéolos pulmonares designa-se de ventilação. Esta entrada e saída de ar ocorre devido à diferença de pressões entre os meios intrapulmonar e atmosférico, o que leva à inspiração e expiração (Vital et al, 2010).

Opta-se por colocar o doente sob VM no caso de este estar ou poder entrar em insuficiência respiratória. Desta forma, a VM vai permitir configurar o volume corrente, a frequência respiratória, a relação entre o tempo inspiratório e expiratório e a pressão nas vias aéreas no final da inspiração e da expiração. Se o doente se encontrar bem-adaptado ao ventilador existe uma redução do trabalho respiratório e um aumento do conforto do doente (Amaro, Aragão, & Carneiro, 2010).

A VM pode ser programada em diferentes modalidades. Será a situação clínica do doente que irá definir qual a modalidade a utilizar (Amaro et al, 2010).

Na ventilação controlada, o doente não tem qualquer intervenção no mecanismo da ventilação. O ventilador determina o início e o fim da inspiração, estando definidos os parâmetros da frequência respiratória e do ciclo respiratório. Na ventilação assistida-controlada, o doente tem alguma intervenção na respiração. Este, inicia a inspiração e o ventilador determina o fim da inspiração. É importante estar alerta para o valor da

frequência respiratória do doente. Estas modalidades podem ser definidas de acordo com o volume ou com a pressão (Amaro et al, 2010).

Os modos de VM podem definir-se como *“qualquer método de suporte ventilatório capaz de promover, com o menor dano e custo possível, a melhor ventilação e oxigenação para satisfazer as necessidades”* do doente (Vital et al, 2010, p. 80).

Para além do objetivo supracitado, a realização das atividades descritas, possibilitou o atingimento dos seguintes objetivos em simultâneo: **Adquirir conhecimento teórico e prático sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções realizadas; Realizar cuidados de enfermagem, sempre numa perspetiva fundamentada e direcionada para a área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

O desenvolvimento destes objetivos e as atividades realizadas para os alcançar como os pósteres, trabalhos elaborados e o investimento no aprofundar de conhecimentos sobre a EET, a sedação e a VM, permitiram-me adquirir a competência específica do EEEMC na área de enfermagem à PSC de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

As atividades desenvolvidas também me permitiram ao nível das competências comuns do EEEMC, desenvolver o domínio das aprendizagens profissionais na competência *“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”*.

3.2.Compreender a dinâmica de funcionamento e a gestão da SE

Na perspetiva de ficar a conhecer melhor o contexto da SE, delineei dois objetivos que se relacionam entre si: **Entender a dinâmica de funcionamento da SE; Perceber o método de gestão da SE.** Estes visam também responder a uma das competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, que sugere que o EE é responsável por dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe. No que diz respeito às competências comuns do EEEMC, os objetivos potenciaram a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde.

Nos dois contextos de estágio tive a oportunidade de realizar turnos na SE, sendo que se encontram diferenças entre eles relativamente à responsabilidade dos doentes que necessitam de ser abordados neste local.

Correia (2013, p. 24) apresenta a SE como *“uma valência do SU para o atendimento de doentes urgentes/emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica”* e faz referência à Direção Geral de Saúde (DGS) que refere que a SE *“existe para o atendimento ao doente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte”*.

De forma a atingir os índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, deve ser tido em conta a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, sendo estes aspetos fundamentais (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Para o cálculo da dotação é necessário ter em conta a utilização dos postos de trabalho e ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e os fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência. É recomendado que os enfermeiros que estão alocados à SE sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área de enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

No CH onde foi desenvolvido o estágio em contexto de SU, a responsabilidade da SE é apenas deste serviço, sendo que estão destacados dois enfermeiros para a SE, que na ausência de necessidade de intervenção na sala estão na área do SU que necessita de apoio naquele momento, existindo assim uma colaboração de todos os enfermeiros a realizar turno naquele momento.

Os enfermeiros destacados para a SE pertencem a um grupo definido de profissionais, que detêm competências de formação e de experiência profissional definidas para assumirem a responsabilidade da SE. Estes profissionais são detentores do curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), têm experiência profissional no SU superior a cinco anos e na sua maioria são EE em EMC.

No outro CH, no contexto de UCIP, a responsabilidade da SE é da equipa de enfermagem da UCIP existindo a colaboração da equipa do SU. Aqui está destacado um enfermeiro da UCIP, que será o primeiro elemento a ser chamado em caso de necessidade de abertura da sala e está destacado um segundo enfermeiro do SU, para dar apoio caso exista mais do que um doente na SE, ou seja necessário apoio ao doente que lá se encontra.

Os enfermeiros do SU que prestam apoio à SE, neste segundo contexto, são selecionados de acordo com as suas valências e experiência profissional sendo que passam por um período de integração e formação, orientada pelos enfermeiros da UCIP séniores. Colaboram assim as duas equipas de enfermagem dos dois serviços.

A relação entre a existência de materiais e equipamentos adequados e uma equipa que consegue realizar um atendimento sistematizado, organizado e disciplinado à pessoa em situação crítica são os fatores que levam a um sucesso do trabalho realizado na SE (Correia, 2013).

Trabalhar na SE exige ao enfermeiro uma grande disponibilidade de conhecimentos devido às inúmeras situações que podem surgir e necessitar de intervenção na SE. Durante os turnos realizados surgiram situações como: abordagem da via área difícil; abordagem à vítima politraumatizada por ativação de via verde trauma; abordagem à vítima de múltiplas lesões por arma de fogo; cardioversões elétricas; endoscopias digestivas altas perante vítima de choque hipovolémico; ativação e abordagem em contexto de via verde AVC e via verde sépsis; abordagem a vítima de intoxicação medicamentosa; situações estas que tive oportunidade de presenciar e colaborar na intervenção ao doente, sempre do ponto de vista da intervenção diferenciada como enfermeira especialista. De todas estas situações a ativação da VV-Trauma foi a que me despoletou maior interesse, muito associado à minha prática de dia-a-dia como enfermeira e o contacto com vítimas de trauma, mas já numa abordagem secundária em regime de internamento.

Durante os turnos na SE, especialmente no SU por ser o local onde consegui ter mais experiências, senti que a minha intervenção na abordagem à PSC foi-se tornando mais rápida e objetiva. Depois de conhecer o local e de me adaptar às situações que surgiam tornou-se mais fácil para mim atuar de acordo com as necessidades da PSC que era admitida na SE. Esta confiança que fui desenvolvendo ao longo do estágio, foi sentida pelo ET e valorizada.

Após cada abordagem à PSC existia sempre um momento de reflexão entre mim e o ET sobre a situação clínica do doente e as intervenções que tinham sido realizadas respondendo às necessidades do doente. Nestes momentos, era possível a partilha de conhecimento sobre a situação e também a análise crítico-reflexiva sobre a prática

realizada, de forma a corrigir erros que tivessem acontecido, entendendo o porquê de ter errado e de que forma poderia corrigir a minha ação.

Estes momentos permitiram-me evoluir na minha resposta às situações de emergência, atuando de forma segura e confiante na minha intervenção e sempre com a disponibilidade para quando não me sentisse tão segura do que iria realizar, demonstrar essa insegurança e no final trabalhar para colmatar essas falhas.

Questionar e observar o contexto de SE numa visão holística, nortearam a minha prática diária, compreendendo que esta é muito mais do que uma simples intervenção que fazemos à PSC. Desenvolvi então algumas atividades que me permitiram alcançar os objetivos que defini.

3.3. Entender a dinâmica e o método de gestão dos serviços

O domínio da gestão esteve sempre presente nos objetivos que defini, sendo a sua prática mais evidente nos turnos realizados em contexto de UCIP, pelo acompanhamento do ET que diversas vezes estava destacado para funções de gestão, nos turnos que realizamos. No SU foi apenas pela observação que tive contacto com esta temática.

Assim, os objetivos **Entender a dinâmica de funcionamento dos serviços em questão; Conhecer o método de gestão dos serviços, quer de recursos materiais, como humanos e cuidados de enfermagem** foram alcançados e estão relacionados com o domínio da gestão de cuidados definido pela OE (2019) como uma das áreas de atuação do EE.

Para o desenvolvimento dos objetivos traçados foi essencial realizar algumas atividades: acompanhar o enfermeiro tutor nos momentos em que este desempenhava funções de gestão; participar na gestão de recursos materiais e humanos sempre que o ET necessitava de colaboração; observar e questionar o enfermeiro chefe e ET sobre a forma como funcionava a logística do serviço.

Numa fase inicial do estágio, o desconhecimento do local, desenvolveu em mim a capacidade de me tornar observadora e curiosa sobre todas as experiências que encontrei. Nos dois contextos, todo o leque tanto de materiais e fármacos, como de situações clínicas que surgem no decorrer do tempo, foram alvo da minha atenção. Para que tudo se torne

conhecimento e deixe de ser novidade, foi importante para mim desenvolver algum trabalho de casa e realizar pesquisa bibliográfica.

Com o decorrer do tempo e associado ao acompanhamento do ET, as rotinas e práticas comuns dos serviços, bem como o conhecimento da sua estrutura física foram-se tornando mais enraizados o que facilitou a minha prática. A partilha de opiniões e experiências entre os diferentes elementos da equipa de enfermagem, bem como com os outros elementos que fazem parte da equipa multidisciplinar permitiram-me desenvolver uma relação de maior proximidade com a equipa, tornando assim o ambiente de trabalho mais confortável e seguro.

Costa N. S. (2012) refere-se ao ET como o profissional que tem um papel facilitador na aprendizagem e mediador da complexa contextualização da ação, sendo responsável por proporcionar ao estudante as condições ideais para atingir os objetivos propostos para cada estágio. Costa & Gaspar (2017) apresentam como uma das competências do enfermeiro a habilidade de ensino, pela transmissão de informação, demonstração de cuidados, instrução de pares e supervisão clínica.

No SU a gestão e coordenação das equipas é feita por um enfermeiro coordenador, que assume a gestão de toda a equipa de enfermagem e é responsável pela gestão e organização da equipa nas diferentes áreas do SU, gestão de material e de outras situações que possam surgir durante o turno, sendo o SU um local de constante mudança e com um ambiente complexo.

Os enfermeiros são então alocados nas diferentes áreas, de forma a responder às necessidades. Na SE a equipa é constituída por dois enfermeiros, que trabalham em coordenação com um médico e um assistente operacional. Os restantes enfermeiros da equipa são alocados de acordo com as necessidades apresentadas no momento do início do turno, sendo que podem existir, ao longo do turno, alterações na alocação dos profissionais caso seja necessário fazer essa gestão, pela maior ou menor afluência de doentes em determinadas áreas.

Na UCIP a gestão da equipa de enfermagem durante os turnos, é feita pelo enfermeiro responsável de turno. No turno da manhã este é um elemento extra à equipa não lhe estando atribuído nenhum doente, nos restantes turnos é um enfermeiro com atribuição de

doentes. A este cabe a responsabilidade de elaborar o plano de trabalho para o turno seguinte, alocando os doentes a cada enfermeiro, a contagem de fármacos estupefacientes, e ainda pedidos de material em falta, bem como a organização da equipa para os momentos de pausa.

O enfermeiro responsável de turno é definido por ser o elemento com mais tempo de experiência profissional no serviço em questão.

Os objetivos foram alcançados pelas atividades de acompanhamento e colaboração com o ET sempre que este assumiu funções de gestão. Desta forma foi possível desenvolver competências comuns do EEEMC como gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação com os outros elementos da equipa de saúde.

3.4. Adquirir conhecimento sobre a comunicação entre profissionais

Como já referido, existiu a necessidade de realizar ajustes aos objetivos traçados inicialmente, sendo que defini um novo objetivo: **Adquirir conhecimento sobre a comunicação entre profissionais com base na observação dos enfermeiros nos contextos de estágio**: A temática da comunicação surge, como já referido inicialmente, como um acréscimo ao desenvolvimento de competências.

Foi visível e claro para mim que durante a prática com a PSC, a comunicação é um elemento chave da manutenção da qualidade e continuidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e a sua relação com os outros elementos da equipa multidisciplinar. A comunicação com o doente e família também se revelou muito importante, principalmente pela condição social mundial que todos estamos a passar, que é um aspeto potenciador do distanciamento dos profissionais com os doentes e familiares.

Nos dois contextos de estágio é através da comunicação que o desenvolvimento da minha relação com as equipas que me receberam foi tão positiva, tornando os momentos de estágio confortáveis e as experiências com valor e significado, não só académico como pessoal.

Essencialmente no contexto de UCIP, uma das situações que acontece com mais regularidade é a transferência de serviço dos doentes, quer os que estão internados na

unidade e tem alta para a enfermaria, quer os que são admitidos na SE e são admitidos nas enfermarias ou UCI do hospital, para continuação dos seus cuidados.

Foi nestes momentos de transferência de doentes que a minha atenção foi orientada para a comunicação entre os profissionais. Tive oportunidade de realizar transferências para os diferentes serviços, acompanhando diferentes profissionais, ficando assim com a percepção das diferenças entre eles a nível da comunicação e entendendo que, tal como é referido na literatura, a existência de protocolos/guias orientadores para que a informação a ser transmitida seja a essencial e chegue a quem a recebe de forma clara e concisa, são essenciais.

Nas experiências vividas nestes momentos de transferência de doentes, ficou claro para mim, que os profissionais que realizaram a transmissão da informação, com uma estrutura lógica e de forma contínua, sem serem interrompidos pelo profissional que recebe a informação, foram mais eficazes na sua intervenção. Verifiquei que quando interrompidos ou quando não lhes foi transmitida antes toda a informação sobre o doente, é mais difícil para o profissional criar e desenvolver um discurso lógico e com orientação, de forma a que não falhe nenhuma informação.

Nas competências do EE definidas pela OE (2019, p. 4745) podemos encontrar unidades de competências que podem ser intimamente relacionadas com a comunicação, como: *“garante um papel dinamizador no desenvolvimento; desenvolve práticas de qualidade; garante um ambiente terapêutico e seguro; gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”*.

As atividades desenvolvidas no âmbito da comunicação levam ao desenvolvimento de unidades de competência representativas da competência específica do EEEMC na área de enfermagem à PSC, *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*. Sendo o EEEMC o elemento que *“gere a comunicação interpessoal, que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; e gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363)

Sabemos pela literatura atual que uma comunicação eficaz é potenciadora de uma melhoria da qualidade de cuidados e de uma continuidade de cuidados segura para o doente e para os profissionais.

Atividades como: a elaboração do póster sobre a VV Trauma e o AIO; a colaboração na realização do procedimento de EET; partilha de conhecimento com os enfermeiros dos serviços; trabalhar em colaboração com o ET; e os momentos de análise sobre as intervenções realizadas à PSC, permitiram-me atingir os objetivos traçados. Alcançados os objetivos é possível dizer que desenvolvi o **cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação,** competências do EEEMC na área de enfermagem à PSC.

4. A COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A comunicação surge de forma espontânea e inerente à prática de enfermagem, quer seja entre profissionais, quer seja entre enfermeiro e doente. Comunicar e a forma como se comunica tem cada vez mais impacto na prática e na forma como se relacionam as equipas multidisciplinares, sendo um fator influenciador de um trabalho em equipa eficaz. Para além da comunicação entre profissionais, a que resulta na relação profissional e doente também é uma constante na prática diária e potencia a qualidade dos cuidados prestados, bem como a adesão do doente aos mesmos.

O gosto pela comunicação e a necessidade de tanto comunicar no dia-a-dia, levou ao desenvolvimento desta temática durante o meu percurso como estudante. Assim, a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, de forma a aprofundar e sintetizar os conhecimentos foi o ponto de partida, que também levou à elaboração de um artigo de revisão da literatura. Foram recolhidos artigos científicos a partir da pesquisa eletrónica em bases de dados científicas como a BVS e a EBSCO. Através dos descritores “*emergency service*”, “*patient handoff*” e “*nurses*” foi realizada a pesquisa. De forma a esquematizar e organizar a pesquisa de uma forma mais objetiva, foi elaborado um Diagrama PRISMA e uma Tabela de Evidências (Apêndice I).

“A prática de cuidados de enfermagem tem na comunicação um instrumento privilegiado de atuação, sendo considerada uma função vital, por meio da qual indivíduos e organização se relacionam uns com os outros, bem como o meio ambiente.” (Brás & Ferreira, 2016, pp. 573-574)

Saiote e Mendes (2011) citado por Borges (2015), referem-se à comunicação e à partilha de informação como dois aspetos que assumem um papel central na prática de enfermagem, quer seja no trabalho com os seus pares, quer com os doentes e seus familiares, afirmando que só desta forma é possível assegurar a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados.

A comunicação em saúde é um dos componentes centrais da área da saúde, sendo essencial a uma prática com qualidade. De acordo com Lourenço (2012, p.23) citado por Borges (2015, p. 19), a comunicação em saúde refere-se *“ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades, no sentido de promoverem a sua saúde”*.

No quotidiano da enfermagem, a comunicação surge como algo essencial para se estabelecer uma interação entre a equipa de enfermagem e multidisciplinar e, principalmente, com o doente, familiares e comunidade. É importante para o enfermeiro que durante a sua prática, para além de demonstrar conhecimento técnico, demonstre que consegue desenvolver uma relação de comunicação com a equipa, os doentes, a família e a instituição (Cielo, Camponogara, & Pillon, 2013).

Durante o percurso realizado até à data, quer a nível profissional, quer como estudante, é visível que a comunicação influencia de forma clara os cuidados prestados e a relação entre os diferentes elementos envolvidos no processo de cuidar. Essa mesma influência é nos dias de hoje ainda mais clara, pela situação mundial que todos vivemos neste momento, que veio alterar de forma radical a forma como nós, enfermeiros, realizamos a nossa prática e essencialmente a forma como nos relacionamos entre nós e com os doentes.

Como competências básicas da comunicação clínica surgem a prática de escuta ativa, a empatia, a utilização de uma linguagem acessível, o aprimoramento da comunicação não verbal, o iniciar, manter e terminar a entrevista clínica, de forma a fornecer informações sobre os cuidados prestados ao doente/família e analisar as reações do doente ao processo que está a vivenciar (Brás & Ferreira, 2016).

Nos dias de hoje cada vez estamos mais dependentes da informação que é transmitida pelos profissionais entre eles, de forma escrita e falada, sendo evidente uma diminuição da presença da comunicação não verbal, pelo distanciamento que surgiu naturalmente no dia-a-dia da nossa prática.

A comunicação verbal, mecanismo essencial da comunicação entre profissionais, não é de forma isolada suficiente para se assegurar a continuidade de assistência ao doente, é por isso necessário que esta seja realizada em paralelo com a sistematização das informações a

ser transmitidas, de forma escrita em local próprio. Esta informação escrita deve ser atualizada nos diferentes turnos de trabalho (Pedro, Nicola, & Oliveira, 2016).

Cielo et al (2013) afirmam que o relacionamento interpessoal não existe apenas pela comunicação verbal de forma isolada. Para além disso, existe a forma como se fala, analisando, os silêncios e os grunhidos que são utilizados a falar, as pausas feitas entre frases e palavras e a ênfase com que é colocada a voz de quem fala.

No planeamento dos cuidados de enfermagem, a comunicação tem um papel de extrema importância pois, é através da mesma que valorizamos todas as atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem e é possível influenciar o processo de tomada de decisão relacionado com o cuidar. Falhas no processo de comunicação comprometem a segurança do doente e é visível que eventos adversos (EA) podem ser minimizados, se existir uma correta e precisa transmissão de informação sobre o doente entre profissionais (Antunes, 2019). Nas relações de trabalho, que envolvem os doentes, familiares e profissionais, a comunicação é de extrema importância e um processo essencial nas relações humanas (Brás & Ferreira, 2016).

Garantir a qualidade dos cuidados depende não só da competência técnica do profissional, mas também da habilidade com que este interage e comunica com o doente e a família e com a equipa multidisciplinar. Para estabelecer uma interação terapêutica e cuidar com qualidade, é necessário utilizar de forma consciente os métodos de comunicação verbal e não-verbal. Desta forma o conhecimento e a utilização de alguns princípios dos processos comunicacionais levam ao desenvolvimento de uma melhor atuação profissional (Brás & Ferreira, 2016).

O estímulo à prática da comunicação, verbal ou não-verbal, durante a formação dos profissionais torna-se essencial, bem como o aperfeiçoamento da comunicação através de formação contínua sobre a temática, tendo em vista a adequação do diálogo às especificidades da situação, fazendo-se compreender e sabendo ouvir o próximo (Cielo et al, 2013).

4.1. Comunicação entre profissionais

É evidente, para mim, enquanto profissional, pela experiência vivida nas diferentes equipas que tive oportunidade de integrar, quer como enfermeira quer como estudante, que uma

equipa coesa, com um método de trabalho bem definido, que comunica entre si expondo qualquer assunto, que faz formação conjunta e que procura entreajudar-se, de forma a que todos possuam o mesmo nível de conhecimento ou que o seu conhecimento se complemente nas diferentes áreas, é uma equipa que vai conseguir obter ganhos em saúde, apresentando qualidade de excelência nos cuidados que presta.

Enquanto educador, gestor e membro ativo da equipa multidisciplinar, o enfermeiro deve comunicar e partilhar o seu conhecimento com outros profissionais para que daí decorra uma tomada de decisão sustentada (Brás & Ferreira, 2016).

Aquando os momentos em que o enfermeiro assume o papel de liderança, este deve planear e coordenar o processo de comunicação entre a equipa, com especial atenção. Este processo é a forma de transmitir informação de forma rápida, de receber e delegar funções, e se for executado com coerência, leva a uma maior cooperação dos elementos da equipa, o que contribui para a qualidade dos cuidados (Pedro et al, 2016).

Relacionamento interpessoal criativo é uma forma de caracterizar a comunicação entre elementos da mesma equipa, entre elementos de equipas diferentes, entre os profissionais e os doentes e os seus familiares, sendo que os diferentes elementos envolvidos no processo de comunicação, devem estar disponíveis uns para os outros, escutando e valorizando desejos, sentimentos e comportamentos, para que juntos sejam capazes de planear um cuidado humanizado (Cielo et al, 2013).

Verificam-se dificuldades na comunicação nas equipas, pela especificidade de cada elemento e pela existência de uma cultura profissional e institucional rígida, condicionando assim alguns profissionais a expressarem-se perante outras classes de profissionais. Brás & Ferreira (2016) referem ainda que vários estudos analisados, relacionam as dificuldades no processo de comunicação entre profissionais com a diminuição da qualidade dos cuidados.

Transmitir informação sobre os cuidados prestados é de extrema importância. A responsabilidade de cuidado ao doente pode ser atribuída a um enfermeiro, mas é essencial que todos os outros elementos da equipa, se necessário assumam essa responsabilidade de forma a dar continuidade aos cuidados prestados.

Expondo a realidade dos locais onde foram realizados os estágios, no contexto de SU, pelo elevado número de doentes que circula durante cada dia, não é possível que cada

enfermeiro seja responsável apenas por um número de doentes estabelecido previamente, dessa forma os registos informáticos sobre o que já foi realizado/administrado ao doente e a comunicação entre os profissionais, são essenciais para a organização dos cuidados. Na UCIP, a atribuição da responsabilidade de dois doentes a cada enfermeiro existe, mas não deixa de ser importante que todos os elementos da equipa conheçam cada doente da unidade e que sejam capazes de assumir os seus cuidados no momento de ausência do colega responsável. As ausências dos enfermeiros durante o turno podem ocorrer quer por necessidade de momentos de pausa, quer por acompanhamento de doentes a exames ou transferência de serviço.

A transmissão de informação entre os profissionais de saúde, quando oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor, representa a comunicação eficaz entre estes mesmos profissionais. Esta comunicação requer por parte do profissional conhecimento, competência e empatia, sendo que saber quando falar, o que dizer e como dizer, são competências exigidas ao profissional. Competências de comunicação eficaz devem ser apreendidas e praticadas, em ambiente dinâmicos e comuns aos profissionais de saúde, onde a comunicação é utilizada no dia-a-dia (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De forma a não existirem quebras na continuidade de cuidados e no tratamento adequado ao doente, as transições de cuidados devem ser realizadas com base numa comunicação eficaz entre as equipas, sendo delas o dever de assegurar e manter uma comunicação precisa e atempada das informações divulgadas aos diferentes profissionais (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Contribuindo para a gestão dos cuidados, a passagem de turno, é o momento que permite ao enfermeiro obter uma visão geral do serviço onde irá assumir as suas responsabilidades perante o doente (Pedro et al, 2016).

A passagem de turno define-se como o processo de troca de informações, sendo uma prática realizada pela equipa de enfermagem, com o objetivo de transmitir informações objectivas, claras e sucintas, sobre o que aconteceu durante o turno trabalhado e informações de interesse para a assistência direta ao doente. É um momento que integra a rotina de trabalho da equipa de enfermagem e é influenciado por diferentes fatores, como a

estrutura da unidade, organização do trabalho ou a impontualidade e saída apressada de algum profissional (Pedro et al, 2016).

Considera-se que a passagem de turno é um momento de cuidado de alto risco, sendo fundamental existir um protocolo a ser implementado neste momento. Este deve decorrer num local determinado e adequado e num horário pré-definido. É também importante que os profissionais envolvidos estejam disponíveis durante o tempo necessário para transmissão da informação mais pertinente (Barcellos, 2019).

Os enfermeiros devem valorizar o momento da passagem de turno, procurando a tranquilidade do ambiente, favorecendo a qualidade e a precisão das informações importantes a serem discutidas. Desta forma, é importante o comprometimento de toda a equipa para que a transmissão da informação ocorra de forma adequada e seja facilitadora da continuidade dos cuidados prestados (Pedro et al, 2016).

Pena & Melleiro (2018) concluíram que a utilização de ferramentas de forma a padronizar o processo de passagem de turno deve ser incentivada, de forma a contribuir para a transformação da realidade nas instituições de saúde e aperfeiçoamento da cultura de segurança das mesmas. De acordo com a DGS *“A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.”* (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 1).

A organização do discurso do enfermeiro no momento da passagem de turno é importante para que este consiga garantir que a informação transmitida é a necessária para a continuidade de cuidados e para uma correta apresentação quer do estado atual do doente, quer do que já decorreu durante o internamento. Cada profissional deve encontrar a melhor forma de estruturar esse seu discurso, tendo sempre uma base orientadora da informação que sabe que este deve conter.

ISBAR é a ferramenta que padroniza a comunicação em saúde de forma a promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Como auxiliar de memória e para que se consiga utilizar de forma simples uma construção complexa, as diferentes letras de ISBAR, tem diferentes correspondências. I: Identificação (identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação); S: Situação atual (descrição do

motivo atual de necessidade de cuidados de saúde); B: Antecedentes (descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade); A: Avaliação (informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas); R: Recomendações (descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente) (Direção-Geral da Saúde, 2017).

As ferramentas de padronização orientam a comunicação entre os profissionais, nas diferentes situações e permitem que a equipa comunique entre si de forma assertiva, antecipam as informações que são prioritárias a transmitir, concentrando-se na melhoria da comunicação e garantindo a segurança dos cuidados (Pena & Melleiro, 2018).

Na perspetiva do aumento da qualidade da prestação de cuidados e da diminuição de EA, a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental da segurança do doente. Esta segurança é melhorada através da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Os EA ocorrem potenciados por condições facilitadoras para a sua ocorrência, como: falha de comunicação entre os profissionais; fragmentação da responsabilidade; descontinuidade do cuidado; inadequação dos sistemas de informação; insuficiente incorporação de protocolos sólidos; falência de mecanismos de registo e notificação dos EA (Pena & Melleiro, 2018).

Nas áreas da comunicação, gestão de conflito e relacionamento interpessoal, a aprendizagem de habilidades de comunicação melhora as experiências de trabalho, aumenta a produtividade dos profissionais, a capacitação pessoal e a satisfação dos mesmos (Brás & Ferreira, 2016).

A comunicação é uma questão considerada como fundamental no momento de gestão de conflitos entre os profissionais de saúde. Estes, em momentos de conflito adotam estratégias baseadas no diálogo e na comunicação. É importante o desenvolvimento contínuo de competências comunicacionais (Claro & Cunha, 2017).

4.2. Comunicação entre profissional e doente

A relação enfermeiro/doente/família é um ponto fulcral na qualidade de cuidados prestados. Nos dias de hoje pelo distanciamento que teve de ser implementado na prática de enfermagem, é cada vez mais um desafio para os enfermeiros comunicar com os doentes e principalmente com as suas famílias. Mesmo assim, e de acordo com o que vivenciei, esta não deixa de ser uma preocupação dos profissionais, tentando garantir que de uma forma ou de outra os familiares são informados e que tem a possibilidade de entrar em contacto com o seu familiar doente.

A comunicação será sempre uma condição presente no exercício da profissão, no modo como o profissional se relaciona com o doente/família, como é utilizado o olhar, o toque, o silêncio e a distância física da relação interpessoal (Brás & Ferreira, 2016). Esta é assim a base e o fundamento da relação entre o enfermeiro e a família, sendo o principal mecanismo de partilha de experiências, sentimentos e perceções e ainda de esclarecimento, interação e conhecimento (Borges, 2015).

A comunicação eficaz quando adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional e às crenças de saúde de cada pessoa, permite a satisfação e adesão aos cuidados de saúde por parte do doente. Desta forma, a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes influencia o estado de saúde e a utilização dos serviços de saúde (Brás & Ferreira, 2016).

Brás & Ferreira (2016) referem que o conhecimento empírico nos demonstra que a forma como o profissional comunica é influenciada, em grande parte, pela forma como o doente comunica, existindo assim uma correlação positiva entre o nível socioeconómico elevado do doente e a qualidade da relação comunicacional entre ambos.

Para a relação entre profissional e doente é importante a comunicação. O enfermeiro, através da forma como o doente se expressa, consegue identificar os significados que este atribui à doença, à hospitalização e ao tratamento (Pena & Melleiro, 2018).

Os enfermeiros são profissionais de saúde com responsabilidade de informar os familiares sobre os procedimentos realizados ao doente, sendo por isso importante a melhoria da comunicação entre estes dois elementos pertencentes ao processo de cuidados do doente, profissional e família (Azevêdo, Júnior, & Crepaldi, 2017)

Quando transmitidas de forma clara, simples, objetiva e sem termos complicados, as informações do estado do doente são transmitidas de forma adequada o que torna a comunicação entre a equipa de enfermagem e a família da PSC bastante importante (Borges, 2015).

A construção de uma relação de confiança entre o doente/família e o profissional de saúde é um dos aspetos mais valorizado pelos doentes. Torna-se, por isso, imprescindível a presença de uma comunicação descentrada do profissional e centrada no doente, tornando-o assim um elemento ativo no seu processo de saúde/doença e envolvendo a família no processo de tomada de decisão (Brás & Ferreira, 2016).

Em ambiente hospitalar, a comunicação permite facilitar a relação entre o doente, a equipa e a família, verificando-se a construção de relações baseadas no afeto e na confiança, pelo respeito e valorização que se verifica no discurso de ambos (Azevêdo et al, 2017).

A hospitalização da PSC apresenta para a família um conjunto de necessidades de grande complexidade, pela existência de uma mudança súbita de um estado de saúde para um estado de doença, o que altera a qualidade de vida, as rotinas, os papéis e as realizações pessoais, tanto da família como do doente. O ambiente da UCI ameaça a integridade da família, pela separação, medo de perda e pelo próprio ambiente (Borges, 2015).

O enfermeiro apresenta um papel fundamental, devendo ser o elemento que avalia, planeia e implementa *“estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição da família, a fim de restabelecer a dependência e instabilidade geradas”* (Borges, 2015, p. 33)

Pena & Melleiro (2018), concluem que a comunicação é essencial na relação humana. Tornando o cuidado centrado no doente, este e os profissionais tem um papel importante no processo de comunicação, devendo ser incentivados e valorizados.

Considerada o instrumento básico do cuidado em enfermagem, a comunicação tem como objetivo a transmissão de factos, pensamentos e valores exercendo influência no comportamento dos enfermeiros, da PSC e da sua respetiva família, através da relação terapêutica que é estabelecida com base na compreensão e preocupação pelo processo de doença, tempo de internamento e alterações bio-psico-afeto-sociais associadas (Borges, 2015).

CONCLUSÃO

A prática de enfermagem no contexto de abordagem à PSC, exige do enfermeiro a aquisição de competências ao longo do tempo e a manutenção e atualização do seu conhecimento, exercendo assim uma prática fundamentada e um exercício profissional holístico e com espírito crítico-reflexivo sobre os cuidados prestados, para que estes sejam sempre de qualidade e com enfoque na PSC.

Este relatório e todo o percurso que nele está refletido fortaleceram em mim como estudante, profissional e pessoa essa capacidade de realizar a autocrítica e reflexão sobre a minha prática de uma forma fundamentada e com apoio da melhor e mais atual evidência científica.

O tema principal deste relatório, a Comunicação, é sem dúvida fundamental na prática diária do enfermeiro quer enquanto enfermeiro de cuidados gerais como enquanto enfermeiro especialista. Espera-se sempre que este último desenvolva a sua prática com mais segurança e conhecimento, fundamentando as suas ações.

A Comunicação, estando presente na prática de todos os enfermeiros, deve ser vista como uma competência a priorizar e trabalhar quando o profissional denota em si dificuldades no desenvolvimento da comunicação com os seus pares, com os elementos da equipa multidisciplinar e com a PSC e família.

O foco da fundamentação deste relatório é a aquisição das competências esperadas no EEEMC na área de enfermagem à PSC, relacionando a evidência com a prestação de cuidados focada na pessoa e nas suas necessidades quando vista como PSC.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio, essencialmente aquelas em que me foi possível deixar o meu contributo nos serviços por onde passei, como os dois pósteres e a norma de cuidados, foram importantes para a demonstração dos conhecimentos adquiridos e do trabalho desenvolvido. A valorização destes trabalhos

por parte dos enfermeiros dos serviços e a sua reação positiva aos mesmos, transmitiram-me confiança no trabalho desenvolvido.

Enquanto EE, a produção de conteúdo que promova a aquisição de conhecimentos e a partilha destes com outros profissionais, é importante. Vai de encontro ao que sabemos ser um dos focos do EE pelo desenvolvimento do seu autoconhecimento e baseando a sua prática clínica especializada na evidência científica.

Desde o início deste percurso, considerei de elevada importância ser um elemento facilitador da aprendizagem dos profissionais dos locais por onde passei e ainda suportar sempre a minha prática clínica em evidência científica.

Os contextos de estágio por onde passei foram sem dúvida importantes no percurso realizado e um contributo muito importante no meu percurso profissional. Graças a este desenvolvimento e investimento pessoal e profissional, foi-me possível a mudança de serviço já idealizada, iniciando este percurso académico como enfermeira num serviço de internamento de ortopedia e terminando o mesmo como enfermeira de um serviço de cuidados intensivos. As experiências vividas e as competências desenvolvidas deram-me as ferramentas para abraçar esta mudança com mais segurança e serenidade.

Considero que fui capaz de desenvolver competências como cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, competências definidas para o EEEMC na área de enfermagem à PSC, bem como competências no domínio da gestão e da comunicação como a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, todas competências relevantes para o meu percurso futuro como EE.

Enquanto futura mestre em EMC, destaco do meu percurso, a criação de conteúdo científico, um artigo de revisão da literatura e a possível publicação do mesmo numa revista, como a maior e mais clara atividade desenvolvida enquanto mestre.

Considero que o tempo que temos para realizar os estágios e desenvolver todo trabalho que nos é pedido, é pouco, pois com mais tempo de prática conseguiríamos obter um

maior leque de experiências que nos traria uma maior oportunidade de desenvolver os objetivos a que nos propusemos.

Na minha perspectiva, não seria de todo possível transcrever para este relatório todo o trabalho desenvolvido e especialmente, todas as experiências vividas ao longo dos contextos de estágio, contudo fica a reflexão sobre temas que levaram a partilha de conhecimento e ao desenvolvimento de trabalhos e pesquisas que consolidaram os conhecimentos.

A maior dificuldade sentida ao longo de todo este percurso foi sem dúvida a elaboração deste relatório. Para mim torna-se bastante complicado e limitador transparecer por palavras escritas tudo o que vivi e aprendi ao longo deste caminho. Mas, apesar de ser uma dificuldade, sinto que fui empenhada na concretização deste relatório e que consegui encontrar a melhor forma de escrever o que de uma forma mais fácil expressaria falando.

Termino este percurso com o sentimento de dever cumprido e com a certeza de que hoje sou uma profissional com um leque muito maior de conhecimentos teóricos e práticos, que levo para o meu caminho profissional todas as experiências vividas e tudo o que aprendi com os diferentes profissionais que se cruzaram comigo. Sigo ainda com a certeza de que por muito que seja difícil conciliar os dois mundos, académico e profissional, e que por vezes o pensamento seja que o investimento académico não irá trazer numa mudança, devemos sempre investir em nós para nos tornarmos profissionais mais seguros e com uma prática de enfermagem cada vez mais direccionada para o doente respondendo a todas as suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2015). *Recomendações técnicas para os Serviços de Urgência*. Lisboa: Departamento da Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Obtido em 10 de outubro de 2020

Albuquerque, C. L. (2018). Validação de protocolo para a assistência de enfermagem ao paciente no transoperatório de cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea. São Carlos.

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). PERSPETIVA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À VIA VERDE TRAUMA. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 55-66.

Amaro, P., Aragão, I., & Carneiro, A. (2010). Orientações genéricas para programar um ventilador. In *Reanima, Curso de Evidência na Emergência: Manual de Procedimentos* (3ª edição ed., pp. 149-154).

Antunes, M. M. (2019). *Perceção dos Enfermeiros acerca da Passagem de Turno*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Azevedo, A. L., Pereira, A. P., Lemos, C., Coelho, M. F., & Chaves, L. D. (2010). Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 736-745.

Azevêdo, A. V., Júnior, A. C., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 3653-3666.

Barcellos, G. B. (2019). Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In P. Sousa, & W. Mendes, *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (pp. 149-168). Fundação Oswaldo Cruz - Editora Fiocruz.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Borges, D. R. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Bradburn, D., & Gill, D. (s.d.). ENTENDENDO E ESTABELECENDO ACESSOS INTRA-ÓSSEOS. Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, pp. 572-577.

Canhola, A., & Cruz, V. T. (2006). Intoxicações e Overdoses. In P. Ponce, & J. Teixeira, *Manual de Urgências e Emergências* (pp. 228-249).

Cielo, C., Camponogara, S., & Pillon, R. B. (2013). A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*, pp. 204-212.

Claro, R. F., & Cunha, P. F. (2017). Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, pp. 55-68.

Correia, S. C. (2013). *Papel do Enfermeiro na sala de emergência e no transporte inter hospitalar do doente crítico*. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Costa, A., & Gaspar, P. J. (2017). Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência. *Construindo Conhecimento Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, 46-67.

Costa, N. S. (2012). *FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: A PERSPETIVA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM*.

Direção Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO.

Duarte, S. d., Stipp, M. A., Mesquita, M. G., & Silva, M. M. (2012). O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO DE CASO. Escola Anna Nery, 657-665.

Duarte, S. d., Stipp, M. A., Mesquita, M. G., & Silva, M. M. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca, 657-665.

Lane, J. C., & Guimarães, H. P. (2008). Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, pp. 63-67.

Marques, R. A. (2009). EFEITOS ADVERSOS DO PROPOFOL: ESTUDO PROSPECTIVO EM DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Melo, F. V., Costa, M. F., & Sandes, S. M. (2018). Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Revista de Enfermagem UFPE On Line, 2188-2193.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Parecer nº15/2018. Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Ordem dos Enfermeiros.

Ministério da Saúde. (6 de Março de 2002). Despacho Normativo nº11/2002. Diário da República - 1 série-B.

Moreira, Z., & Aguiar, J. (2010). Via aérea. In Reanima, Curso de Evidência na Emergência: Manual de Procedimentos (3ª edição ed., pp. 9-17).

Neto, A. S., Dias, R. D., & Velasco, I. T. (2016). Procedimentos em Emergências.

Neutel, E. (2010). Sedação do doente em estado crítico. In Reanima, Curso de Evidência na Enfermagem: Manual de Procedimentos (3ª edição ed., pp. 76-81).

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Recomendações para elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2.ª série — N.º 135 (pp. 19359-19370). Lisboa: Diário da República, 16 de Julho 2018.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2.ª série — N.º 26 (pp. 4744-4750). Lisboa: Diário da República, 6 fevereiro 2019.

Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma.

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (Setembro de 2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva.

Pedro, D. R., Nicola, A. L., & Oliveira, J. L. (2016). Passagem de Plantão entre Profissionais de Enfermagem Hospitalares: Análise de Fatores Influentes. Revista UNINGÁ, pp. 27-31.

Pena, M. M., & Melleiro, M. M. (2018). Eventos Adversos Decorrentes de Falhas de Comunicação: Reflexões sobre um Modelo para Transição do Cuidado. Revista de Enfermagem USFM, pp. 616-625.

Pereira, P. M., & Melo, R. B. (2006). Abordagem do Politraumatizado. In P. Ponce, & J. Teixeira, Manual de Urgências e Emergências. LIDEL.

Rabim, F. D. (2017). PERSPETIVA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO: da urgência aos cuidados intensivos cardioráxicos. Funchal: Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny.

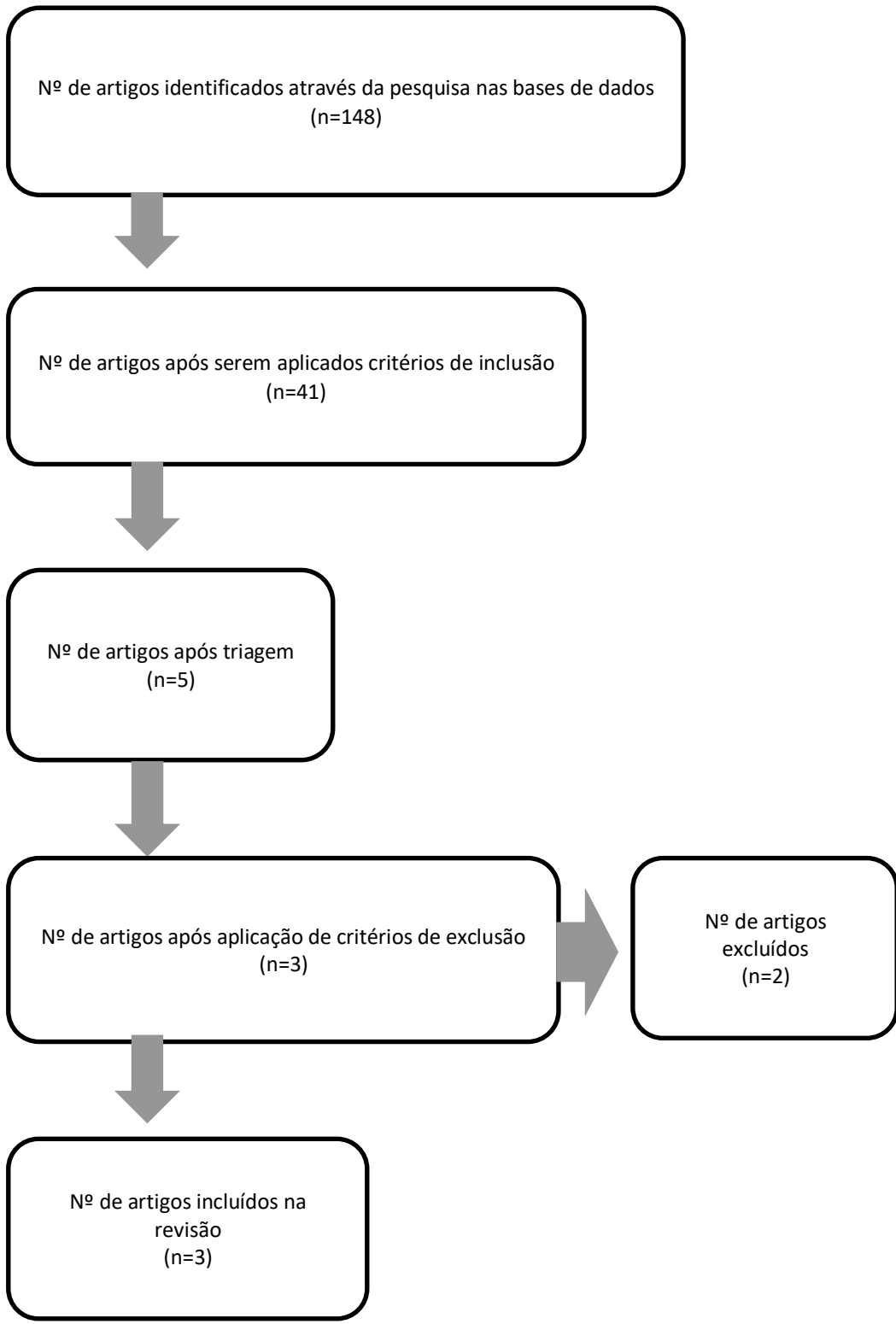
Reche, L. M., Rosa, G. A., & Junqueira, N. d. (2018). RESPALDO LEGAL E IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE A PUNÇÃO INTRAÓSSEA. Revista GepesVida, 4, pp. 1-15.

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). Fármacos em Cuidados Intensivos. In A. R. Silva, & M. J. Lage, Enfermagem em Cuidados Intensivos (pp. 140-166).

Vital, C., Bento, C., & Duque, H. (2010). Ventilação Não Invasiva e Invasiva. In A. R. Silva, & M. J. Lage, Enfermagem em Cuidados Intensivos (pp. 60-98).

APÊNDICES

Apêndice I – Diagrama Prima e Tabela de Evidências



	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3
Informação Bibliográfica	Alves, M., & Melo, C. L. (2019). Handoff of Care in the Perspective of the Nursing Professionals of an Emergency Unit. <i>Reme Revista Mineira de Enfermagem</i> , 23, 1–9. https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190042	Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. <i>Revista de Enfermagem Referencia</i> , 4(21), 151–158.	Hovenkamp, G. T., Olgers, T. J., Wortel, R. R., Noltes, M. E., Dercksen, B., & Ter Maaten, J. C. (2018). The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. <i>Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine</i> , 26(1), 78. https://doi.org/10.1186/s13049-018-0545-7
Palavras-chave	Transferência da Responsabilidade pelo Paciente; Equipe de Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Segurança do Paciente	Gestão da informação; Transferência da Responsabilidade pelo Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Continuidade da Assistência ao Paciente; Enfermeiras e Enfermeiros	Acutecare; Ambulance nurse; ED nurse; Emergency department; Handoff; Handover; Satisfaction; Transfer
Objetivos	Compreender a visão dos profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro sobre a transferência de cuidados de pacientes.	Compreender o teor da informação partilhada pelos enfermeiros durante a passagem do turno, no serviço de urgência.	Determinar os fatores que influenciam a satisfação em relação à transferência de cuidado do doente do pré-hospitalar para a urgência.
Tipo de Estudo	Estudo de caso qualitativo	Estudo qualitativo, exploratório	Estudo observacional

			prospetivo
Sujeitos	14 profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro de um hospital público	13 enfermeiros de um serviço de urgência	97 transferências foram observadas e 97 enfermeiros de pré-hospitalar e 89 enfermeiros do serviço de urgência completaram o questionário
Instrumentos de Recolha de Dados	Entrevista e observação em Março de 2017	<i>Focusgroup</i>	A informação sobre a transferência pré-hospitalar foi colhida através de observação. Os dados sobre a satisfação foram colhidos por questionário.
Conclusões	A equipa de enfermagem participa na transferência de cuidado dos doentes na urgência e emergência e mostra responsabilidade com a continuidade de cuidados. É necessário implementar ações que favoreçam a comunicação, trabalho em equipa e cuidado centrado no doente, visando à transferência de cuidados como medida de segurança do doente.	Os enfermeiros estão sensibilizados para a importância da informação partilhada durante a passagem de turno, tendo consciência que esta pode ser substancialmente melhorada. Para tal, durante a passagem de turno deve ser partilhada informação sobre identificação do doente, situação atual, informações pertinentes, antecedentes de saúde, cuidados prestados e plano de cuidados.	A satisfação dos enfermeiros de pré-hospitalar e do serviço de urgência como remetente ou recetor da transferência é determinada por fatores diferentes. A satisfação dos enfermeiros de pré-hospitalar é afetada principalmente pelo tempo de espera e pela presença de um médico, enquanto a satisfação dos enfermeiros do serviço de urgência é afetada pelo uso de instrumentos de transferência e pela integridade da informação.

**Apêndice II – Norma de Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a
Cirurgia Cardíaca**

Unidade de Cuidados Intensivos

Norma de Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Cirurgia Cardíaca

Enf^a Catarina Vieira – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Outubro, 2020

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	79
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	81
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
APÊNDICE	90

INTRODUÇÃO

A elaboração desta norma surge da vontade de deixar o meu contributo na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Foi realizado com base numa perspetiva de aprendizagem individual e de partilha de conhecimentos com os colegas que fazem parte da equipa de enfermagem da unidade.

Pretende-se que após a sua elaboração, a norma seja um instrumento de suporte aos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, de forma a obter cuidados mais uniformizados e orientados de acordo com uma base sólida e fundamentada, promovendo também o espírito crítico da equipa face a sugestões de procedimentos que possam surgir por parte de outros profissionais ou de novos colegas que integrem a equipa. Será também um objeto facilitador da integração de novos elementos na equipa de enfermagem.

A norma sustenta-se na rotina do serviço e os procedimentos realizados ao doente submetido a cirurgia cardíaca, no dia zero pós-cirúrgico, correspondendo às primeiras 24 horas na UCI. Estas primeiras 24 horas de pós-operatório ocorrem desde o momento que o doente é transferido da sala do bloco operatório para a UCI, até ao momento que tem alta médica para a Unidade de Cuidados Intermédios.

De acordo com o normal decorrer deste início de pós-operatório, o doente é transferido 24 horas após a entrada na UCI. Tal não acontece se existir decisão de que o doente necessita de uma monitorização e vigilância mais apertada, para estabilizar o seu estado clínico.

A Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

A cirurgia cardíaca é uma das principais formas de tratamento de disfunções cardiovasculares. Por ser um procedimento de alta complexidade, os doentes apresentam um pós-operatório crítico, sendo necessário o cuidado ao doente por parte de uma equipa multidisciplinar e habilitada para o mesmo. (Melo, Costa, & Sandes, 2018)

O enfermeiro possui uma variedade de funções durante todo o período de perioperatório, que passam pela orientação do doente no pré-operatório até ao cuidado pós-operatório, sendo

todas estas funções essenciais no cuidado ao doente submetido a cirurgia. O profissional tem grande importância na promoção das mudanças na qualidade de vida do doente. (Malheiro, Carmo, Cavalcanti, & Flores, 2020)

O enfermeiro deve conhecer a fisiopatologia associada ao pós-operatório da cirurgia cardíaca, identificando assim os diagnósticos de enfermagem mais adequados a cada doente, de forma a elaborar o plano de intervenções ajustado à situação presente. Assim, os cuidados de enfermagem devem ser qualificados e individualizados, colocando em prática os conhecimentos científicos e o raciocínio crítico do enfermeiro prestador de cuidados. (Melo, Costa, & Sandes, 2018)

É de extrema importância que o enfermeiro esteja atento às manifestações clínicas do doente, nomeadamente a identificação dos diagnósticos através de expressões e comportamentos do doente, associados a alterações hemodinâmicas que podem surgir identificadas pelos aparelhos de monitorização. (Melo, Costa, & Sandes, 2018)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem são iniciados no momento em que o doente é transportado do bloco operatório para a UCI. Esse momento ocorre em qualquer turno de trabalho, sendo que os cuidados são iniciados independentemente da hora do dia em que o doente é recebido, sendo as cirurgias realizadas maioritariamente no período da manhã ou da tarde. Nestanorma os cuidados serão relatados tendo como ponto de partida esse momento e seguindo a linha orientadora da continuidade de cuidados.

A UCI presta cuidados a doentes que necessitam de cuidados imediatos e diferenciados com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas, prever possíveis complicações e limitar as incapacidades.

Os cuidados de enfermagem são executados de acordo com as necessidades do doente, e podem variar de acordo com a fase do pós-operatório, imediato, mediato ou tardio. Estes, na sua maioria, apontam para a manutenção do equilíbrio hemodinâmico do doente e dos seus parâmetros vitais. (Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva, 2012)

O doente submetido a cirurgia cardíaca pode apresentar alterações fisiológicas associadas a vários sistemas, como cardiovascular, respiratório, nervoso, gastrointestinal e também alterações laboratoriais que nos confirmam as disfunções nos sistemas. O enfermeiro deve olhar para o doente como um todo e conseguir interpretar os sinais que o corpo do doente lhe dá de que algo não está a correr da melhor forma, daí ser necessária uma monitorização contínua/horária. (Melo D. T., Costa, Sundim, & Hajjar, 2010)

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato compreendem uma assistência total e continuada para a recuperação dos efeitos da anestesia, a frequente avaliação do estado fisiológico do doente, a monitorização quanto às complicações, o tratamento da dor e a implementação de medidas para o alcance de metas de curto, médio e longo prazo. O conhecimento do enfermeiro é aplicado de forma a compreender os possíveis riscos, bem como, das necessidades básicas do doente em cada etapa cirúrgica, o que proporciona a prestação de cuidados de qualidade direcionados a obter um equilíbrio homeostático do doente prevenindo complicações. (Smeltzer & Bare, 2005)

As alterações fisiológicas mais comuns que podem ocorrer passam pela taquicardia sinusal, derrame pleural, disfunção cognitiva transitória, retenção urinária, anemia, hiperglicemia,

acidose metabólica, hipo/hipercalemia, hipocalcemia e alterações no eletrocardiograma e no raio-x de tórax, como hemibloqueios transitórios e sinais de congestão. (Melo D. T., Costa, Sundim, & Hajjar, 2010)

É importante preparar a unidade do doente acoplado todos os artefactos técnicos no local certo, para se conseguir realizar uma correta monitorização hemodinâmica do doente e uma verificação correta de todos os valores de drenagens, para iniciar a monitorização dos mesmos.

De acordo com a guideline do transporte de doentes críticos desenvolvida pela Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) o período de transporte do doente crítico pode ser tradutor de grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Referem que para o transporte do doente, este deve ser sempre acompanhado por um médico e um enfermeiro.

O transporte do doente deve ser realizado de forma coordenada entre o serviço de partida e o serviço de chegada. Devem então ser cumpridos alguns tópicos importantes para que o transporte ocorra da melhor forma para o doente e para a equipa: (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)

- Confirmar que o serviço para onde vai ser transportado o doente está pronto para o receber, de forma a iniciar imediatamente o procedimento ou terapêutica programada;
- Acompanhamento do doente pelo médico e enfermeiro responsável pelo o mesmo e quando isto não é possível de se realizar, efetuar uma transmissão formal do caso, médico a médico e enfermeiro a enfermeiro, explanando toda a situação do doente;
- Notificar o serviço de chegada no caso do doente ser um doente contaminado, de forma a que a equipa que o recebe esteja preparada com a proteção adequada para o receber;
- Registrar no processo do doente as indicações para o transporte e evolução do estado do doente durante o mesmo;

O doente durante o transporte deve-se fazer acompanhar de algum equipamento: (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)

- Monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados ao doente, e insuflador manual (com válvula de PEEP);
- Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos;
- Ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e F1 O₂, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Fármacos de ressuscitação;
- Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, de modo a não interromper nenhuma das medicações já em curso;
- Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica;
- Os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local, onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. A carga da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura.

Antes da chegada do doente à UCI, o enfermeiro do bloco operatório informa o serviço de forma telefónica de que irá ser feito o transporte do doente em breve. É da responsabilidade do enfermeiro da UCI, a colocação da cama, que será do doente, na área de transferência de doentes na entrada do bloco operatório. Para além da cama deverá ser disponibilizado o monitor da unidade do doente, com os cabos de electrocardiograma e saturação de oxigénio e ainda o ambu da unidade, de forma a que os colegas do bloco operatório realizem o transporte do doente em segurança, assegurando a sua via aérea com o ambu, se necessário e estando o doente sempre monitorizado durante o transporte. O doente chegará à UCI com suporte de oxigénio por bala de transporte, do bloco operatório e ainda no caso de prescrição de medicação em perfusão contínua, máquina(s) perfusoras com carga de forma a manterem-se funcionantes durante o percurso.

À chegada do doente na UCI, deve existir uma abordagem sistemática detalhada, de forma a obter-se o máximo de informações sobre a condição prévia do doente e exames complementares. Assim, é possível identificar e tratar prontamente o surgimento de disfunções orgânicas. (Melo D. T., Costa, Sundim, & Hajjar, 2010)

Apesar de todo o material que existe de diagnóstico complementar, a anamnese na chegada do doente e o exame físico do mesmo, são as principais ferramentas para precoce e corretamente se fazer o diagnóstico de principais complicações. (Melo D. T., Costa, Sundim, & Hajjar, 2010)

Para cada diagnóstico de enfermagem associado a cada doente existem intervenções de enfermagem específicas, tais como: monitorização dos sinais vitais e balanço hídrico, administração hemoderivados, drogas de suporte, mudanças de decúbitos, avaliação das condições da pele, gestão da necessidade de reposição hídrica, colheitas sanguíneas e observação de exames laboratoriais, controlo da glicémia, manutenção da ventilação e oxigenação adequada, adoção de medidas na redução do risco de infeção, o controlo da dor, apoio psicológico ao doente e família, fornecimento nutricional adequado entre outros. (Rabim, 2017)

No momento da admissão do doente na UCI, a prioridade é estabilizar e monitorizar o doente. (Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva, 2012)

De acordo com uma sequência lógica, são realizadas as seguintes intervenções:

- Colocação correta dos elétrodos de monitorização eletrocardiográfica contínua;
- Permeabilidade e posicionamento correto do cateter central;
- Permeabilidade e posicionamento correto do cateter de pressão arterial invasiva;
- Calibração de nível de cateter arterial e de pressão venosa central;
- Permeabilidade e posicionamento correto de acessos venosos periféricos;
- Colocação e confirmação de soroterapia e perfusões contínuas em máquinas perfusoras;
- Verificação do débito de sonda vesical e drenos;
- Monitorização de pressão arterial, frequência cardíaca, ritmo e saturação de oxigénio;
- Confirmar dose de drogas vasoativas ou outras;
- Preparar perfusões de acordo com prescrição médica e protocolo da UCI (em anexo);
- Avaliar integridade, coloração e temperatura da pele;
- Verificar estado do penso de ferida(s) cirúrgica(s);
- Verificação de correto posicionamento de tubo orotraqueal, se doente entubado;
- Confirmar adaptação adequada do doente ao ventilador;
- Confirmação de prescrição medicamentosa.

Após esta estabilização e da passagem de todos os dados clínicos do doente por parte do enfermeiro do bloco operatório para o enfermeiro da UCI, e estando o doente estável, é necessário analisar as prescrições médicas, de forma a ajustar a medicação a ser administrada, a soroterapia, e verificar qual a indicação para realização de exames complementares de diagnóstico como gasometria, eletrocardiograma, radiografia ao tórax e exames laboratoriais. (Melo D. T., Costa, Sundim, & Hajjar, 2010)

Nas horas seguintes, os cuidados passam essencialmente pela monitorização do doente, pelo registo dessa monitorização, administração de medicação e manutenção do conforto do doente.

A administração da medicação é realizada de acordo com a prescrição médica, bem como as dosagens das perfusões contínuas que o doente vai necessitando durante o internamento. Alguma desta medicação que é colocada em perfusão contínua, é preparada de acordo com o protocolo já instituído na UCI. Este serve de base à preparação da medicação, nomeadamente das drogas vasoativas, como a noradrenalina e a dobutamina.

De acordo os relatos de enfermeiros referidos no estudo de Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva (2012) e as preocupações para com o doente mais valorizadas são a monitorização hemodinâmica e a verificação das drenagens do doente, tudo monitorizado e registado de forma horária.

A monitorização contínua faz parte das habilidades do enfermeiro, sendo necessário conhecimento por parte do mesmo sobre os valores padrão e desvios de qualquer um dos parâmetros, identificando alterações a atuando precocemente, de modo, a garantir a estabilidade hemodinâmica. (Rabim, 2017)

Melo D. T., Costa, Sundim, & Hajjar (2010) referem que a realização de exames complementares de diagnóstico deve ser de acordo com esta periodicidade, no pós-operatório imediato, gasometria a cada 6 horas, raio-x tórax 1 vez/dia e eletrocardiograma 2 vezes/dia.

Seguindo esta linha, o enfermeiro da UCI realiza colheita de sangue por via arterial para gasometria de 6 em 6 horas e o doente realiza raio-x tórax e eletrocardiograma durante as primeiras 24 horas. Na UCI em questão, estes dois últimos exames referidos são realizados na manhã seguinte à cirurgia.

A leitura dos dados da monitorização do doente relativos à ventilação, ao equilíbrio ácido-base e eletrólitos, a necessidade de transfusão sanguínea tendo em conta aos valores de hematócrito e hemoglobina e avaliação dos valores de glicémia, são informações relevantes na tomada decisão para a prestação de cuidados, tal como refere Rabim (2017).

De acordo com o protocolo analítico já instituído na UCI, no primeiro dia pós-operatório é realizada colheita de sangue para análise em laboratório. Essa análise deverá incluir hemograma com plaquetas, creatininafosfoquinase, creatinina, ureia, lactatos (DHL), glicose, potássio (K), sódio (Na), transaminases (TGO e TGP) e estudo na coagulação com INR, no caso de doentes hipocoagulados.

Outro foco de atenção do enfermeiro será a realização dos cuidados de higiene ao doente na manhã seguinte à intervenção cirúrgica. Estes são realizados no leito de forma criteriosa, tendo em atenção a manutenção do conforto do doente, avaliando as suas condições de pele e tendo sempre em atenção os drenos, sondas e pensos que o doente possa apresentar. (Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva, 2012)

Será também o momento adequado para observar o estado em que se encontram os pensos das feridas cirúrgicas, que devem ser trocados se necessário. No final dos cuidados de higiene no leito, se existir condição hemodinâmica do doente para tal, é realizado o primeiro levante para o cadeirão.

No caso de o doente se encontrar dependente de ventilação mecânica, será no período de 24 horas pós-operatório que será realizada o desmame do ventilador e conseqüentemente a extubação do doente. (Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva, 2012)

Durante o período em que o doente estiver sob ventilação mecânica, terão de ser realizados todos os cuidados de enfermagem inerentes à condição do mesmo.

De acordo com os autores Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva (2012) encontrando-se o doente hemodinamicamente estável, desperto, responsivo e sem alterações relevantes, realiza-se a sua extubação. Esta pode não ser realizada devido a falhas durante o processo derivadas de distúrbios decorrentes da cirurgia. Esta extubação precoce diminuirá a permanência do doente na UCI e por conseqüência diminui o tempo de internamento hospitalar.

Rabim (2017) refere que de acordo com alguns autores, a extubação e suspensão da ventilação mecânica deve ocorrer nas primeiras horas pós-operatórias, preferencialmente antes das seis horas após a chegada à unidade.

Tendo sido cumpridos todos os procedimentos e intervenções de forma eficaz e encontrando-se neste momento o doente sentado no cadeirão, consciente, orientado e hemodinamicamente estável, não apresentando alterações elétricas ou perdas hemáticas abundantes, é o momento de encaminhar o doente para a Unidade de Cuidados Intermédios onde irá continuar a monitorização necessária e o processo de pós-operatório.

Este período em que se assiste à recuperação do doente é bastante marcado pela instabilidade do quadro clínico, sendo um período de cuidados complexos e que exige da equipa de saúde uma observação contínua e tomada de decisão rápida. (Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva, 2012)

CONCLUSÃO

As ações de enfermagem no pós-operatório da cirurgia cardíaca requerem dos profissionais conhecimento técnico-científico específico para a utilização dos recursos tecnológicos avançados e competências específicas, contribuindo para a prestação de cuidados especializados a estes doentes críticos, caracterizando-se pela sua qualidade e garantindo segurança, confiança, capacidade técnica e relacional. (Rabim, 2017)

A elaboração desta norma levou a uma necessidade de recolha de informação sobre o tema, a uma correta análise dessa informação, de forma a selecionar a mais verídica e com maior teor de credibilidade, para que a aprendizagem fosse realizada de forma segura.

Procurando sempre a excelência do exercício profissional e caminhando num processo de desenvolvimento de competências específicas e de aplicação dos conhecimentos adquiridos, o trabalho desenvolvido na elaboração desta norma pretende servir como base para a fundamentação teórica que norteia a prática clínica na Unidade de Cuidados Intensivos. Esta prática assenta maioritariamente na identificação de sinais de instabilidade hemodinâmica e na antecipação de cuidados ao doente crítico, visando garantir a sua segurança e minimizar os potenciais riscos.

Após o término deste processo de elaboração da norma, fica claro que para uma prática clínica orientada e com fundamento, a aquisição de conhecimentos e o seguimento de um guia orientador de cuidados, ainda que muitas vezes este seja apenas mental, é fundamental para que os cuidados prestados sejam de excelência e o enfermeiro caminhe sempre no sentido do crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvendo assim conhecimento e a reflexão e espírito crítico perante os cuidados prestados ao doente submetido a cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duarte, S. d., Stipp, M. A., Mesquita, M. G., & Silva, M. M. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca*, 657-665.
- Malheiro, I. d., Carmo, T. G., Cavalcanti, A. C., & Flores, P. V. (2020). Intervenções de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Research, Society and Development*.
- Melo, D. T., Costa, F. F., Sundim, M., & Hajjar, A. L. (11 de 07 de 2010). *MedicinaNet*. Obtido de file:///E:/Mestrado/Est%C3%A1gio%20UCI%20-%20CSB/cardiotor%C3%A1tica/cuidados%20de%20enfermagem/P%C3%B3s-Operat%C3%B3rio%20de%20Cirurgia%20Card%C3%ADaca%20_%20dos%20Sintomas%20ao%20Diagn%C3%B3stico%20e%20Tratamento%20_%20MedicinaNET.html
- Melo, F. V., Costa, M. F., & Sandes, S. M. (2018). Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 2188-2193.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*.
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Rabim, F. D. (2017). *PERSPETIVA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO: da urgência aos cuidados intensivos cardiorácicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2005). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (9ª ed., Vol. 1). Rio de Janeiro: Guanabara.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO CIRURGIA CARDÍACA

	PROCEDIMENTO	Código: 01/CCUI
		Edição N° Data: Outubro 2020
		Revisão N° Data:

PROCOLO CIRURGIA CARDÍACA UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS

1. OBJECTIVOS

- Uniformizar os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato, nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, internados na Unidade de Cuidados Intensivos
- Facilitar Integração de novos elementos

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os doentes submetidos a Cirurgia Cardíaca.

3. DEFINIÇÕES

A cirurgia cardíaca é uma das principais formas de tratamento de disfunções cardiovasculares. Por ser um procedimento de alta complexidade, os doentes apresentam um pós-operatório crítico, sendo necessário o cuidado ao doente por parte de uma equipa multidisciplinar e habilitada para o mesmo. (Melo, Costa, & Sandes, 2018)

O enfermeiro deve conhecer a fisiopatologia associada ao pós-operatório da cirurgia cardíaca, identificando assim os diagnósticos de enfermagem mais adequados a cada doente de forma a elaborar o plano de intervenções ajustado à situação presente. Assim os cuidados de enfermagem devem ser qualificados e individualizados, colocando em prática os conhecimentos científicos e o raciocínio crítico do enfermeiro prestador de cuidados. (Melo, Costa, & Sandes, 2018)

Neste sentido, a assistência de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia cardíaca com vista a uma rápida recuperação e ausência de complicações. Dessa forma, a fim de garantir o cumprimento adequado e qualificado da função do enfermeiro, a

	PROCEDIMENTO	Código: 01/CCUI
		Edição N° Data: Outubro 2020
		Revisão N° Data:

assistência deve ser planeada e organizada como forma de favorecer a eficácia e a excelência dos cuidados prestados com vista a uma recuperação eficaz do paciente, motivo pelo qual é elaborado este protocolo.

De acordo com a guideline do transporte de doentes críticos desenvolvida pela Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) o período de transporte do doente crítico pode ser tradutor de grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Referem que para o transporte do doente, este deve ser sempre acompanhado por um médico e um enfermeiro. O transporte do doente deve ser realizado de forma coordenada entre o serviço de partida e o serviço de chegada.

Assim, com este protocolo, pretende-se uniformizar os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato, nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, internados na Unidade de Cuidados Intensivos.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			93

PROCEDIMENTO

Código: 01/CCUI

Edição Nº Data:
Outubro 2020

Revisão Nº Data:

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duarte, S. d., Stipp, M. A., Mesquita, M. G., & Silva, M. M. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca*, 657-665.
- Melo, D. T., Costa, F. F., Sundim, M., & Hajjar, A. L. (11 de 07 de 2010). *MedicinaNet*. Obtido de file:///E:/Mestrado/Est%C3%A1gio%20UCI%20-%20CSB/cardiotor%C3%A1lica/cuidados%20de%20enfermagem/P%C3%B3s-Operat%C3%B3rio%20de%20Cirurgia%20Card%C3%ADaca%20_%20dos%20Sintomas%20ao%20Diagn%C3%B3stico%20e%20Tratamento%20_%20MedicinaNET.html
- Melo, F. V., Costa, M. F., & Sandes, S. M. (2018). Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 2188-2193.
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			94

PROCEDIMENTO

Código: 01/CCUI

Edição N° Data:
Outubro 2020

Revisão N° Data:

5. DESCRIÇÃO – 1^{AS} 24 HORAS DE PÓS-OPERATÓRIO

Os cuidados de enfermagem são iniciados no momento em que o doente é transportado do bloco operatório para a UCI. Esse momento ocorre em qualquer turno de trabalho, sendo que os cuidados são iniciados independentemente da hora do dia em que o doente é recebido. Sendo as cirurgias realizadas maioritariamente no período da manhã ou da tarde.

É importante preparar a unidade do doente acoplando todos os artefactos técnicos no local certo, para se conseguir realizar uma correta monitorização hemodinâmica do doente e uma verificação correta de todos os valores de drenagens, para iniciar a monitorização dos mesmos.

À chegada do doente na UCI deve existir uma abordagem sistemática detalhada, de forma a se obter o máximo de informações sobre a condição prévia do doente e exames complementares. Assim é possível identificar e tratar prontamente o surgimento de disfunções orgânicas. (Melo D. T., Costa, Sundim, & Hajjar, 2010)

Antes da chegada do doente à UCI, o enfermeiro da UCI é informado pelo colega do bloco operatório que irá ser feito o transporte do doente em breve. O enfermeiro da UCI deve nesse momento:

- Colocar a cama, que será do doente, na área de transferência de doentes na entrada do bloco operatório;
- Disponibilizar o monitor da unidade do doente, com os cabos de electrocardiograma e saturação de oxigénio e ainda o ambu da unidade do doente.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			95

PROCEDIMENTO

Código: 01/CCUI

Edição N° Data:
Outubro 2020

Revisão N° Data:

O doente chegará à UCI com:

- Suporte de oxigénio por bala de transporte, do bloco operatório;
- Máquinas perfusoras com a medicação prescrita em perfusão contínua;
- Monitorização contínua e suporte ventilatórios com ambu, no caso de doente ventilado.

No momento da admissão do doente na UCI a prioridade é estabilizar e monitorizar o doente. (Duarte, Stipp, Mesquita, & Silva, 2012) De acordo com uma sequência lógica são realizadas as seguintes intervenções:

- Colocação correta dos elétrodos de monitorização eletrocardiográfica contínua;
- Permeabilidade e posicionamento correto do cateter central;
- Permeabilidade e posicionamento correto do cateter de pressão arterial invasiva;
- Calibração de nível de cateter arterial e de pressão venosa central;
- Permeabilidade e posicionamento correto de acessos venosos periféricos;
- Colocação e confirmação de soroterapia e perfusões contínuas em máquina perfusoras;
- Verificação do débito de sonda vesical e drenos;
- Monitorização de pressão arterial, frequência cardíaca, ritmo, saturação de oxigénio e temperatura;
- Confirmar dose de drogas vasoativas ou outras;
- Preparar perfusões de acordo com prescrição médica e protocolo da UCI (em anexo);
- Avaliar integridade, coloração e temperatura da pele;
- Verificar estado do penso de ferida(s) cirúrgica(s);
- Verificação de correto posicionamento de tubo orotraqueal, se doente entubado;
- Confirmar adaptação adequada do doente ao ventilador;

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			96

PROCEDIMENTO

Código: 01/CCUI

Edição N° Data:
Outubro 2020

Revisão N° Data:

- Confirmação de prescrição medicamentosa.

No decorrer das 24 horas são realizadas as seguintes intervenções:

- Monitorização horária e registo dos sinais vitais: TA invasiva, FC, e Saturações de O₂;
- Monitorização da temperatura 8/8 horas;
- Monitorização horária e registo da diurese;
- Monitorização horária e registo da drenagem torácica;
- Registo horário de todas as entradas (alimentação + soroterapia + medicação);
- Preparação de medicação em perfusão contínua (de acordo com protocolo da UCI, em anexo);
- Monitorização e registo de glicemia capilar de 6/6 horas e respetiva insulina administrada (nos pacientes diabéticos e não diabéticos que apresentam alterações glicémicas).
- Monitorização analítica por gasometria de 6/6 horas;
- Posicionamento do doente, quando necessário;

Na manhã pós-cirurgia:

- Realização de ECG;
- Pedido de colaboração para realização de rx-tórax (com prescrição médica);
- Prestação de cuidados de higiene no leito;
- Realização de tratamento de pensos, se necessário;
- Realização de primeiro levante, para cadeirão.

No momento da alta do doente:

- Desmonitorização de toda a monitorização invasiva;

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			97

	PROCEDIMENTO	Código: 01/CCUI
		Edição N° Data: Outubro 2020
		Revisão N° Data:

- Passagem do doente para cama do internamento ou cadeira de rodas, para transporte até ao quarto do internamento.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			98

	PROCEDIMENTO	Código: 01/CCUI
		Edição N° Data: Outubro 2020
		Revisão N° Data:

NOTAS IMPORTANTES:

Os registos e respetivo BH são efetuados na folha multidisciplinar da UCI pertencente ao paciente.

As notas de enfermagem são feitas informaticamente.

Registrar a terapêutica e os consumos clínicos informaticamente.

Preencher a folha de terapêutica com medicação prescrita e respetiva assinatura da sua administração.

Todas as perfusões, incluindo soroterapia, deverão ser colocadas em máquina perfusora.

Seguir tabela de diluições de fármacos para preparação de perfusões.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			99

PROCEDIMENTO

Código: 01/CCUI

Edição Nº Data:
Outubro 2020

Revisão Nº Data:

APÊNDICE II - TABELA DE DILUIÇÃO DE FÁRMACOS

Fármaco	Concentração para a unidade	Apresentação comercial	Concentração comercial	Solução para diluição
Amiodarona	1800 mcg/ml	150mg/3ml	50mg/ml	Glicose 5%
Adrenalina	32 mcg/ml	1mg/ml		Glicose 5%
DNI	200 mcg/ml	10mg/10ml	1mg/ml	SF 0,9%
Dobutamina	2000 mcg/ml	250mg/20ml	12.5mg/ml	Glicose 5%
Dopamina	1600 mcg/ml	200mg/5ml	40mg/ml	Glicose 5%
Esmolol	10 mg/ml	2500mg/10ml	250mg/ml	Glicose 5%
Heparina	100 UI/ml	25000UI/5ml	5000UI/ml	SF 0,9%
Isoprenalina	32 mcg/ml	2mg/2ml	1mg/ml	Glicose 5%
Lidocaína	4000 mcg/ml	1000mg/5ml	200mg/ml	Glicose 5%
Nitroglicerina	500 mcg/ml	25mg/5ml	5mg/ml	SF 0,9%
Nitroprussiato	400 mcg/ml	50mg/5ml	10mg/ml	Glicose 5%
Noradrenalina	32 mcg/ml	1mg/ml		Glicose 5%

ELABORADO POR**APROVADO POR****HOMOLOGADO POR****PÁGINA**

100

PROCEDIMENTO

Código: 01/CCUI

Edição N° Data:
Outubro 2020

Revisão N° Data:

Fármaco	Volume de fármaco necessário para as diluições							
	50ml		100ml		250ml		500ml	
Amiodarona	1,8ml	90mg	3,6ml	180mg	9ml	450mg	18ml	900mg
Adrenalina	1,6ml	1,6mg	3,2ml	3,2mg	8ml	8mg	16ml	16mg
DNI	10ml	10mg	20ml	20mg	50ml	50mg	100ml	100mg
Dobutamina	8ml	100mg	16ml	200mg	40ml	500mg	80ml	1000mg
Dopamina	2ml	80mg	4ml	160mg	10ml	400mg	20ml	800mg
Esmolol	2ml	500mg	4ml	1000mg	10ml	2500mg	20ml	5000mg
Heparina	1ml	5000UI	2ml	10000UI	5ml	25000UI	10ml	50000UI
Isoprenalina	1,6ml	1,6mg	3,2ml	3,2mg	8ml	8mg	16ml	16mg
Lidocaína	1ml	200mg	2ml	400mg	5ml	1000mg	10ml	2000mg
Nitroglicerina	5ml	25mg	10ml	50mg	25ml	125mg	50ml	250mg
Nitroprussiato	2ml	20mg	4ml	40mg	10ml	100mg	20ml	200mg
Noradrenalina	1,6ml	1,6mg	3,2ml	3,2mg	8ml	8mg	16ml	16mg

ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA

101

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			102

Apêndice III – Via Verde Trauma – Triagem e Critérios de Ativação



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Via Verde Trauma – Triagem e Critérios de Ativação

Estudante: Catarina Sofia Neves Vieira

Sob orientação de: Prof^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, dezembro de 2020

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	109
LISTA DE SIGLAS	111
INTRODUÇÃO	113
VIA VERDE TRAUMA	115
CONCLUSÃO.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios Absolutos de Ativação da Equipa de Trauma	118
Tabela 2- Critérios Relativos de Ativação da Equipa de Trauma	119

LISTA DE SIGLAS

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

DGS – Direção Geral da Saúde

SE – Sala de Emergência

SU- Serviço de Urgência

VV – Via Verde

VV-Trauma - Via Verde Trauma

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio realizado no Serviço de Urgência (SU), integrado a unidade curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, surgiu a intenção da realização deste trabalho sobre a Via Verde Trauma (VV-Trauma), com o objetivo de clarificar conceitos como Trauma e Via Verde, conhecer melhor os critérios de ativação da Via Verde (VV) e entender todo o processo de ativação da mesma desde a abordagem do doente no pré-hospitalar até à chegada do mesmo ao (SU).

Faz parte deste trabalho um póster que irá ser elaborado esquematizando os critérios de ativação da VV-Trauma de forma a ser mais claro para o enfermeiro da triagem o encaminhamento do doente.

De forma a ter uma estratégia organizada de abordagem ao doente, foram criadas as Vias Verdes, que visam a melhoria da acessibilidade do doente na fase aguda da sua doença, aos cuidados médicos mais adequados, proporcionando um diagnóstico e tratamento mais eficazes. (CODU, 2018)

Existem várias VV como a Via Verde AVC, a Via Verde Sepsis e a Via Verde Trauma. Esta última será a abordada neste trabalho de forma a conhecer os critérios que a definem e a necessidade da existência da mesma.

A criação de VV, surge da necessidade de melhorar a resposta das instituições hospitalares às vítimas de acidentes, pela identificação precoce de sinais de alarme, conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda, sistematização das primeiras atitudes de socorro e definição do encaminhamento mais adequado. (CODU, 2018)

O encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, assim os sistemas hospitalares e pré-hospitalares devem garantir a continuidade e a integração de cuidados. No caso do sistema pré-hospitalar, este deve referenciar diretamente o doente para o local de melhor resolução do problema. (Despacho n.º 10319/2014, 2014)

O trauma é uma das causas mais importantes na origem da morbilidade e da mortalidade em Portugal, incidindo mais na população mais jovem. O resultado da resposta ao trauma está relacionado, em grande parte, com a organização dos meios de socorro e assistência. (Ordem dos médicos, 2009)

O primeiro contacto com o trauma, no serviço de urgência (SU), acontece na passagem do doente pela triagem. Aqui o enfermeiro que o recebe terá de compreender se o doente responde a determinados critérios de forma a encaminhar o doente de forma correta e a perceber se será necessário a ativação da Via Verde para uma abordagem mais detalhada do doente em estado crítico.

VIA VERDE TRAUMA

Almeida et al. (2020), descrevem o trauma de acordo com a Emergency Nurses Association como, um evento ou série de eventos ou conjunto de circunstâncias vivenciadas pelo indivíduo como prejudicial física ou emocionalmente ou com risco de vida e que terá efeitos adversos no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

A VV-Trauma pode ser definida como *“um algoritmo clínico de avaliação e tratamento de um processo patológico, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante no resultado terapêutico.”*(Almeida et al., 2020)

A abordagem ao politraumatizado é realizada com base em decisões críticas que visam a recuperação fisiológica do doente, resolvendo primeiramente as situações que põem a vida em risco. Nos primeiros minutos de abordagem o objetivo é tratar as lesões que comprometem a vida e numa segunda fase o objetivo é manter as funções vitais e identificar todas as alterações existentes, com base num exame sistemático realizado da cabeça aos pés. (Ponce & Teixeira, 2006)

Uma intervenção precoce e adequada pode melhorar de forma significativa o prognóstico do doente de trauma, desta forma torna-se imperativo a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, de terapeutica otimizada. (Direção-Geral da Saúde, 2010)

Os cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma, exigem um julgamento crítico e uma tomada de decisão mais dirigida, especializada e conseqüentemente mais adequada. Assim a mortalidade e morbidade dos doentes com trauma podem ser reduzidas através da formação dos enfermeiros. (Almeida et al., 2020)

O enfermeiro que faz parte da equipa de trauma deve ser detentor de formação em suporte imediato ou avançado de vida e de trauma, conhecedor e aderente

às orientações clínicas e operacionais da Sala de Emergência (SE). Sendo detentor destas competências, na SE, compete-lhe (Ordem dos médicos, 2009):

- Avaliar, preparar e repor o material necessário ao bom funcionamento da sala;
- Preparar a Sala de Emergência para a reanimação;
- Assistir o médico na avaliação primária e secundária do doente crítico;
- Assistir o médico na execução de manobras de reanimação;
- Assistir o médico no controle da via aérea e na ventilação;
- Proceder à monitorização do doente e à execução de acessos venosos;
- Proceder à recolha das amostras clínicas para análises, iniciar a reposição hídrica protocolada, proceder à algaliação e colocação de sonda gástrica, quando determinado;
- Enviar rapidamente as amostras clínicas para exames;
- Responsabilizar-se pelo registo do espólio: roupa e demais pertences do doente;
- Coordenar e supervisionar o Auxiliar de Acção Médica;
- Preparar o doente para a transferência da Sala de Emergência, bem como o seu transporte.

Os Centros de Trauma são responsáveis pelo tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave, devendo cumprir os critérios de presença de valença. Para estes locais são referenciados os doentes a incluir na VV-Trauma, seja a partir do sistema pré-hospitalar, seja da unidades de atendimento de menor diferenciação. (Despacho n.º 10319/2014, 2014)

A organização da rede de trauma deve ser feita de forma a que haja uma fácil e rápida identificação de severidade da lesão, identificando indiretamente os níveis de recursos necessários. Para isso é necessário a existência de protocolo de ativação do sistema de socorro, protocolo de triagem do doente com trauma, protocolo regional de referenciação e protocolo de transporte secundário do doente crítico e não crítico. (Ordem dos médicos, 2009)

A Direção-Geral da Saúde (DGS)(2010)define que as unidades de saúde com SU devem implementar a prática de cuidados ao doente de trauma de acordo com 5 requisitos:

1. Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem);
2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
3. Registos;
4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos);
5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

Ordem dos médicos(2009) afirma que *A triagem adequada de doentes, ao permitir a sua referenciação, em função das lesões observadas ou potencialmente sofridas, para centros com os recursos necessários, é um dos aspectos fulcrais numa rede de trauma.*

Na triagem, o enfermeiro garante uma priorização de atendimento baseado em evidência científica, permitindo ao mesmo tempo uma melhoria na gestão dos recursos e aumento do nível de qualidade de cuidados. (Almeida et al., 2020)

A ativação da Equipa de Trauma, quer seja a nível pré-hospitalar ou hospitalar de ser feita de acordo com os seguintes critérios de identificação de trauma grave (Ordem dos médicos, 2009)

CRITÉRIOS ABSOLUTOS

Sinais Vitais e Nível de Consciência

- Escala de Coma de Glasgow < 14
- Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
- Frequência Respiratória < 10 ou > 29 ciclos/min
- Necessidade de ventilação assistida
- Deterioração clínica desde o acidente
- Deterioração clínica no SU
- Revised Trauma Score < 11

Anatomia da lesão

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e/ou joelho
- Retalho costal
- Fratura de 2 ou + ossos longos
- Fratura da bacia
- Fratura do crânio com afundamento
- Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
- Lesão neurológica
- Associação trauma - queimaduras
- Queimaduras Major/Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
- Queimaduras com inalação
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés

Tabela 1 – Critérios Absolutos de Ativação da Equipa de Trauma

CRITÉRIOS RELATIVOS

Energia e Mecanismo de Lesão

- Mortes no mesmo veículo
- Projeção do veículo
- Encarceramento > 30 min
- Queda > 3 metros
- Atropelamento
- Acidente entre veículo de 2 rodas e outro
- Acidente veículo de 2 rodas > 30 km/h

- Deformidade/Intrusão no veículo
- Acidente > 50 km/h
- Capotamento

Fatores de Comobilidade

- Ambiente térmico hostil
- Idade > 60 anos
- Doença médica limitante: Respiratória, Cardíaca, Hepática, Hematológica, Imunossupressão, Obesidade
- Gravidez
- Terapêutica de risco: β Bloqueadores, digitálico, anticoagulantes
- Intoxicação substância de abuso
- Intoxicação Alcoólica

Tabela 2- Critérios Relativos de Ativação da Equipa de Trauma

A abordagem ao doente politraumatizado na maioria das instituições hospitalares é realizada por uma equipa de profissionais; desta forma os problemas do doente devem ser resolvidos de forma sistemática e de acordo com as prioridades, mas em simultâneo. Cada elemento da equipa deve saber qual a sua tarefa a desempenhar e não deve existir em momento algum inversão das prioridades da abordagem. (Ponce & Teixeira, 2006)

CONCLUSÃO

No funcionamento da VV-Trauma, iniciado na triagem, passando pela abordagem ao doente, até à transferência do mesmo para os cuidados definitivos, o enfermeiro assume um papel de extrema importância e deve possuir a formação adequada, de forma a ser obtida uma otimização dos cuidados. (Almeida et al., 2020)

Ao longo da análise da literatura apresentada é possível entender a necessidade da criação das VV e a sua importância quer para o doente, quer para os profissionais de forma a serem mais capazes de realizar cuidados de forma mais orientada.

O presente trabalho foi bastante enriquecedor para o meu percurso como estudante no serviço de urgência, tornando mais clara a abordagem ao doente politraumatizado e o trabalho do enfermeiro tanto na triagem como na sala de emergência.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). *PERSPETIVA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À VIA VERDE TRAUMA*. 3(1), 55–66.
- CODU, C. de O. de D. U. (2018). *RELATÓRIO ANUAL* (INEM (ed.)).
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 153 (11-08-2014)*, 8174–8175.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). A Direcção-Geral de Saúde. *Circular Normativa N.º 07/DQS/DQCO*, 1–26. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Direc??o-Geral+da+Sa?de#2>
- Ordem dos médicos. (2009). Normas de boa prática em trauma. *Ordem Dos Médicos*, 224. <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=fcde14913c766cf307c75059e0e89af5>
- Ponce, P., & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lidel.

**APÊNDICE I – POSTÉR VIA VERDE TRAUMA – TRIAGEM E
CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO**

VIA VERDE TRAUMA

Triagem e critérios de ativação

Triagem (Vermelho/ Laranja)

Fluxogramas: 098—Feridas; 100—Grande Traumatismo; 130—Queda; 136—TCE

Via Verde Trauma: "um algoritmo clínico de avaliação e tratamento de um processo patológico, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante no resultado terapêutico."¹

CRITÉRIOS ABSOLUTOS²

SINAIS VITAIS—NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ANATOMIA DA LESÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Glasgow < 14 • TA Sistólica < 90mmHg • FR < 10 ou > 29 ciclos/min • Necessidade de ventilação assistida • Deterioração 	<ul style="list-style-type: none"> • clínica desde o acidente • Deterioração clínica no SU • Revised Trauma Score < 11 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma penetrante • Retalho costal • Fratura de 2 ou + ossos longos • Fratura da bacia • Fratura do crânio com afundamento • Amputação 	<ul style="list-style-type: none"> • proximal ao punho e/ou tornozelo • Lesão neurológica • Associação trauma—queimadura • Queimadura • Eletrocussão

CRITÉRIOS RELATIVOS²

<ul style="list-style-type: none"> • Mortes no mesmo veículo • Projeção • Encarceramento > 30 min • Queda > 3 metros 	<ul style="list-style-type: none"> • Atropelamento • Acidente entre veículo de 2 rodas e outro • Acidente > 30 km/h • Capotamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente térmico hostil • Idade > 60 anos • Doença médica limitante • Gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapêutica com anticoagulantes • Intoxicação substância de abuso • Intoxicação Alcoólica
--	--	--	---

ATIVAÇÃO DA VIA VERDE TRAUMA SE:

1 CRITÉRIO ABSOLUTO

1 CRITÉRIO RELATIVO + 1 FATOR DE COMORBILIDADE

1—Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). PERSPETIVA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À VIA VERDE TRAUMA. 3(1), 55-88; 2—Ordem dos médicos. (2009). Normas de boa prática em trauma. Ordem Dos Médicos,

Trabalho Realizado por: Catarina Vieira*

Enfermeira de Cuidados Gerais no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário do Porto; Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Enfermagem em Pessoas em Situação Crítica pela Universidade Católica Portuguesa

Apêndice IV – Acesso Intra-ósseo – Guia de Utilização Prática



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Acesso Intra-ósseo – Guia de Utilização Prática

Estudante: Catarina Sofia Neves Vieira

Sob orientação de: Prof^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, dezembro de 2020

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS	133
INTRODUÇÃO	135
ACESSO INTRA-ÓSSEO	137
CONCLUSÃO.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
APÊNDICE I- POSTER ACESSO INTRA-ÓSSEO	145

LISTA DE SIGLAS

AIO – Acesso Intra-ósseo

SU- Serviço de Urgência;

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio final realizado no Serviço de Urgência (SU), foi detetada a necessidade de informação sobre alguns dispositivos que podem ser utilizados nos doentes na sala de emergência, como o Acesso Intra-ósseo (AIO).

O acesso intra-ósseo é usado principalmente para garantir rapidamente um acesso venoso quando há algum retardo ou dificuldade para acesso venoso periférico. Consiste em técnica de simples aprendizado e suas complicações são inferiores a 1%.(Lane & Guimarães, 2008)

A pouca necessidade de aplicação deste tipo de acesso venoso, leva a uma insegurança por parte dos profissionais no momento da sua utilização.

Partindo desta falha, e de forma a ajudar os profissionais neste momento, achei relevante a elaboração deste documento, fazendo referência aos benefícios da utilização deste dispositivo, ao modo de utilização do mesmo e seus principais benefícios face à necessidade de obtenção de um AIO. Perante isto, e após a execução do mesmo, desenvolvi um poster ilustrativo (Apêndice I - Poster Acesso Intra-ósseo) com informação sobre a correta utilização para que se torne mais visual e prático a sua utilização rápida em sala de emergência.

ACESSO INTRA-ÓSSEO

O AIO é obtido através da punção intra-óssea de forma a obter um acesso à circulação sistêmica através da estrutura óssea do doente. É a primeira alternativa após a tentativa de colocação de acesso venoso periférico não ser eficaz, dando assim resposta a uma ação rápida à condição clínica do doente. (Reche, Rosa, & Junqueira, 2018)

Esta via de acesso tem vindo a ser cada vez mais utilizada, em diversas situações como, na sala de emergência, em paragens cardíacas, em doentes de idade pediátrica e principalmente em situações onde o acesso venoso periférico é difícil ou a situação é crítica. (Bradburn & Gill) Funciona como um acesso rígido que não é influenciado por estados extremos de hipovolemia e/ou hipoperfusão. (Neto, Dias, & Velasco, 2016)

Podendo ser utilizado em diferentes locais de punção e com a mesma eficácia em adultos e em crianças, é um acesso seguro a través do qual a maior parte dos fármacos utilizados em emergências pode ser administrado nas suas doses habituais. (Lane & Guimarães, 2008)

Adultos	Crianças
Tíbia	Tíbia
Maléolo medial	Fémur
Esterno	Úmero
Crista ilíaca	Calcâneo
Clavícula	

Tabela 3: Locais de Punção Intra-Óssea (Lane & Guimarães, 2008)

O AIO pode ser utilizado para colheita de sangue para gasimetria como para análise sanguínea comum, para perfusão de sangue e hemoderivados, solução fisiológica para reposição da volémia em estados de choque. (Lane & Guimarães, 2008)

Está demonstrado que o plexo venoso dos ossos longos, onde pode ser colocado o AIO, drena para a circulação central a uma taxa de perfusão comparável à de um acesso venoso central. (Bradburn & Gill)

O AIO nunca poderá ser colocado num local com trauma ósseo, ou com trauma proximal ao local de acesso ou num membro com punção para AIO prévio, pelo risco de fratura do osso no local e podendo desenvolver um síndrome compartimental. Pelo risco de proliferação de infecção para o osso, provocando osteomielite, também não será possível colocar o acesso num local com infecção. (Bradburn & Gill)

Podem ser utilizados diferentes tipos de materiais para obter o AIO. As agulhas utilizadas podem ser de introdução manual, com perfurador à mola ou perfurador por força elétrica. A velocidade de infusão do acesso depende muito do diâmetro e do tipo de dispositivo utilizado. (Neto, Dias, & Velasco, 2016)

Como complicação mais frequente surge o extravasamento que pode acontecer quando não existe penetração completa da cortical, penetração da parede posterior da cortical, obstrução da agulha, orifício do córtex maior que o orifício da agulha, penetração tangencial à parede cortical, fratura do osso puncionado, deslocamento da agulha e ou excesso de pressão durante a infusão. (Neto, Dias, & Velasco, 2016)

Outras complicações que podem surgir são a formação de coágulos na agulha de punção, mais raramente a necrose tecidual e o síndrome compartimental e ainda celulite localizada e abscesso subcutâneo. A dor está associada ao aumento da pressão intramedular, o que não é um entrave ao uso do AIO, em infusões mais lentas ou em doentes inconscientes. (Lane & Guimarães, 2008)

O AIO deve ser substituído até 24 horas após a sua colocação, pela sua progressiva perda de eficácia e pelo aumento do risco de osteomielite e embolia no local da punção. (Lane & Guimarães, 2008)

Para obter um AIO, deve ser seguido o procedimento para a sua colocação (Neto, Dias, & Velasco, 2016):

1. Posicionamento do paciente em decúbito dorsal;
2. Imobilização do membro;
3. Iluminação adequada;
4. Lavagem cirúrgica das mãos;
5. Colocação de luvas estéreis;
6. Assepsia extensa do local de punção;
7. Colocação de campos cirúrgicos estéreis, protegendo a área do procedimento;
8. Realização de infiltração com anestésico local;
9. Palpação do local de punção 1 a 2 cm medial e 1 a 2 cm distalmente à tuberosidade tibial;
10. Punção com agulha direcionada distalmente com pequena angulação (menos de 15°), evitando a cartilagem de crescimento metafisário;
11. Introdução lenta até sentir perda da resistência óssea e passagem pelo córtex da diáfise anterior (entrada no canal medular). Em alguns dispositivos, podem ser necessários movimentos rotacionais, outros possuem perfurador elétrico ou mola que facilitam a introdução da agulha;
12. Remoção do guia ou mandril;
13. Observação da saída de conteúdo da medula óssea (aspecto de sangue) ou aspiração do conteúdo, o que confirma sua posição adequada. Nessa posição, a agulha permanece com o mesmo posicionamento, apesar de estar sem suporte, e podem-se infundir pequenos volumes (5 a 10 mL de solução salina) com pouca resistência e sem infiltrar o subcutâneo;
14. Lavagem da agulha com solução heparinizada;
15. Conexão ao equipamento, à torneirinha ou ao polifix;
16. Fixação da agulha e do equipamento;
17. Imobilização (com tala, se possível) do membro puncionado;
18. Providência posterior de um acesso venoso (periférico ou central) e remoção do acesso IO.

Podemos confirmar que a agulha de punção está colocada no local correto e que atingiu o córtex do osso de acordo com os seguintes sinais (Lane & Guimarães, 2008):

1. Perda discreta de resistência óssea;
2. A agulha permanece na posição “de pé” sem suporte;
3. Pode-se aspirar medula óssea (semelhante a sangue);
4. A infusão de bólus de 5 a 10ml de solução fisiológica com uma seringa, resulta em mínima resistência e não deve haver evidência de infiltração subcutânea.

Após confirmação de correta colocação, o AIO deve ser fixado ao local de inserção e protegido de traumas externos. (Lane & Guimarães, 2008)

O procedimento acima referido será o standard para a colocação do AIO. A equipa de enfermagem deve conhecer o material disponibilizado na instituição de forma a seguir as indicações do fabricante para a utilização do mesmo, tendo sempre como base o procedimento básico.

CONCLUSÃO

Através da elaboração deste documento foi possível compreender de uma forma mais clara a utilização e a necessidade da mesma do acesso intra-ósseo.

Permitiu também um conhecimento aprofundado sobre a técnica e sobre o material utilizado, desenvolvendo conhecimento sobre o mesmo e confirmando que é necessária a manutenção do conhecimento sobre procedimentos e matérias menos utilizados no dia-a-dia.

O Acesso Intra-Ósseo é sem dúvida um procedimento de simples aplicação e que em situações de emergência pode ser bastante útil para potenciar os cuidados prestados ao doente em que não é possível a colocação de um acesso venoso periférico eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bradburn, D., & Gill, D. (s.d.). ENTENDENDO E ESTABELECENDO ACESSOS INTRA-ÓSSEOS. Sociedade Brasileira de Anestesiologia.
- Lane, J. C., & Guimarães, H. P. (2008). Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 63-67.
- Neto, A. S., Dias, R. D., & Velasco, I. T. (2016). *Procedimentos em Emergências*.
- Reche, L. M., Rosa, G. A., & Junqueira, N. d. (2018). RESPALDO LEGAL E IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE A PUNÇÃO INTRAÓSSEA. *Revista GepesVida*, 4, pp. 1-15.

APÊNDICE I- POSTER ACESSO INTRA-ÓSSEO

ACESSO INTRA-ÓSSEO

Trabalho Realizado por: Catarina Vieira*

Enfermeira de Cuidados Gerais no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário do Porto; Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica pela Universidade Católica Portuguesa

O Acesso Intra-Ósseo (AIO) é obtido através da punção intra-óssea de forma a obter um acesso à circulação sistémica através da estrutura óssea do doente. É a primeira alternativa após a tentativa de colocação de acesso venoso periférico não ser eficaz, dando assim resposta a uma ação rápida à condição clínica do doente.⁴

LOCAIS DE PUNÇÃO²

	ADULTOS			CRANÇAS
	Tíbia		Tíbia	
	Maléolo medial		Fémur	
	Esterno		Úmero	
	Crista ilíaca		Calcâneo	



NÃO COLOCAR AIO¹:

- Local com trauma ósseo;
- Local com trauma proximal ao local de acesso;
- Membro com punção para AIO prévio;

COLOCAÇÃO DO ACESSO INTRA-ÓSSEO³

- Posicionamento do paciente em decúbito dorsal;
- Imobilização do membro;
- Lavagem cirúrgica das mãos e colocação de luvas estéreis;
- Assepsia extensa do local de punção;
- Colocação de campos cirúrgicos estéreis, protegendo a área do procedimento;

Referências Bibliográficas:

1—Bradburn, D., & Gill, D. (s.d.). ENTENDENDO E ESTABELECENDO ACESSOS INTRA-ÓSSEOS. Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2—Lane, J. C., & Guimarães, H. P. (2008). Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 63-67; 3—Neto, A. S., Dias, R. D., & Velasco, I. T. (2016). *Procedimentos em Emergências*; 4—Reche, L. M., Rosa, G. A., & Junqueira, N. d. (2018). RESPALDO LEGAL E IMPORTÂNCIA DO