



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM CAMINHO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

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

Ana Rita dos Santos Dias Moura

Porto - março 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM CAMINHO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

ONE WAY TO DEVELOP SPECIALISED SKILLS AND COOMPETENSES

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

Ana Rita dos Santos Dias Moura

Sob orientação da Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto - março 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do 16º curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Este trabalho reflete o percurso realizado ao longo dos contextos de estágios numa Unidade de Cuidados Intensivos e no Instituto Nacional de Emergência Médica.

A elaboração do mesmo foi realizada com o objetivo de expor uma análise das competências adquiridas enquanto futura enfermeira especialista em ambos os contextos de estágio, tendo em conta os objetivos que defini e os objetivos propostos no guia de estágio à luz das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. O relatório segue uma metodologia crítico-reflexiva e descritiva das atividades desenvolvidas durante os estágios, atendo à evidência científica mais atual e à minha experiência profissional, com o objetivo de demonstrar a aquisição de competências especializadas.

Na passagem por ambos os contextos descritos acima, foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família, mais especificamente, competências: na gestão de recursos humanos e materiais, no respeito pelo direito e defesa da dignidade humana, em competências comunicacionais, na gestão e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, na gestão de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, na prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde, e, na melhoria continua da qualidade dos contextos. Assim, consegui promover uma prática de cuidados eficiente e segura à pessoa em situação crítica, tendo em conta as questões éticas no âmbito da prestação de cuidados, promovi o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e família, mas também elaborei trabalhos complementares, tais como uma revisão integrativa da literatura sobre o tema, uma contextualização teórica de um tema ao interesse e uma proposta de melhoria ao serviço.

A realização deste relatório permitiu consolidar e registar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências relacionadas com a pessoa e família em situação crítica, atingindo assim os objetivos propostos com sucesso.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica e Competências Especializadas.

ABSTRACT

This Internship Report is part of the curricular subject “Final Internship and Report”, of the 16th Master’s Degree Course in Medical-Surgical Nursing, in the area/matter of People in Critical Situations, of the Nursing School of the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa from Porto city. This report reflects the journey carried out during the internship contexts in an Intensive Care Unit and at the National Institute of Medical Emergency.

During the current report it is intended to emphasize and analyse the skills and competences acquired while becoming a specialized nurse in both contexts of the internship, taking into account the goals and objectives that I set for myself but also in line with objectives one proposed for the internship guide regarding specific skills for such specialist nurse. In addition, this report follows a critical-reflective and descriptive methodology of the activities engaged during the internship, accounting the most current scientific evidence and my professional experience to demonstrate the acquisition of the specialized skills.

During both contexts of the internship, was developed competences regarding the provision of care to the critically ill person and to their family, more specifically, skills: in the management of human and material resources, in respecting for the right and defence of human dignity, communication skills, in management and provision of care for people in critical situations, in management of care while in emergency, exception and catastrophe situations, prevention and control of infection during healthcare, and in continuous improvement of quality for these contexts. Therefore, have managed to promote an efficient and safe care practice for people in critical situations, bearing in mind ethical issues for the provision of care and promote the establishment of therapeutic relationship with the person and his family. Moreover, carry out complementary work such as an integrative review of the literature, a theoretical contextualization for a topic of interest and elaborate a proposal for improvement of the service.

Lastly, the completion of this report allowed me to consolidate, record and reflect about the process and the path of development of such competences related to the person and family in a critical situation, leading to a successful achieving of the proposed goals and objectives for Internship.

Keywords: Specialist Nurse, Person in Critical Situation and Specialised Nurse Skills

"Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante"

Antoine de Saint-Exupéry, "O Príncipezinho" (1943)

AGRADECIMENTOS

Depois do longo e difícil percurso, mas ao mesmo tempo rico de experiências e aprendizagens, expresso aqui o meu sincero agradecimento a todos os que permitiram que tudo se tornasse mais simples nos momentos em que me senti sem ânimo.

Aos meus pais, um especial obrigado pelo apoio incansável, pela paciência e por acreditarem no meu valor.

Ao meu namorado pela compreensão, apoio e pela força que me deu para avançar.

Às minhas companheiras de trabalho, que me acompanharam também na realização deste mestrado, um agradecimento especial pelo companheirismo, amizade, espírito de resiliência, apoio e incentivo nos momentos menos bons.

À Prof Doutora Amélia Ferreira pela orientação, disponibilidade, rigor e exigência ao longo deste meu percurso.

Aos tutores de estágio pelo incentivo e ajuda na prestação de cuidados e na realização dos trabalhos académicos.

Às pessoas e familiares pela colaboração, no sentido da obtenção de experiências e conhecimentos.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AEM	Ambulância de Emergência Médica
BIS	<i>Bispectral Index Score</i>
CIPE	Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção Geral da Saúde
ECTS	<i>European Credit Transfer System</i>
EEMIH	Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
ERC	<i>European Resuscitation Council</i>
IACS	Infeções Associadas a Cuidados de Saúde
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MCDT	Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PAI	Pneumonia Associada Intubação
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SBV	Suporte Básico de Vida
SE	Sala de Emergência
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica

SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TEPH	Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
TISS	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. UM CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: SERVIÇO DE URGÊNCIA	19
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA.....	23
3.1. Serviço de Medicina Intensiva	23
3.2. Instituto Nacional de Emergência Médica	26
4. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	29
4.1. Serviço de Medicina Intensiva	30
4.2. Instituto Nacional de Emergência Médica	41
5. CONCLUSÃO	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
7. APÊNDICES.....	65
APÊNDICE I	67
APÊNDICE II	91
APÊNDICE III	111
APÊNDICE IV	135
APÊNDICE V	153

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, intitulado de “Um caminho para o desenvolvimento de competências especializadas”, insere-se no plano de estudos do 16º curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

A elaboração do mesmo é referente à Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório” prevista no plano de estudos, tendo uma carga horária total de trabalho de 840 horas, sendo que destas, 360 horas são de contacto direto em dois contextos distintos, correspondendo o mesmo a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS), sob a orientação de uma professora da Universidade.

Este relatório reflete o desenvolvimento de competências especializadas numa unidade de cuidados intensivos (UCI) e no pré-hospitalar, à luz do Regulamento publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (OE), sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. A realização deste documento possibilitou-me a construção de diferentes saberes, através de uma reflexão contante da prática, tendo em conta a evidência científica mais atual, levando assim ao meu desenvolvimento pessoal e profissional. Assim sendo este relatório é uma componente de avaliação para a obtenção do grau de mestre e especialista.

A realização deste Mestrado surge numa lógica de aquisição e mobilização de conhecimentos e habilidades de forma a prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica. Se a minha experiência profissional e a formação que fui realizando ao longo dos anos na área da pessoa em situação crítica, já me deram um enorme leque de conhecimentos, competências e habilidades, a realização deste Mestrado, permitiu-me crescer e evoluir de forma exponencial nesta área.

O primeiro estágio foi realizado no contexto do serviço de medicina intensiva (SMI), que decorreu entre o período de 04/09/2023 a 24/10/2023. A Terapia Intensiva surge com Florence Nightingale, em 1854, durante a Guerra da Crimeia. Nessa altura, todos os feridos resultantes da guerra, foram classificados de acordo com o grau de gravidade, ficando os mais graves próximos da enfermagem com monitorização contínua, acomodando-os num ambiente para o cuidado imediato (Ouchi et al., 2018, p. 414). Deste modo, com os avanços nos conhecimentos da fisiopatologia, o desenvolvimento dos equipamentos de assistência e o domínio das técnicas terapêuticas, fizeram surgir as UCI.

Atualmente, as UCI, são unidades destinadas a pessoas que necessitam de cuidados médicos complexos ao longo de 24h, compostas por equipamentos, que permitem uma monitorização continua da pessoa por pessoal especializados para tratar da pessoa em situação crítica (Ouchi et al., 2018, p. 415) (Ministério da Saúde, 2013, p.6). Devido à complexidade dos cuidados de enfermagem prestados nestas unidades, salienta a necessidade de uma formação especializada nesta área aos enfermeiros, por forma a que estes cuidados sejam prestados com mais qualidade.

A escolha do contexto para a realização do estágio em UCI, para além de ser uma exigência do plano de estudos, vem de encontro ao meu interesse pessoal na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A escolha do local de estágio teve em conta os meus objetivos pessoais e profissionais e pelo mesmo ser considerado um serviço de referência a nível nacional.

O segundo estágio foi realizado no instituto de nacional de emergência médica (INEM) entre o período de 25/10/2023 a 16/12/2023. A implementação do socorro pré-hospitalar em Portugal surgiu historicamente em 1965. Nessa altura, era ativada uma ambulância tripulada por polícias, que transportava as vítimas de acidentes para o hospital na área de Lisboa, através do número nacional de socorro “115”. Mais tarde, em 1971, com a criação do serviço nacional de ambulâncias (SNA), o “115” foi alargado às cidades do Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro tendo como principal objetivo a prestação de primeiros socorros e transporte das vítimas para o hospital, sendo as restantes zonas do país cobertas pelas corporações de bombeiros locais. (INEM, 2021, para.1)

Nos dias de hoje, o INEM, é responsável por coordenar o funcionamento de um sistema integrado de emergência médica (SIEM) nomeadamente, hospitais, bombeiros, polícia, etc, no território de Portugal continental, de forma a garantir uma rápida e correta prestação de cuidados no local da ocorrência aos sinistrados ou vítimas de doença súbita,

um eficiente transporte das vítimas para o hospital e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (INEM, 2013, p.5).

A escolha do contexto para a realização do estágio opcional, teve em conta objetivos pessoais e profissionais, pela emergência pré-hospitalar ir de encontro ao meu gosto pessoal e por no futuro ter como ambição trabalhar no contexto da emergência pré-hospitalar.

A realização desta UC em ambos os contextos, permitiu-me a aquisição de um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos e um conjunto de competências inerentes ao enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica. Permitiu-me ainda desenvolver a capacidade de antecipação que o enfermeiro especialista detém em contextos de urgência e emergência, atuando de imediato no suporte da pessoa, antecipando e perspetivando sempre o seu potencial de recuperação. Deste modo, os momentos de estágio foram etapas fundamentais para a minha formação enquanto futura enfermeira especialista, contribuindo para a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade.

De forma a sistematizar as competências que eu queria desenvolver enquanto futura enfermeira especialista na área da pessoa em situação crítica, elaborei o meu projeto de estágio, onde estão descritos os objetivos que permitiram a realização das atividades nestes contextos.

No que diz respeito à estruturação deste relatório, o mesmo segue uma metodologia crítico-reflexiva e descritiva. O primeiro capítulo faz referência à introdução e o segundo capítulo ao estágio realizado no serviço de urgência (SU) referente ao primeiro ano de mestrado e às competências previamente adquiridas. No terceiro capítulo realizo uma caracterização dos contextos de estágio e, posteriormente, no quarto capítulo uma análise crítico-reflexiva e fundamentada do desenvolvimento de competências nos mesmos contextos. No quinto capítulo apresenta-se a conclusão, no sexto, as referências bibliográficas e no sétimo os apêndices. Como norma de referenciação bibliográfica utilizei a *American Psychological Association*, 7ª edição, bem como a norma de formatação gráfica proposta pela UC.

2. UM CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: SERVIÇO DE URGÊNCIA

No processo de aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista, iniciei o meu percurso de estágios no contexto de urgência e emergência pertencente à UC “A pessoa em situação crítica e família – vigilância e decisão clínica”. No sentido de enquadrar o desenvolvimento de competências, abordo neste capítulo, o contributo deste estágio para a realização dos estágios seguintes.

O desenvolvimento de competências especializadas em contexto de urgência e emergência decorreu numa instituição de saúde com serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC). O mesmo é considerado o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, sendo considerado um apoio diferenciado ao serviço de urgência básica (SUB) e em situações que careçam de cuidados diferenciados ou apoio de outras especialidades devem ser referenciados para o serviço de urgência polivalente (SUP) (Ministério da Saúde, 2014, p. 20673).

Trabalho num SUMC há cerca de quatro anos e a realização deste estágio surge da necessidade de aquisição de novos conhecimentos, competências e habilidades de forma a prestar cuidados especializados e com melhor qualidade às pessoas com quem trabalho no meu dia a dia, neste caso à pessoa em situação crítica. O facto de ter a oportunidade de implementar o meu projeto de estágio na área sob a qual incide a minha atividade profissional, tornou-se um desafio enorme. Por um lado, pelo elevado grau de motivação e algum conforto na área, e por outro, pelas responsabilidades acrescidas, no sentido de justificar a pertinência do desenvolvimento de competências na área. O meu interesse pela prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e o interesse em desenvolver competências nas intervenções identificadas, foram elementos-chave para o meu desenvolvimento profissional, de modo que no futuro me possa tornar num elemento

referência e potenciador de aprendizagem para os meus pares, fomentando uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Com a implementação do projeto, ao longo do estágio, pude desenvolver competências na área da pessoa em situação crítica, no que se refere ao reconhecimento precoce da instabilidade hemodinâmica do doente, definindo prioridades de atuação e encaminhamento adequado do doente, prevenindo assim risco de complicações. Em situações de emergência, salvguardei sempre as condições de segurança tanto para mim como para o doente, garanti a administração de protocolos terapêuticos complexos, promovi a continuidade dos cuidados registrando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis e coloquei em prática os conhecimentos em técnicas de comunicação com a equipa, pessoa e família/cuidador em situação crítica.

Para isso tive necessidade de mobilizar conhecimentos teóricos, técnicos, científicos, comunicacionais e relacionais, realizar pesquisas bibliográficas e reflexões críticas sobre as práticas realizadas de forma a chegar ao objetivo final que é o desenvolvimento de competências especializadas.

Segundo o Parecer n.º 14/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), a sala de emergência (SE) é uma área de trabalho que integra o SU e devido à complexidade das pessoas que são triadas para essa área, é necessário a criação de equipas destinadas à mesma, com formação especializada na área, de forma a responder de forma rápida e eficaz às situações críticas (p.2).

Ao longo do estágio, de modo a obter o maior número de situações que me permitissem o desenvolvimento de competências, foi privilegiado o contexto de SE, pois trata-se da área onde com maior frequência se realiza ressuscitação cardiopulmonar, para onde são encaminhadas as vias verdes e pessoas com instabilidade hemodinâmica, onde se aplica maioritariamente a metodologia ABCDE e onde posso identificar os ritmos cardíacos desfibrilháveis e não desfibrilháveis.

No contexto da emergência, tive oportunidade de realizar a *check list* de todo o material e medicação da SE, de realizar o teste aos monitores/desfibrilhadores e ao restante material, de forma a testar o seu funcionamento para numa situação de emergência poder colaborar e intervir de imediato. Tive ainda a oportunidade de consultar os protocolos existentes e de esclarecer todas as dúvidas que iam surgindo relativas ao espaço.

Relativamente às intervenções realizadas à pessoa em situação crítica em contexto de emergência, tive oportunidade de preparar e auxiliar a preparar o material necessário

para a colocação de linha arterial, de cateter venoso central (CVC) e ventilação mecânica. Preparei ainda medicações emergentes, observei as dinâmicas dentro da SE, realizei a avaliação primária com a metodologia ABCDE e a avaliação secundária, consegui ver a implementação dos protocolos das vias verdes e consegui perceber qual o material e monitorização necessária utilizada em cada situação. Tive ainda oportunidade de realizar transporte intra-hospitalar para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e para o SMI.

Apesar das experiências no campo de estágio, fui sempre pesquisando a melhor evidência científica no sentido de melhorar as minhas intervenções.

No que se refere à melhoria contínua da qualidade, optei por perceber o que poderia ser o meu contributo no serviço, de forma que os cuidados à pessoa em situação crítica fosse prestados com melhor qualidade. Deste modo, percebi que, antes da pandemia covid 19, quando entravam novos elementos para o serviço eram feitas formações de forma frequente sobre os ritmos cardíacos, uma vez que era um tema que os novos elementos tinham pouca formação. Com a pandemia e com necessidade de integrar novos elementos para dar resposta às necessidades das pessoas doentes, essas formações deixaram de ser realizadas. Após conversar com a tutora e com a responsável pela formação do serviço, em conjunto, achamos oportuno realizar uma formação sobre os ritmos cardíacos a toda a equipa de forma a dar continuidade ao trabalho que no passado tinha sido iniciado. Com esta formação, para além do que fui adquirindo com a prática, melhorei os meus conhecimentos de monitorização de ritmos cardíacos desfibrilháveis e não desfibrilháveis e respetivo algoritmo de suporte avançado de vida (SAV).

Para além da sala de emergência também fui passando por todas as áreas do SU onde também me deparei com a pessoa em situação crítica. A pessoa instável após a triagem é encaminhado para a SE e quando sai, não tendo indicação para o SMI ou para a unidade de cuidados intermédios polivalente, vai para uma área do SU designada de OBS. Nesta área os doentes estão todos monitorizados com telemetria e na maioria das vezes são doentes instáveis sendo preciso também prestar cuidados por vezes emergentes.

Outra competência desenvolvida ao longo do estágio, foi relativa à prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. No que se refere à prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, coube-me a mim enquanto futura enfermeira especialista alertar a equipa para o cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção (PBCI) e promover a mudança no sentido quebrar a existência de surtos no serviço e hospital.

Em suma, os objetivos estabelecidos que tive oportunidade de desenvolver, foram atingidos com sucesso com ajuda de toda a equipa do SU e com ajuda das minha tutoras que permitiram a aquisição de competências especializadas e avançadas na área.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

O plano de estudos deste mestrado, preconiza a realização de estágios em diferentes contextos, permitindo assim uma maior aquisição de experiências e, por consequente, uma maior aquisição de competências especializadas para prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

O estágio final foi realizado em dois contextos distintos, no SMI e no INEM, que juntos contribuíram para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista.

Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional assim como recursos materiais e humanos, foi um dos objetivos propostos para este estágio, tornando-se elementos fundamentais ao longo deste percurso. Neste capítulo pretendo caraterizar os dois contextos de estágio.

3.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O desenvolvimento de competências em contexto de cuidados intensivos decorreu numa instituição de saúde com serviço de medicina intensiva. Este serviço caracteriza-se por ser uma unidade de cuidados intensivos polivalente, com camas de nível II e III, destinadas a pessoas com uma ou mais disfunções de órgãos ameaçadoras de vida. São unidades imaginadas para as necessidades da pessoa que requer atenção individual e constante, ao longo das 24h, e com recurso imediato aos cuidados médicos (Ministério da Saúde, 2013, p.6). Concentra equipamento e pessoal especializado para a pessoa em situação crítica. É um espaço em que se inclui meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento de pessoas com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível (Ministério da Saúde, 2013, p.6). As camas de nível II, que são consideradas de intermédias, são reservadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, enquanto as camas de nível III, vulgarmente designadas de intensivas, devem ser reservadas a doentes com duas ou

mais disfunções agudas de órgãos vitais potencialmente ameaçadoras da vida (Paiva et al., 2017, p.7).

Este SMI é referência primária para uma população residente no município de cerca de 172.557 habitantes e de referência secundária para a população dos 2 municípios vizinhos com uma população de cerca de 145,08 habitantes (Prodata, 2021, para.1).

É um serviço que tem no seu atendimento especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Patologia Clínica, Obstetrícia/Ginecologia, Neurologia, Cardiologia, Pneumologia, Psiquiatria, Infeciologia, Oftalmologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Nefrologia e Endocrinologia e admite doentes em situação crítica com necessidade de tratamento com oxigenoterapia hiperbárica. Sendo considerada uma unidade polivalente, importa destacar que não existe apoio às especialidades da neurocirurgia, da cirurgia cardiotorácica e da cirurgia vascular, sendo necessário o tratamento em fase aguda das pessoas que necessitam destas especialidades nos centros de referência de outros hospitais. Posteriormente, numa lógica de continuidade de cuidados, os doentes destas especialidades poderão voltar para o SMI.

Quanto à estrutura física, o serviço é constituído por 21 camas, sendo que atualmente tem em funcionamento um total de 14 camas capaz de acomodar 14 pessoas de nível III. Em situações de exceção ou catástrofe, como foi o caso da pandemia por covid 19, acomoda um total de 21 doentes de nível III. O SMI está dividido em duas unidades com diferentes tipologias: uma unidade mista e uma unidade fechada.

Na unidade mista existem 5 unidades abertas e 2 unidades fechadas com sistema de pressão negativa/positiva para isolamentos de proteção máxima. Na unidade fechada, existem 11 unidades com antecâmara e com sistema de pressão negativa.

No SMI existem 52 enfermeiros, sendo que destes, 16 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5 são especialistas em Enfermagem e Reabilitação, 2 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e os restantes 29 enfermeiros não tem especialidade. É recomendado que na elaboração das equipas das UCI, 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC (OE, 2019, p.145). Deste modo, dos 52 enfermeiros existentes no SMI apenas 30,8% dos Enfermeiros são Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O rácio de enfermeiro/doente no SMI é de, no máximo, 1 enfermeiro para 2 doentes. Assim sendo, por cada turno são distribuídos 7 enfermeiros a um máximo de 14 doentes. Tendo em consideração a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados

Intensivos, sugere-se que utilizem os rácios enfermeiro/cliente tendo em conta o tipo de UCI e da necessidade clínica dos doentes (OE, 2019, p.144). Segundo o referencial de rácio Enfermeiro/Cliente para as UCI, para doentes de nível II o rácio enfermeiro/doente é de 1/2 e para doentes de nível III o rácio de enfermeiro/doente é de 1/1, estando assim o serviço a cumprir com dotação adequada de enfermeiros   necessidade clínica de cada doente.

Para além dos 7 enfermeiros, existe ainda um enfermeiro responsável de turno, que tende a ser especialista ou perito em cuidados intensivos, a enfermeira gestora, o enfermeiro de referência, que d  suporte na gestão do serviço, e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que, em parceria com a restante equipa, presta cuidados especializados aos doentes internados no SMI.

Durante o estágio tive oportunidade de observar e colaborar na gestão dos cuidados, dos recursos materiais e humanos ao longo de um turno, tanto com o enfermeiro responsável do turno como com a enfermeira gestora, tendo sido abordadas várias temáticas no que respeita à gestão.

Assim sendo, a avaliação do  ndice da carga de trabalho de enfermagem   da responsabilidade do Enfermeiro responsável de turno e a mesma é realizada tendo em conta o *Nursing Activities Score* (NAS). O NAS foi criado a partir do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) 28, com o objetivo de incluir as atividades de enfermagem que não estão dependentes da gravidade da doença. Inclui itens relacionados com o suporte e cuidados aos doentes e familiares dos doentes e itens relacionados com tarefas administrativas e gestão. O score representa a percentagem de tempo de trabalho de enfermagem dispensado por doente nas últimas 24h, sendo a distribuição dos doentes feita a partir da percentagem obtida (Queijo&Padilha, 2009, p.1009).

Para além disso, o estilo de liderança adotado pela enfermeira gestora do SMI, é o estilo de liderança situacional. Segundo Ribeiro et al., (2006), a liderança situacional é definida como “o papel que um elemento assume no grupo é determinado pelas necessidades do próprio grupo, pelas características próprias de cada um dos elementos desse grupo e pela forma como essas características são percebidas pelos demais” (p. 111).

O *mindfulness*   definido como a “consciência que surge ao dar atenção, de forma intencional, ao momento presente sem julgamento” (Amaral&Pinheiro, 2022, p.60). Os exercícios de *mindfulness* têm como principal intuito “treinar o corpo e a mente, e podem ser praticados conscientemente através da utilização de diferentes exercícios mentais e

corporais” (Amaral&Pinheiro, 2022, p.61). A equipa do SMI, todas as manhãs após a passagem de turno, tem um momento de “time out”, onde realiza alongamento e relaxamento de várias zonas do corpo, promovendo assim um momento de descontração e bem-estar da equipa para iniciar a prática de cuidados.

Existe ainda sediado ao SMI uma Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH) constituída por enfermeiros e médicos desta unidade que são destacados e mobilizados para as situações de ativação da emergência intra-hospitalar.

3.2. Instituto Nacional de Emergência Médica

O desenvolvimento de competências no contexto do pré-hospitalar decorreu no INEM com um plano turnos distribuídos pelo centro de orientação de doentes urgentes (CODU), pelas ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) e pela viatura médica de emergência e reanimação (VMER).

A resposta a uma emergência, inicia-se com o pedido de socorro através do número europeu de emergência 112 e as chamadas são atendidas por um polícia de segurança pública. As chamadas relativas a situações de saúde são encaminhadas para o CODU, que dispõe de um conjunto de equipamentos informáticos que auxiliam na gestão das situações de emergência. É competência do CODU atender e avaliar com maior brevidade possível os pedidos de socorro recebidos, de forma a gerir os recursos necessários e adequados em cada situação. O funcionamento do CODU é assegurado 24 horas por dia por médicos e técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH), com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro, determinando o nível de prioridade em cada situação. Após a realização da triagem, é feito o acionamento dos meios consoante o tipo de situação, recorrendo a ambulâncias, a motos, a VMER e serviço de helicópteros de emergência médica (INEM, 2013, p. 5).

O primeiro CODU foi criado em 1987 em Lisboa e atualmente existem quatro CODU em atividade: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, que funcionam desde 2011 (INEM, 2013, p. 16).

As ambulâncias SIV do INEM surgiram em 2007, constituindo um meio de socorro com capacidade para estabilização e transporte de doentes, com equipamentos que permitem a aplicação de medidas de SBV e DAE, administração de fármacos e de realização de atos terapêuticos invasivos através da aplicação de protocolos sob

supervisão dos médicos existentes no CODU (INEM, 2013, p. 6). Atualmente existem em funcionamento 42 SIV (INEM, 2020, p.38).

Segundo o Despacho n.º 5561/2014 (2014), a tripulação das ambulâncias SIV é constituída por um Enfermeiro e por um TEPH, estando estas, na sua maioria, alocadas a um SUB. Estando a ambulância SIV integrada num SUB, é da responsabilidade do mesmo garantir o funcionamento e operacionalidade da ambulância, bem como a gestão das equipas de profissionais do SUB e do INEM, assegurando assim o funcionamento correto da mesma (p. 11124).

As VMER, são veículos de intervenção pré-hospitalar, constituídos por uma equipa de enfermeiro e médico, capazes de estabilizar e acompanhar as vítimas de acidente ou doença súbita. Dispõem de equipamento para SAV em situações do foro médico ou de trauma (INEM, 2013, p. 6). Atualmente existem 44 VMER em funcionamento (INEM, 2020, p.37).

Segundo o Despacho n.º 5561/2014 (2014), as VMER encontram-se alocadas aos SUP e aos SUMC, sendo o seu funcionamento totalmente gerido pelas unidades hospitalares (p.11124).

É responsabilidade do enfermeiro que trabalha na VMER e SIV garantir a gestão de todo o material que compões cada meio, de forma a assegurar a sua disponibilidade e operacionalidade. Tanto na SIV como na VMER, é realizada diariamente a *check-list* de todo o material que compõe cada meio e após cada saída, é realizada a reposição de todo o material que foi gasto, garantindo assim a segurança no momento da prestação de cuidados, minimizando a ocorrência de falhas. É ainda realizada a verificação periódica dos materiais e fármacos, fazendo se necessário o pedido de material/equipamento necessários para a prestação de cuidados.

Para além disso, o enfermeiro que trabalha na SIV, faz uma gestão dos cuidados, como por exemplo na distribuição de tarefas ao TEPH ou aos bombeiros presentes no local e uma gestão das intervenções autónomas como por exemplo a realização de tratamento de feridas, alívio da dor utilizando medidas não farmacológicas, a realização de posicionamentos, etc. Quanto às intervenções interdependentes, o enfermeiro tanto da SIV como da VMER, administra terapêutica, realiza ECG, realiza o transporte da vítima para os hospitais, etc., consoante a prescrição e validação médica da VMER e do CODU.

Ao longo do estágio adotei uma atitude colaborativa no que se refere à gestão dos recursos humanos, de materiais e de cuidados.

Relativamente às auditorias em ambos os meios, SIV e VMER, são realizadas de forma periódica aos registos, material e equipamentos de forma a garantir uma prestação de cuidados uniformizada.

No contexto do pré-hospitalar, a carga de trabalho é impossível de calcular, uma vez que a vai depender do número de ocorrências que aconteçam por turno e da disponibilidade do meio, uma vez que os meios só são ativados quando se encontram disponíveis.

O registo clínico das ocorrências é realizado através da plataforma INEM *Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS), que consiste numa ferramenta que permite a interação dos meios que estão no terreno com o CODU, de forma a estratificar a gravidade clínica das ocorrências.

A capacidade de gestão dos recursos disponíveis, que melhorem a prestação de cuidados de enfermagem é um domínio importante para a obtenção de competências enquanto futura enfermeira especialista.

4. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

De acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 121/2012 da OE (2013), o enfermeiro possui competência científica, técnica e humana para o exercício da Enfermagem, que lhe permite atuar de forma autónoma e interdependente, integrando uma equipa de intervenção de emergência (p.1).

A pessoa que se encontra em situação crítica, “é 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” (OE, 2018, p.19362). Deste modo, é da responsabilidade do enfermeiro, “evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Regulamento n.º 190/2015, p.10087).

Considerando a multiplicidade das problemáticas em saúde cada vez mais complexas, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica assume um importante papel na implementação de cuidados especializados de qualidade à pessoa que se encontra em situação crítica (Regulamento n.º 361/2015, p.17241).

Assim, o enfermeiro especialista nesta área, “responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, p.19368).

Neste capítulo pretendo refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências e sobre as atividades e estratégias e implementadas ao longo dos estágios no SMI e INEM, enquanto futura enfermeira especialista, utilizando com guia orientador o Regulamento n.º 429/2018, referente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

Com o objetivo de atingir competências nesta área, tornou-se importante realizar um projeto com os objetivos gerais e específicos e as atividades a atingir ao longo do estágio, servindo como guia de referência para o desenvolvimento de competências especializadas.

Nos subcapítulos abaixo, irei descrever as competências desenvolvidas, as estratégias implementadas e realizar uma análise crítico-reflexiva, face às atividades desenvolvidas nos contextos de estágio do SMI e INEM.

4.1. Serviço de Medicina Intensiva

Como já referido anteriormente, o SMI foi o primeiro contexto de dois estágios realizados conforme o plano de estudos.

Segundo o Parecer n.º 15 / 2018, as UCI têm de ser dotadas de recursos humanos, neste caso em concreto, de enfermeiros, qualificados e treinados para intervir em situações de pessoas com uma ou mais disfunções de órgãos ameaçadoras de vida, com a tecnologia de que dispõem e ao longo 24 horas por dia. Neste sentido acresce a importância da formação complementar e a necessidade destes profissionais serem dotados de experiência nesta área (p.1).

Como futura enfermeira especialista e com o objetivo de desenvolver competências na área, tracei objetivos a atingir durante a realização do estágio. Segue abaixo uma análise crítico-reflexiva face às atividades desenvolvidas no contexto de estágio do SMI, à luz das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Ao longo deste estágio foi transversal a minha motivação e interesse para a aquisição de competências, demonstrando sempre uma atitude de responsabilidade e ética profissional nas intervenções realizadas à pessoa em situações crítica e família, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Segundo o artigo 78º da Deontologia Profissional de Enfermagem da OE (2015), o enfermeiro deve exercer a sua profissão adotando medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados e das intervenções de enfermagem, com os adequados

conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (p.38).

A complexidade dos doentes internados nas UCI, levam muitas vezes os profissionais a questionar sobre problemas éticos e deontológicos, havendo a necessidade de tomar decisões que podem vir a influenciar a prestação de cuidados.

Segundo a Lei n.º 12/2005 (2005), “a informação de saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar” (p.1). Assim, a pessoa e família tem direito a ter conhecimento sobre o processo de tratamento e reabilitação e o enfermeiro tem o dever de esclarecer e informar relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, trabalhando em complementaridade com os restantes profissionais de saúde (OE, 2005, p.112-154).

Durante o estágio no SMI, procurei cumprir com o dever de informar a pessoa sobre a sua situação de saúde e dos tratamentos e intervenções a realizar, deixando a mesma decidir de uma forma livre e esclarecida. Na pessoa incapaz de consentir, devido à sua condição de saúde, foram realizadas intervenções tendo em conta os princípios da beneficência e não maleficência para a mesma. Para além disso, no decorrer da prestação de cuidados, utilizei toda a informação do doente apenas para o seu benefício mantendo o meu dever de cumprir com o sigilo profissional. Perante a Lei n.º 156/2015 (2015), o “enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (p.8079).

A pessoa internada numa UCI, facilmente se encontra exposta, pelo que ao longo do estágio foi uma preocupação minha garantir a proteção da privacidade, intimidade e dignidade da pessoa durante a prestação de cuidados. Segundo a Lei n.º 156/2015 (2015), o enfermeiro tem o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família e salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (p.8080).

A área dos cuidados intensivos era uma realidade que nunca contactei anteriormente, e percebi, com a realização do projeto de estágio, que precisaria de aprofundar conhecimentos sobre alguns temas.

Ao longo do estágio, prestei cuidados a pessoas com diferentes situações e patologias clínicas, o que possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências sobre os cuidados de enfermagem a pessoas com ventilação mecânica

invasiva e não invasiva, com monitorização hemodinâmica e a pessoas com monitorização e controlo da sedação e analgesia. Para além disso, o estágio permitiu-me desenvolver competências e conhecimentos na área da comunicação interpessoal com a pessoa e família, do controlo de infeção, da investigação e de situações de emergência, exceção e catástrofe.

Aquando da realização do estágio consegui perceber a preocupação da equipa com monitorização, controlo e gestão da sedação e analgesia. No início senti alguma dificuldade na avaliação da dor a pessoas com alteração do estado de consciência associada à sedação. De forma a ultrapassar esta dificuldade, observei e analisei a prática dos enfermeiros a utilizar as escalas e após isso tive a oportunidade de aplicar as mesmas tendo em conta o comportamento, a clínica da pessoa e alterações dos parâmetros vitais.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2003) “A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” (p.1). Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (2021), a dor define-se como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” (para. 3).

A deteção, controlo e gestão da analgesia na pessoa em situação crítica é uma preocupação dos profissionais que trabalham numa UCI. O facto de os doentes estarem com ventilação mecânica, com comunicação prejudicada, estado mental alterado, submetidos a procedimentos e uso de dispositivos invasivos, são fatores que muitas vezes não permitem a autoavaliação da dor, o que impossibilita que as pessoas em situação crítica internadas sejam incapazes de reportar a sua dor. Deste modo, é importante que se realize uma abordagem consistente para a avaliação e gestão da dor, considerando as características de cada pessoa (Ferreira, et al., 2014, p.17) (Devlin et al., 2018, p.828)

Nas pessoas incapazes de comunicar, existem escalas de avaliação da dor, que incluem critérios como a expressão facial, os movimentos, a vocalização, bem como parâmetros fisiológicos, como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) (Payen et al., 2009, p.1314).

A monitorização dos sinais vitais de forma isolada, não é um critério a ter em conta na avaliação de dor. A sua alteração pode alertar para que seja aplicado ao doente uma escala capaz de avaliar a dor e instituir terapêuticas mediante o resultado (Gélinas et al., 2011, p.1498).

A implementação de escalas de dor nas UCI, melhoram os *outcomes* dos doentes, incluindo uma menor administração de analgésicos e sedativos bem como redução tempo de ventilação mecânica e redução do tempo de internamento na UCI (Gélinas et al., 2011, p.1498). A gestão da dor na pessoa em situação crítica deve ser orientado pela avaliação de rotina da dor e a dor deve ser tratada antes de considerar os agentes sedativos (Devlin et al., 2018, p.833).

A equipa do SMI, nos doentes ventilados, aplica escalas validadas, nomeadamente a BPS, para monitorização e o controlo da dor e é sempre realizada antes de iniciar qualquer tipo de sedação. Pelo que experienciei, a dor no doente crítico é muito comum e a sua monitorização, controlo e gestão representa um desafio para os profissionais.

No SMI a sedação no doente crítico também foi uma realidade pois a maioria dos doentes são sujeitos a técnicas de diagnóstico e terapêutica desconfortáveis e dolorosas, encontram-se ansiosos e agitados, muitas vezes desadaptados à ventilação mecânica, havendo a necessidade de serem submetidos a sedação. Consegui perceber que os analgésicos e sedativos são importantes para manter a segurança e conforto do doente, mas a sedação excessiva pode ter impacto no *outcome* dos doentes como por exemplo aumento da duração com ventilação mecânica e aumento tempo de internamento (Barr et al., 2013, p.275).

As recomendações mais atuais referem que a sedação, quando necessária, deve permitir que a pessoa esteja consciente e responda a estímulos, e que seja capaz de: abrir os olhos, manter contacto visual, pôr a língua de fora e mexer os dedos das mãos (Vieira, 2020, in Pinho et al., 2020, p. 86). Por isso, tive a oportunidade de consultar, analisar e aplicar o Protocolo de Interrupção Diária da Sedação do SMI e perceber as vantagens da sua aplicação.

Ao longo do estágio, para avaliar o nível de sedação utilizei a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) que foi um importante auxílio na regulação dos fármacos sedativos e na decisão acerca do nível de sedação mais apropriado para cada pessoa. Nos casos de sedação profunda, por ser difícil determinar se a pessoa está mesmo sedada, utilizei o *Bispectral Index Score* (BIS), que fornece informações sobre a resposta individual da pessoa aos sedativos a partir do Eletroencefalograma (EEG) por sensores na região frontal.

Os níveis de sedação monitorizados com o BIS em comparação com escalas subjetivas pode melhorar a titulação sedativa quando não pode ser utilizada uma escala (Devlin, 2018, p.855).

Quando utilizei o BIS, tive alguns cuidados como, limpar a pele com álcool a 70 e deixar secar, colocar o sensor como indicado na embalagem pressionando os eletrodos, vigiar pele de forma a prevenir o risco de lesão e monitorizar e interpretar os valores do monitor.

Os cuidados de enfermagem com a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) foi também uma novidade para mim, pois na minha atividade profissional tive pouco contacto com pessoas intubadas, e neste estágio tive várias oportunidades de desenvolver conhecimentos e habilidades nesta área.

A intubação traqueal é considerada como método ideal para assegurar e manter a via aérea permeável e segura, pois, permite isolar a via aérea por insuflação do *cuff*, reduzindo o risco de aspiração, permite a aspiração endotraqueal e permite ventilar eficazmente sem fugas (INEM, 2019, p.70). A VMI é uma técnica invasiva que comporta um conjunto de complicações, como a disfunção dos mecanismos de limpeza da via aérea, diminuição da expansibilidade torácica com alteração da relação ventilação/perfusão, possível lesão mecânica da via aérea, aumento do risco de infeção respiratória e descondicionamento dos músculos respiratórios (OE, 2018, p.228). “Tem como objetivo manter a ventilação alveolar de acordo com as necessidades metabólicas da pessoa e melhorar a oxigenação arterial, melhorando consequentemente as trocas gasosas” (Severino, 2016, p. 368).

Com a realização do estágio consegui ter uma noção de como funcionavam todos os modos ventilatórios e da interpretação dos valores, auxiliei na realização de provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, auxiliei na suspensão regular da sedação, promovi a elevação da cabeça a 30°, realizei os cuidados à boca e promovi a pressão do *cuff* entre 20 e 30 cm H₂O, de forma a prevenir as complicações associadas à VMI.

Ao longo do estágio tive ainda oportunidade de realizar vários transportes do doente crítico dentro do hospital, como por exemplo para a realização de MCDT e para o bloco operatório. Consegui realizar o planeamento do transporte e preparar todo o material necessário, identificando sempre os riscos inerentes ao mesmo. O transporte intra-hospitalar de pessoas críticas envolve alguns riscos, pela necessidade de permitir um nível assistencial superior, seja para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, que não permite a sua realização no serviço. Contudo, o nível de cuidados durante o transporte, não deve ser inferior ao prestado no serviço, devendo o enfermeiro estar prevenido para uma eventual necessidade de elevação de cuidados (OE, 2017, p.2).

Na fase do planeamento do transporte, tive a oportunidade de preencher a avaliação para o transporte de forma a perceber quais os profissionais que acompanhavam o doente, a *checklist* do transporte de forma a confirmar todo o material necessário, identificar e prepara todo o material para a monitorização hemodinâmica do doente, efetuar os cálculos para o consumo de oxigénio e identificar e preparar os fármacos necessários para um transporte. É importante durante o transporte ter atenção “à possibilidade de extubação endotraqueal, à perda de acessos venosos, à reserva inadequada de oxigénio, à avaria de ventilador de transporte, à exteriorização ou “clampagem” inadvertida de dreno torácico e/ou a falta de bateria/carga elétrica de equipamentos” (OE, 2017, p.10).

Na UCI, os doentes, quanto ao nível de consciência, podem ir do lúcido e orientado ao coma profundo. Muitos dos doentes estão impossibilitados de comunicar verbalmente. A comunicação é “um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo para tal a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face ou utilizado meios tecnológicos, como por exemplo o telefone ou o computador” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010, p. 45).

Deste modo, a comunicação terapêutica é uma “habilidade de um profissional para ajudar as pessoas a enfrentarem os seus problemas, a relacionarem-se com os demais, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios à autorrealização” (Silva, 2006, p.40).

Ao longo da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, onde a existe todo um meio tecnológico para a vigilância, monitorização e terapêutica e onde se utiliza uma linguagem técnica entre os profissionais, onde predominam sentimentos de medo e ansiedade, a comunicação do doente fica comprometida. Cabe ao enfermeiro especialista que trabalha numa UCI, estar sensível para reconhecer este problema, através observação da linguagem verbal e não-verbal de forma a satisfazer as necessidades de cada pessoa.

Durante o estágio, adaptei a minha comunicação à complexidade do estado de saúde das pessoas que tinha à minha frente, como nos doentes inconsciente ou sob VMI, de forma que a comunicação verbal não fosse facilmente esquecida ou subvalorizada. Mantive sempre uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde com a equipa multidisciplinar de forma a manter a continuidade e segurança de cuidados.

Dos objetivos específicos que estabeleci para este estágio, só não tive oportunidade de desenvolver competências acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica que necessita de técnicas dialíticas pois nos turnos que realizei, nenhum doente

necessitou desta técnica. Apesar disso, realizei pesquisa em base de dados e agregadores de conteúdo de forma a aumentar os meus conhecimentos nessa área.

O contacto direto com a pessoa em situação crítica, fez-me ir à procura da evidência científica mais atual de forma a prestar cuidados com mais qualidade aos doentes com quem contactei. No decorrer do estágio e do contacto com novas experiências sobre diversos temas, abordei as minhas dúvidas com os meus tutores, tendo posteriormente, ido realizar pesquisas em bases de dados, agregadores de conteúdos e livros científicos, e debatido algumas dessas dúvidas, de forma a sedimentar os conhecimentos e refletir sobre a aplicação dos mesmos na prática clínica.

Ao longo do estágio, após a escolha do tema para realizar a minha Revisão Integrativa da Literatura – “Falhas na ativação da Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar (EEMIH): impacto na mortalidade dos doentes internados”, partilhei com os meus tutores a temática de forma a darem-me algumas orientações e a refletir com os mesmos e com equipa destacada que intervém nesta área.

A revisão integrativa da literatura é um método que permite a síntese de conhecimento, através da identificação numa série de estudos publicados sobre determinado assunto, e a junção da aplicabilidade de resultados desses estudos na prática clínica (Souza et al., 2010, p.102).

A revisão integrativa da literatura foi realizada tendo em conta as seguintes fases: identificação do problema, elaboração da questão de investigação e dos objetivos, pesquisa em base de dados científica, análise e discussão dos resultados e síntese do conhecimento produzido e publicado. Assim formulei a seguinte questão de investigação: “As falhas na ativação da EEMIH tem impacto na mortalidade dos doentes a nível hospitalar?”.

Com a realização desta revisão, como principais resultados foram identificadas diversas falhas/atrasos na ativação das EEMIH que influenciam a prestação de cuidados de qualidade e a mortalidade dos doentes a nível hospitalar, sendo que é de extrema importância a implementação de sistemas de melhoria que promovam a redução destas falhas e, deste modo, melhorar a o *outcome* e segurança do doente.

A área da urgência e da emergência sempre foi uma área que me cativou e, tendo em conta que a EEMIH está sediada no SMI e tive algumas oportunidades de ativação da equipa ao longo do estágio, decidi trabalhar sobre esta temática na minha revisão integrativa de literatura (APÊNDICE I). Durante as ativações consegui perceber que,

conforme dizem os estudos, as EEMIH atualmente já não são ativadas apenas para PCR, mas sim quando é detetada deterioração do estado clínico dos doentes.

Foi no início da década de 1990 que surgiram as primeiras equipas de resposta rápida, atualmente denominadas EEMIH. Apareceram pela primeira vez na Austrália e tinham como objetivo principal aumentar os conhecimentos e habilidades perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica com necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Moreira et al., 2018, p.4).

Inicialmente, estas equipas de resposta rápida, eram descritas como equipas de reanimação. Com a mudança de paradigma para a prevenção e deteção de sinais de instabilidade ao invés da intervenção na ressuscitação cardiorrespiratória, passaram a ser descritas como EEMIH, integradas em sistemas de resposta rápida (Leach&Mayo, 2013, p.200). A principal diferença entre ambas passa pela identificação atempada e o tratamento de emergências hospitalares, de forma a evitar as paragens cardiorrespiratórias (PCR) e as mortes inesperadas (Grasner et al., 2021, p.68).

Mesmo assim, continua a haver falhas nas ativações da EEMIH e torna-se importante que os hospitais implementem políticas de reforço das equipas hospitalares, façam formação das mesmas e criem infraestruturas adequadas que permitam a monitorização de doentes, de forma a reduzirem as falhas na ativação destas equipas.

A par disto, com o desenvolver das competências especializadas, deparei-me com oportunidades de melhoria na prestação de cuidados no SMI, pelo que achei pertinente a realização de uma proposta de melhoria, de forma que os profissionais do serviço possam prestar cuidados com mais qualidade aos doentes internados.

O Regulamento n.º 140/2019 (2019) refere que o enfermeiro especialista assume, entre outras competências comuns, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, garantindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (p.4745).

Deste modo coube-me a mim, enquanto futura enfermeira especialista, produzir e implementar estratégias que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados. O tema que identifiquei como oportunidade de melhoria no SMI foi sobre a confidencialidade dos dados em saúde em formato de papel e apresento uma proposta do “Lixo Confidencial” (APÊNDICE II).

A proposta de intervenção baseia-se no Ciclo PDCA: planear (*Planning*); fazer (*Doing*), verificar (*Checking*) e ajustar (*Adjusting*). O objetivo deste ciclo é manter os

procedimentos organizados de forma a encontrar estratégias bem definidas em função do diagnóstico dos problemas identificados (Wang, 2017, p. 40047).

Nesta proposta está apenas ilustrado a primeira parte do ciclo, o planeamento (*Planning*), esperando que, futuramente, a equipa do SMI dê seguimento às fases seguintes.

Enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta as atividades desenvolvidas, considero que consegui alcançar os objetivos delineados, adquirindo as seguintes competências: gerir cuidados à pessoa em situação crítica; prestar cuidados à pessoa em situação crítica; garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; gerir a dor, a sedação e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; identificar prontamente focos de instabilidade; monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família; realizar intervenções de enfermagem com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro; assegurar transporte na pessoa em situação crítica; sustentar a prática clínica na evidência científica mais atual; proporcionar os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; realizar uma revisão integrativa da literatura no âmbito da especialidade.

- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação:

O aumento dos desastres, sejam eles naturais ou provocados pelo homem, alerta para importância da preparação e treino de equipas específicas para os mesmos, de modo que as consequências destes sejam menos devastadoras (Mello, 2013, p.39).

Segundo a Lei n.º 27/2006 (2006) a catástrofe é definida como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p.3).

O enfermeiro especialista numa situação de emergência, exceção ou catástrofe, atua criando, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, não esquecendo a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018, p. 19363). De forma a ter conhecimentos de como atuar numa situação de catástrofe, solicitei ao meu orientador a consulta do plano de emergência específico de catástrofe do SMI. Este plano é um documento que visa adaptar o plano de emergência interno do hospital às

características dos serviços clínicos e não clínicos e serve como guia orientador e de referência nas ações de prevenção e atuação em caso de emergência. Segundo o Despacho n.º 10319/2014 (2014), este plano “deve ser do conhecimento de todos os profissionais do respetivo serviço, devendo ser realizada formação e exercícios de simulação periódica” (p.20678).

Em situações de emergência é o responsável presente no serviço (diretor de serviço, enfermeiro gestor ou o responsável de turno) que dirige e coordena todas as ações a desempenhar pelas equipas de intervenção/evacuação do serviço, assumindo e definido as tarefas de cada profissional e atribuindo os respetivos cartões de ação.

Enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta as atividades desenvolvidas, considero que consegui alcançar os objetivos delineados, mas precisava de desenvolver melhor a competência: gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas:

O aumento das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas de importância a nível mundial, aumentando a morbilidade e a mortalidade dos doentes internados, o tempo de internamento dos doentes e os custos em saúde (DGS, 2017, p.5).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica tem como competência: “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359).

Tendo em conta o risco de infeção nos vários contextos, da complexidade das situações e da diferenciação dos cuidados com recurso a múltiplas medidas invasivas, cabe-me a mim enquanto futura enfermeira especialista, responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018, p. 19359).

Em 2014, surgiram as PBCI, que se traduzem em dez regras de boa prática que devem ser postas em prática por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, de forma a reduzir o risco de infeção e transmissão cruzada (DGS, 2017, p.5)

No decorrer do estágio tive a oportunidade, juntamente com os meus orientadores, de conhecer o plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos do SMI, de cumprir e salvaguardar o cumprimento dos procedimentos e circuitos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, adotando com a equipa cuidados que impedissem aumentar o risco de infeção, tais como: colocar os doentes admitidos no SMI com isolamento de precaução, utilizar equipamento de proteção individual quando necessário, fazer a higienização e lavagem das mãos tendo em conta os cinco momentos, a adoção de uma prática segura na preparação e administração de fármacos, fazer um manuseamento e gestão segura da roupa e resíduos e a descontaminação do equipamento clínico em utilização (DGS, 2013, p.3-10).

A pessoa em situação crítica que se encontra numa UCI, é detentora de dispositivos médicos para a manutenção e controlo de funções vitais – VMI, CVC, cateteres vesicais, etc. Uma preocupação constante ao longo do estágio, foi relativamente ao tema dos feixes de intervenção, tentando assegurar que todos os doentes recebessem cuidados baseados na mais recente evidencia científica. No SMI todos os procedimentos/técnicas seguem um protocolo e eu tive oportunidade de comparar e perceber que os mesmos são orientados pelos feixes de intervenção da DGS.

Um dos riscos associados à intubação endotraqueal é a Pneumonia Associada Intubação (PAI), um dos feixes de intervenção. A PAI é a infeção mais frequente adquirida nos SMI, aumentando a duração da ventilação mecânica invasiva, o consumo de antibióticos e a duração do internamento hospitalar. “É uma pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas”. (DGS, 2022, p.6). De forma a prevenir a PAI, auxiliei na suspensão regular da sedação e na possibilidade de desmame ventilatório, antes de baixar a cabeceira do doente para prestar cuidados de higiene ou posicionar, confirmei sempre se a pressão do *cuff* estava entre os 20 e os 30 cm H₂O e, quando necessário ajustava, realizei sempre a lavagem da cavidade oral com pasta dentífrica, água e aspirei. No final voltava a colocar a cama com a cabeceira elevada a 30°, evitando momentos prolongados em posição dorsal. No final dos cuidados de higiene, realizei, juntamente com os meus tutores, auditorias internas para a prevenção da PAI de forma a perceber se os colegas estavam a cumprir com todos os critérios do feixe de intervenção.

Para além da auditoria à PAI, tive também oportunidade de realizar auditoria ao CVC, cateter arterial, cateter vesical e ao local da ferida cirúrgica.

Durante a prestação de cuidados, realizei sempre a desinfecção de dispositivos, como os cateteres e torneiras, utilizando compressas e álcool, mantive sempre técnica asséptica na aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, na manipulação do CVC e linha arterial. Todos os outros dispositivos invasivos que manipulei, pelo risco de infecção, mantive uma correta manipulação, monitorização e vigilância dos mesmos e avaliei a necessidade diária da sua permanência de forma a prevenir as IACS.

Enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta as atividades desenvolvidas, considero que consegui alcançar os objetivos delineados, adquirindo a seguinte competência: maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

4.2. Instituto Nacional de Emergência Médica

Como já referido anteriormente, o INEM foi o segundo contexto de dois estágios realizados, e o facto de ser um estágio opcional, permitiu-me escolhê-lo devido a ser um contexto de trabalho que era desconhecido para mim, mas que ia de encontro aos meus interesses profissionais futuros. O desenvolvimento de competências numa área tão específica, exigente e imprevisível como o pré-hospitalar, permitiu-me adquirir ferramentas essenciais para a prestação de cuidados ao doente crítico em ambientes por vezes hostis e pouco controlados.

Segundo a OE (2017), as intervenções realizadas no contexto pré-hospitalar, tem como finalidade garantir a toda a população uma prestação de cuidados de saúde rápida, eficaz e apropriada em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a estabilização da vítima no local, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até a uma unidade de saúde (p.1).

Os objetivos gerais e específicos definidos para este estágio remetem para a aquisição de competências especializadas, no contexto do pré-hospitalar, seguindo abaixo uma análise crítico-reflexiva face às atividades desenvolvidas no contexto de estágio do INEM, à luz das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica:

Na emergência existe uma panóplia de situações em que a decisão médica e ética têm de ser imediatas, estando os profissionais de saúde que trabalham nesta área preparados para prestar cuidados, tendo em conta o respeito dos direitos do doente e pela dignidade da pessoa humana.

Segundo a Lei n.º 156/2015, 2015 (2015), as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (p.8078). No exercício da profissão, as intervenções de enfermagem devem ser baseadas no conhecimento científico e nos princípios descritos no código deontológico.

Segundo o Parecer n.º 11/CNECV/95 (1995), existem princípios morais de referência que devem nortear o comportamento e as decisões dos profissionais de saúde como o respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência em função do contexto em que são invocados e da experiência de quem os utiliza (p.1).

Durante a prestação de cuidados procurei nortear as minhas intervenções, no sentido de cumprir com princípios ético-deontológicos que regem a profissão, respeitando sempre o doente e a família, as suas crenças, a sua cultura e os seus princípios.

O enfermeiro, no seu dia a dia, confronta-se muitas vezes com problemas éticos e deontológicos, decorrentes da prática clínica, sendo que é importante que o mesmo desenvolva competências que lhe permitam uma tomada de decisão baseada em princípios éticos, legais e deontológicos, de forma a ter uma base para tomar decisões, nunca descurando o respeito pelo ser humano, pelos seus direitos, autonomia e pela sua dignidade. “Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2019, p.4746).

No contexto do pré-hospitalar, no meio SIV, confrontei-me várias vezes com uma situação que me levantou questões ético-legais. O enfermeiro que trabalha na SIV, numa situação em que é ativado para uma pessoa em PCR, que apresenta uma situação irreversível com por exemplo a rigidez cadavérica, tem de iniciar o protocolo de atuação de PCR e manter as manobras de suporte básico de vida (SBV) até à chegada de um médico ou até ao hospital.

A PCR é um acontecimento súbito, sendo considerada como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América (INEM, 2020, p.8). Por cada minuto sem haver pedido de socorro diminui a possibilidade de sobrevivência da vítima, sendo de extrema importância que sejam iniciadas manobras de SBV de imediato no local

da ocorrência, se quem presencia a situação tiver as competências para tal (INEM, 2017, para.2). A acessibilidade em tempo útil aos cuidados de reanimação à vítima que se encontra em PCR é ainda um problema atual, uma vez que após dez minutos de PCR sem assistência adequada, a possibilidade de reversão da situação é reduzida.

A obrigatoriedade do cumprimento dos protocolos definidos pelo INEM, que não permite ao enfermeiro, tendo em conta os seus conhecimentos e competências, tomar a decisão de não iniciar ou suspender manobras de reanimação numa vítima em rigidez cadavérica, pode desencadear alguns problemas éticos e deontológicos. O enfermeiro que trabalha na SIV, se inicia manobras de reanimação numa vítima já em rigidez cadavérica, as suas intervenções podem ser consideradas desproporcionadas e inúteis, mas de igual modo, se realizar procedimentos que não respeitam a vítima e que as suas intervenções não lhe causem qualquer benefício, as mesmas tornam-se de igual modo desadequadas.

A Lei n.º 52/2012 (2012), define obstinação diagnóstica e terapêutica como todos “os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido” (p.5119). Numa situação destas, o enfermeiro com os conhecimentos e competências que detém para fazer uma avaliação da situação, com auxílio do monitor desfibrilhador, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos, deveria adotar uma intervenção que fosse de encontro ao respeito pela vítima já cadáver, não a sujeitando a intervenções que não vão alterar a sua condição clínica nem trazer nenhum benefício, respeitando assim o princípio da não-maleficência. Este princípio significa não provocar nenhum dano à pessoa, devendo assim a reanimação não ser realizada em casos obviamente irrecuperáveis (INEM, 2020, p.232).

Deste modo, seria importante que o INEM definisse estratégias de modo a permitir o respeito e dignidade pela pessoa já cadáver, proporcionando os cuidados adequados pós morte, ao invés da realização de manobras inúteis com o intuito apenas de cumprir com o protocolo definido, respeitando assim todas as deontologias profissionais envolvidas.

Ao longo do estágio, tendo em conta aquilo que planeei, desenvolvi diversas atividades que fundamentam o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto do pré-hospitalar.

As situações de emergência representam situações ameaçadoras que requerem intervenções imediatas, sendo que uma avaliação correta da vítima é uma das competências mais importantes realizada pela equipa no local da ocorrência. De forma a decidir a prioridade e consequentemente a melhor intervenção de abordagem à vítima é

necessário colher toda a informação e realizar uma avaliação da situação (INEM, 2012, p. 15).

Um dos meus objetivos para este estágio foi desenvolver conhecimentos e competências na abordagem inicial à vítima e nas principais técnicas de abordagem à mesma. Em ambiente pré-hospitalar, a primeira etapa a ter em atenção ao aproximar-se da vítima é a realização da avaliação do local da ocorrência para determinar a segurança no local (INEM, 2012, p. 16). Sempre que fomos ativados, tanto na SIV como a VMER, a minha preocupação juntamente com os profissionais que me orientavam, foi realizar a avaliação do local de forma a podermos ter segurança para começar a realizar a avaliação da vítima e olhar para o cenário/local e perceber as suas características, de forma a obter todas as informações.

A participação na prestação de cuidados foi uma constante ao longo do estágio, de forma a adquirir e solidificar conhecimentos e habilidades. Para isso, no estágio que realizei na SIV, tive oportunidade de consultar os protocolos definidos pelo INEM através da plataforma “APRENDER”, de forma a perceber como o enfermeiro toma as decisões consoante os diferentes tipos de situações em que são ativados. Consultei e fiquei a conhecer os algoritmos diagnósticos de acordo com as principais queixas major, definidas pelo INEM, sendo eles: dispneia, hipoperfusão/choque, dor toraco-abdominal e alteração do estado de consciência. Para além disso, tive a oportunidade de consultar os manuais fornecidos pelo INEM sobre a abordagem à vítima, de emergência médica, pediátrica e obstétrica, técnicas de trauma e transporte da pessoa em crítica.

Assim, na SIV, a toma de decisão do Enfermeiro é sempre feita tendo em conta os protocolos definidos pelo INEM e das indicações do médico que está no CODU. Em cada ocorrência, a minha prestação de cuidados foi realizada, com o auxílio do enfermeiro, segundo o protocolo adequado à situação da vítima.

A avaliação inicial à vítima foi sempre realizada tendo em conta na metodologia ABCDE (A – Via aérea, B – Respiração, C – Circulação, D – Disfunção neurológica, E – Exposição) e realizei a reavaliação da vítima, em tantos casos quanto possível. Os principais objetivos da abordagem ABCDE são a estruturação da avaliação e da abordagem baseada em prioridades, permitindo identificar ou excluir situações com risco de vida (INEM, 2020, p.7). A implementação desta metodologia foi simplificada pelo conhecimento adquirido ao longo das aulas do mestrado, pelos meus conhecimentos adquiridos na realização do SAV e pela consulta dos manuais do INEM.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004), “o trauma é um dos maiores problemas de saúde a nível mundial sendo responsável por um aumento da mortalidade e morbidade da população” (p.7). A exigência dos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma impõe que o enfermeiro faça julgamento clínico da situação e consequentemente tome uma decisão mais adequada, transmitindo segurança a toda equipa e principalmente diminuindo os riscos associados (Almeida et al., 2020, p.56).

Tanto no meio SIV como VMER, apliquei e desenvolvi competências e conhecimentos relacionados com as principais técnicas de trauma e estabilização da vítima no pré-hospitalar, nomeadamente sobre imobilização da coluna cervical, dos membros e da cintura pélvica, a técnica de rolamento com a vítima em decúbito ventral e dorsal, o levantamento e a remoção do capacete. Para além disso, na avaliação da vítima de trauma, desenvolvi competências tendo em conta a metodologia ABCDE, procurei lesões potenciais decorrentes do tipo de mecanismo de lesão e realizei o transporte para as instituições hospitalares de forma segura, antecipando o aparecimento de situações imprevistas e onde os cuidados definitivos fossem assegurados.

A utilização de técnicas de restrição de movimentos da coluna expõem as vítimas a maior mortalidade, ao atraso no início do transporte ao hospital, aumento da pressão intracraniana em vítimas com traumatismo crânio-encefálico, aumento da dor e desconforto, agravamento da função respiratória na posição supina, aumenta as lesões em vítimas com patologia osteoarticular pré-existente na coluna ao forçar uma posição diferente da de conforto e aumenta a probabilidade de aparecimento de úlceras por pressão (INEM, 2023, p.6). Deste modo a correta utilização dos equipamentos de imobilização disponíveis nos meios é essencial para reduzir a taxa de mortalidade e morbidade das vítimas. Para isso, consultei na plataforma “APRENDER” os vários documentos relacionados com o trauma, que já incluem as alterações das novas *guidelines*, de forma a dar uma resposta correta e eficaz durante as ativações.

Outra competência que desenvolvi ao longo do estágio foi comunicação interpessoal com a pessoa em situação crítica e família/cuidador. No pré-hospitalar a comunicação torna-se mais difícil pelas características do próprio contexto e pelo meio não controlado onde normalmente ocorrem as situações. Neste sentido, o enfermeiro tem de fazer uso das competências comunicacionais que desenvolveu ao longo do tempo no sentido de estabelecer uma relação terapêutica necessária com a pessoa e a família nas situações de emergência.

A comunicação é uma ferramenta essencial na realização de qualquer atividade profissional que envolva cuidados de saúde, sendo a mesma considerada uma das características que define a qualidade das intervenções em enfermagem. Deste modo, os enfermeiros devem adquirir competências comunicacionais de forma a promoverem emoções positivas à pessoa e/ou família que estão a cuidar. (Campos, 2017, p.92).

Ao longo do estágio demonstrei conhecimentos e estratégias facilitadoras da comunicação à pessoa em situação crítica e família, adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa e geri a ansiedade e medo vividos pela pessoa e família. No processo de comunicar, durante a prestação de cuidados, usei técnicas de escuta ativa, transmiti toda a informação de forma clara usando linguagem que fosse compreendida pela pessoa e família, adaptei a minha linguagem demonstrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, demonstrei confiança, respeito e esperança, incentivei a participar no processo de toma de decisão sobre a sua situação e incentivei a verbalização de sentimentos e emoções, promovendo assim uma relação e uma comunicação terapêutica. A comunicação terapêutica é um método de comunicação através do qual o enfermeiro responde às necessidades da pessoa e família, reunindo informações relacionadas com o seu estado de saúde e respondendo de forma adequada às suas questões, promovendo o seu bem-estar e o seu conhecimento sobre os cuidados prestados (Coelho&Sequeira, 2014, p.32).

Para além da comunicação com a pessoa e/ou família, tive oportunidade de comunicar com os vários elementos que constituem as equipas do pré-hospitalar, como por exemplo, com os TEPH na passagem de dados ao CODU e com os profissionais das instituições de saúde no momento da transferência da pessoa, respeitando a norma ISBAR: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Esta técnica permite a comunicação eficaz dos cuidados realizados entre as equipas, de forma a promover a segurança do doente (DGS, 2017, p.1). Na prestação de cuidados, utilizei esta norma por considerar ser uma ferramenta simples, clara e vantajosa na transferência de informação.

A realização do transporte da pessoa em situação crítica foi outra experiência que tive ao longo deste estágio. O transporte de doentes críticos é um procedimento necessário para a estabilização e sobrevivência da pessoa que necessita de uma continuidade de cuidados numa instituição de saúde. Tendo em conta a Portaria nº 260/214 (2014), o transporte de doentes urgentes e emergentes do pré-hospitalar realiza-se na dependência direta do CODU, sendo que a ambulância de emergência médica (AEM) destinada para

estes casos é uma ambulância do tipo B, composta por, pelo menos, dois profissionais nomeadamente médico e/ou enfermeiro e/ou TEPH (p.6086).

Tanto na SIV como na VMER, tive oportunidade de realizar transporte primários, pondo em prática todos os conhecimentos e habilidades que fui adquirindo, sempre com auxílio dos tutores, sendo que em alguns dos turnos realizados na VMER tive a oportunidade de acompanhar o doente apenas com o médico. Para isso foi crucial a realização da *check-list* e reposição dos materiais existentes nos meios e perceber como funcionam os equipamentos para monitorização e estabilização da vítima, para quando se decide realizar o transporte estar preparada para intervir.

No início do estágio foi-me proposto, pela responsável dos alunos do INEM, a escolha de um tema sobre o papel do enfermeiro no contexto de pré-hospitalar, de forma a elaborar um trabalho para poder apresentar final do estágio. No decorrer do estágio, através da observação das práticas realizadas, consegui identificar, juntamente com a minha tutora, um tema que necessitasse de melhoria e implementar estratégias de forma que os cuidados, no contexto do pré-hospitalar, fossem prestados com mais qualidade, promovendo assim o desenvolvimento de práticas de qualidade e cooperando em programas de melhoria contínua.

Segundo o Despacho n.º 5613/2015 (2015), a qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (p.13551). Durante a prestação de cuidados, o enfermeiro realiza intervenções tendo por base resultados da investigação mais atual. A criação de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, vai permitir que haja uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001, p.12).

Tendo em conta as características dos cenários que encontramos no pré-hospitalar, existe uma grande probabilidade de a pessoa e ou família/cuidador virem a receber uma má notícia, que, na maioria das vezes, por diversas barreiras na comunicação interpessoal, os enfermeiros não comunicam essa informação de forma a minimizar o sofrimento das pessoas.

A comunicação de más notícias significa a comunicação de “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro” (Larkin & Searight, 2014, p.2163). O enfermeiro é o elemento ativo na comunicação de

informações ao doente e/ou família, sendo a habilidade de comunicação a competência necessária a ser adquirida na formação desse profissional (Fontes et al., 2017, p.1151).

Neste processo de comunicação de más notícias, os enfermeiros deparam-se com limitações, sendo que é de extrema importância arranjar estratégias para que as mesmas sejam colmatadas de forma a reduzir os sentimentos negativos da pessoa e/ou família.

Deste modo, foi proposta a realização de uma apresentação a todos os enfermeiros que trabalham no INEM, por forma a sensibilizá-los para a importância do seu papel da comunicação das más notícias no pré-hospitalar, divulgar as principais estratégias e barreiras e incentivar a utilização de protocolos que auxiliam na comunicação de más notícias.

Para isso tive de perceber quais as normas e protocolos que já existem implementados no INEM, de forma a adequar a transmissão da informação e por conseguinte, a adequação da prestação de cuidados com qualidade. Percebi que o INEM não possui nenhum protocolo para a comunicação de uma má notícia, mas com a formação que tem vindo a ser desenvolvida pelo mesmo, os enfermeiros orientam a sua prática segundo o protocolo SPIKES. O mesmo é composto pelos seis passos seguintes e dá-nos estratégias para uma comunicação eficaz: *Setting up* (Preparação e escolha do local adequado); *Perception* (perceber o que o doente já sabe); *Invitation* (perceber o que o doente quer saber); *knowledge* (Dar a notícia); *Emotion* (Responder às emoções e às perguntas do doente); *Strategy and Summary* (resumo e organização de estratégias). (Araújo&Leitão, 2011, p.60-61).

Ao longo do estágio, tive a possibilidade e ver a pôr em prática a utilização deste protocolo, dentro das condições que o contexto permitia, e quando não foi possível a sua aplicação na totalidade, foi feita uma adequação do mesmo ao tipo de situação.

Assim, após conversar com a enfermeira tutora, e de forma a dar resposta ao objetivo proposto foi realizada uma contextualização teórica (APÊNDICE III) sobre a temática “Papel do enfermeiro na comunicação de más notícias no contexto do pré-hospitalar”, elaborei um documento em formato PowerPoint (APÊNDICE IV) de forma a poder apresentar a todos os enfermeiros que iriam assistir e o respetivo plano de sessão da apresentação (APÊNDICE V).

O tema da comunicação foi um tema que sempre despertou interesse em todos os estágios e neste estágio ainda mais por ser uma situação menos controlada e de os enfermeiros terem de adequar as estratégias a cada situação.

Todas as intervenções realizadas no âmbito do cuidar da pessoa em situação crítica e da sua família foram alvo de uma reflexão constante, procurando sempre atuar tendo em conta a evidência científica mais atual e tendo sempre em conta a opinião das entidades competentes de forma a contribuir para uma melhor prestação de cuidados.

Enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta as atividades desenvolvidas, considero que consegui alcançar os objetivos delineados, adquirindo as seguintes competências: gerir cuidados à pessoa em situação crítica; prestar cuidados à pessoa em situação crítica; garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; identificar prontamente focos de instabilidade; monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador; demonstrar conhecimentos na utilização de comunicações de emergência; realizar intervenções de enfermagem com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro; assegurar transporte na pessoa em situação crítica; salvaguardar condições de segurança; sustentar a prática clínica na evidência científica mais atual; proporcionar os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas.

- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação:

A exigência do trabalho no pré-hospitalar faz com que no exercício da prestação de cuidados possam ocorrer situações de exceção como é o caso de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções (INEM, 2012, p.13). Uma situação de exceção consiste num desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, sendo necessário que haja uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (OE, 2018, p.19362).

O número de vítimas também pode variar, uma vez que nas situações de exceção habitualmente são cenários com multivítimas, ultrapassando o número de elementos que estão a prestar socorro. Os profissionais que desempenham funções no contexto do pré-hospitalar podem estar expostos a ambientes pouco controlados e de risco, devido a esta variabilidade de cenários, sendo que é de extrema importância que adquiram competências necessárias para prestar socorro.

Ao longo do estágio, não tive contacto com nenhum caso de uma situação de exceção, mas tive oportunidade de consultar o manual do INEM sobre as situações de exceção e perceber o papel do enfermeiro quando as mesmas acontecem. Deste modo consegui perceber que, perante uma situação de exceção a primeira equipa de saúde a chegar ao local da ocorrência deve priorizar a sua intervenção da seguinte forma: avaliação da segurança, avaliação do cenário, passar informação ao CODU, assumir coordenação da resposta e iniciar a *Triage And Rapid Treatment* (START) (INEM, 2012, p.17). A triagem START faz parte da triagem primária e pretende triar de forma mais rápida um grande número de vítimas e priorizar as vítimas em quatro categorias tendo em conta um fluxograma: prioridade 1 (vítima emergente—cor vermelha), prioridade 2 (vítima grave — cor amarela), prioridade 3 (vítima não grave — cor verde) e morto (cor preta). No caso de haver crianças, o fluxograma faz-se o enquadramento de acordo com o tamanho (em centímetros) e/ou peso (em kg), devido às diferenças fisiológicas (INEM, 2012, p.17).

A Triagem secundária pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas tendo em conta a *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), tendo em conta três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência e pressão arterial sistólica. A pontuação da TRTS é igual à soma das 3 variáveis, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos. A pontuação obtida no TRTS é feita da seguinte forma: TRTS entre 1e 10 Prioridade 1 (cor vermelha), TRTS igual a 11 Prioridade 2 (cor amarela), TRTS igual a 12 Prioridade 3 (cor verde) e TRTS igual a 0 é morto (INEM, 2012, p. 22).

Nestas situações, o socorro vai depender da atuação sincronizada da equipa que está a prestar socorro, na qual o enfermeiro tem um papel fundamental, sendo por isso necessário desenvolver conhecimentos e habilidades de modo a garantir um socorro eficaz (Mello et al., 2013, p.39)

Deste modo o enfermeiro especialista é um interveniente importante em situações de exceção e catástrofe, tendo em conta as competências inerentes, a formação, o treino, a gestão e o trabalho em equipa, influenciando de forma positiva o seu desempenho e a capacidade de resposta associadas a estas situações (Barboza et al., 2022, p.12).

Enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta as atividades desenvolvidas, considero que consegui alcançar os objetivos delineados, adquirindo as seguintes competências: gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas:

A prestação de cuidados de saúde no contexto do pré-hospitalar, pelas suas características, comporta uma maior exposição ao risco, sendo que é de extrema importância cumprir com as recomendações relativas ao controlo de infeção, uma vez que as pessoas e os seus ambientes podem estar contaminados com microrganismos patológicos (McDonell, 2008, p.2). Neste contexto, torna-se importante cumprir com as medidas implementadas relativamente ao controlo de infeção, de forma a proteger o profissional e minimizar o risco para o doente, garantindo assim a prestação de cuidados com segurança e qualidade.

A realização de procedimentos no pré-hospitalar, tal como colocação de cateteres venosos periféricos, administração de terapêutica endovenosa, intubação orotraqueal, associado ao ambiente pouco controlado, tem impacto no aumento do risco de exposição a IACS (McDonell, 2008, p.8). Deste modo, torna-se emergente cumprir e fazer cumprir, sempre que possível, as normas de assepsia nas técnicas que o exigem, no sentido de prevenir as complicações para o doente, no que se refere às IACS.

Deste modo, em 2014, o INEM criou a Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) com o objetivo de reduzir a exposição aos riscos de IACS, tanto para os doentes como para os profissionais (INEM, 2020, para.1).

Ao longo do estágio do pré-hospitalar, tentei sempre, juntamente com quem trabalhei, cumprir e salvaguardar o cumprimento de todas PBCI, mantendo sempre uma postura preventiva de modo a diminuir o risco de infeção cruzada, como por exemplo, realizei sempre que possível a higiene e lavagem das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual e realizei a descontaminação dos equipamentos e viaturas de emergência após cada ativação. Tive ainda a oportunidade de conversar com alguns elementos que fazem parte da CCIRA do INEM e perceber quais as normas mais atuais com que os mesmos se regem para a prestação de cuidados no pré-hospitalar, de forma a melhorar o meu desempenho ao longo do estágio e de perceber quais as formações que os profissionais dispõem sobre esta temática.

A Norma nº 007/2019 da DGS (2019), aplica-se a vários contextos, nomeadamente ao contexto do pré-hospitalar, e preconiza a adoção do modelo da Organização Mundial

de Saúde para a higiene das mãos tendo em conta os 5 momentos (p.1). Durante o estágio neste contexto, uma das principais dificuldades foi que na maioria das ocorrências não havia acesso à água para a lavagem das mãos, e por vezes, nem mesmo acesso à solução antisséptica de base alcoólica (SABA), tentando sempre que as condições assim o permitiram, cumprir e fazer cumprir com o que está preconizado na norma. Quando a higienização das mãos não é cumprida, as mesmas funcionam como um reservatório para a transmissão de microrganismos entre doentes e profissionais.

Segundo a Norma n.º 029/2012 da DGS (2013), a utilização de EPI fornece uma proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado a cada procedimento, e aos doentes em situações mais concretas. Dá-nos ainda orientações gerais sobre a utilização dos EPI, nomeadamente, uso de luvas, avental, batas, máscaras, proteção ocular, calçado e cobertura do cabelo (p.2). Durante a prestação de cuidados no estágio, tendo em conta cada situação, o risco de exposição e a forma de transmissão de um potencial agente patogénico, utilizei os EPI de forma adequada e racional, tendo em conta as necessidades e os recursos disponíveis, de forma a promover uma maior segurança para mim e para os doentes. Sempre que identifiquei a não utilização ou uma utilização incompleta dos mesmos, procurei de uma forma construtiva e fundamentada, alertar para os riscos a que se expunham, nomeadamente a riscos evitáveis. É de extrema importância que o enfermeiro neste contexto, cumpra e faça cumprir de forma criteriosa as medidas de proteção individual preconizadas.

A necessidade de disponibilidade dos meios após a transferência do doente para o hospital, permite que haja uma desadequada limpeza e descontaminação do equipamento e do próprio meio. Ao longo do estágio, a descontaminação do material clínico, das ambulâncias e das superfícies com as quais o doente teve contacto foi outra realidade, por forma a que todo o material estivesse pronto a ser utilizado noutra pessoa, prevenindo as IACS. Todo o equipamento clínico necessário na prestação de cuidados à pessoa pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e agentes infecciosos através da manipulação do mesmo pelos profissionais durante os procedimentos. Se inadequadamente descontaminado, o material clínico também pode constituir fonte de infeção (DGS, 2013, p.7). Entre ocorrências, assegurei sempre que fosse realizada a limpeza do interior da ambulância de forma a prevenir as infeções cruzadas e a limpeza mais aprofundada era realizada uma vez por semana ou sempre que se justificasse.

O controlo de infeção no contexto do pré-hospitalar é realidade que ainda está a ser trabalhada e que carece de melhorias, muitas vezes pela priorização dos cuidados rápidos

e emergentes à vítima. Cabe ao enfermeiro especialista, tendo em conta que esta é uma das suas competências, garantir que os procedimentos neste tipo de contexto, cumpram com as normas de controlo e prevenção de infeção no que respeita às IACS.

Enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta as atividades desenvolvidas, considero que consegui alcançar os objetivos delineados, adquirindo a seguinte competência: maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica no contexto do pré-hospitalar.

5. CONCLUSÃO

O curso de Mestrado permitiu que o meu processo de aprendizagem com vista à aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, culminasse no atingimento dos objetivos propostos com sucesso. Permitiu-me desenvolver competências de observação, colheita e procura continua de saberes, com os objetivos de conseguir detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção eficiente e em tempo útil.

Se a componente teórica do curso demonstrou ter sido o alicerce para a aquisição de novos conhecimentos e consolidação de outros, a realização dos estágios em diferentes contextos, acompanhada de uma reflexão constante, permitiu a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista.

Tanto a equipa de enfermagem, como os meus tutores e a minha orientadora da universidade, deram contributos fundamentais ao longo dos estágios, envolvendo-me em todas as atividades que potenciassem o desenvolvimento de competências especializadas na área. Ao longo dos estágios demonstrei sempre uma atitude proativa tanto a nível prático como no querer saber mais sobre a pessoa em situação crítica em diferentes contextos. Mantive também sempre uma atitude de responsabilidade e ética profissional nas minhas intervenções. Soube mobilizar da melhor forma todos os conhecimentos que tinha, procurando sempre tomar a decisão mais adequada, identificando as necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família, tentando resolver os problemas reais ou potências. O espírito de análise, sentido crítico e a reflexão constante em relação à prática dos cuidados, potenciou o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências diferenciadas, convergindo na conquista de uma prática de enfermagem avançada.

No estágio em contexto de cuidados intensivos, tendo em conta o desenvolvimento de competências especializadas, destaco a prestação de cuidados tendo como foco o

respeito pelo direito à autodeterminação assumindo o dever de informar a pessoa e a família sobre os cuidados cumprindo com o sigilo profissional, tendo em conta a privacidade da pessoa, a importância da monitorização, controlo e gestão da analgesia e sedação, os cuidados à pessoa com VMI, a preparação e realização do transporte do doente crítico, prevenção e controlo de infeção nos cuidados prestados, nunca esquecendo a comunicação como elemento essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e família. Consegui ainda identificar uma necessidade do serviço, deixando o meu contributo através da realização uma proposta de melhoria para o SMI e uma revisão integrativa da literatura que se enquadrou no contexto do estágio.

No contexto de pré-hospitalar, no desenvolvimento de competências especializadas, destaco o treino de competências comunicacionais sobretudo na comunicação de más notícias, o cumprimento com princípios ético-deontológicos, o respeito pela pessoa e/ou família, as suas crenças, a sua cultura e os seus princípios, a abordagem inicial à vítima e as principais técnicas de abordagem à vítima através do cumprimento dos protocolos estabelecidos pelo INEM, a aquisição de conhecimentos e habilidades das principais técnicas de trauma e de situações de exceção e a prevenção e controlo de infeção nos cuidados prestados tendo em conta os contextos. Destaco ainda a escolha de uma temática pertinente para apresentar aos enfermeiros do INEM e a realização de uma contextualização teórica.

Assim, após terminar este percurso, consigo perceber que a minha visão da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, está noutra patamar, ou seja, consigo olhar para as diferentes situações com outros conhecimentos e com espírito crítico e reflexivo, tendo como objetivo final a prestação de cuidados especializados de qualidade.

Para além disso, foi um curso complexo e exigente por ter de o conciliar com o meu trabalho e com a minha vida familiar e social, exigindo da minha parte um maior empenho e dedicação. Houve momentos de cansaço extremo e escassez de tempo para realizar todas as atividades a que me propus e para as que me foram solicitadas, mas com o apoio de todos aqueles que estiveram à minha volta, consegui superá-los.

Em suma, a realização deste mestrado permitiu-me adquirir e mobilizar conhecimentos e habilidades em áreas particularmente distintas, que por sua vez permitiram o desenvolvimento de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica, demonstrado assim estar capaz para desempenhar funções enquanto enfermeira especialista num futuro próximo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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*, 3(1), 55-66. <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/74>
- Amaral P., & Pinheiro D. (2022). Mindfulness: instrumento para a promoção da saúde e bem-estar na população portuguesa e desenvolvimento da literacia em Saúde. *Jornal de Investigação Médica*, 3 (2), 57-76. <https://revistas.ponteditora.org/index.php/jim/article/view/664/565~>
- Araújo J., & Leitão E. (2011). A Comunicação de Más Notícias: Mentira Piedosa ou Sinceridade Cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11 (2), 58-62. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8943/6836>
- Barboza L., Melo K., Silva M., Costa J., Mendes R., Silva D., Marques V., Santos P., Hernandez L., Costa A., Santos M., Viana C., Siqueira F., Cunha H., & Teixeira S. Atuação do enfermeiro em situações de desastres naturais: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 1 (11), 1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v1i11.24836~>
- Barr J., Fraser G., Puntillo K., Ely E., Gélinas C., Dasta Davidson J., Devlin J., Kress J., Joffe A., Coursin D., Herr D., Tung A., Robinson B., Fontaine D., Ramsay M., Riker R., Sessler C., Pun B., Skrobik Y., & Jaeschke R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41 (1), 263 306. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23269131/>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Coelho M., & Sequeira C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5 (11), 31-88. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>

- Despacho n.º 10319/2014, 11 de agosto de 2014 da Assembleia da República. (2014). Diário da República, 2.ª série, n.º153. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 5561/2014, 11 de abril de 2014 da Assembleia da República. (2014). Diário da República, 2.ª série, n.º79. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto de 2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República, 2.ª série, n.º153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio de 2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República, 2.ª série, n.º102. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Devlin J., Skrobik, Y., Gélinas C., Needham D., Slooter A., Pandharipande P., Watson P., Weinhouse G., Nunnally M., Rochwerg B., Balas M., Boogaard M., Bosma K., Brummel N., Chanques G., Denehy L., Drouot X., Fraser G., Harris J., ... Alhazzani W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 40 (9), 825-873. https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2018/09000/clinical_practice_guidelines_for_the_prevention.29.aspx
- Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2022). Norma Clínica: 021/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/201: Precauções Básicas do Controlo da Infecção. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Ferreira N., Miranda C., Leite A., Revés L., Serra I., Fernandes A., & Freitas P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. <https://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Fontes C., Menezes D., Borgato M., & Luiz M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-1154. <https://www.scielo.br/j/reben/a/RXphfYkZZNcX5sgKZ8kSyPD/?format=pdf&lang=pt>
- Gélinas C., Arbour C., Michaud C., Vaillant F., & Desjardins S. (2011). Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies. Published by Elsevier*, 48(12), 1495–1504. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21550048/>
- Grasner, J., Herlitz J., Tjelmeland I., Wnent J., Masterson S., Lilja G., Bein B., Bottiger B., Rosell-Ortiz F., Nolan J., Bossaert L., & Perkins G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *European Resuscitation Council. Published by Elsevier*, 161, 61-79. [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00060-5/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00060-5/fulltext)
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. (1ª Edição). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). 40 anos INEM: O início da Emergência Médica em Portugal. INEM. <https://www.inem.pt/2021/09/30/40-anos-inem-o-inicio-da-emergencia-medica-em-portugal/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Cadeia de Sobrevivência. INEM. <https://www.inem.pt/2017/05/30/cadeia-de-sobrevivencia-2/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). O sistema integrado de emergência médica. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Relatório de Atividade dos meios de emergência médica. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/04/Relatorio-Anual-Meios-de-Emergencia-Medica-2020-VF.pdf>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual de suporte avançado de vida. (1ª Edição). Copyright. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual de abordagem à vítima. (1ª Edição). Copyright. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). Manual de trauma: técnicas. (3ª Edição). Copyright. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Manual-de-Trauma-Tecnicas.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual de situação de exceção. (3ª Edição). Copyright. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). INEM renova e completa equipa de Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. INEM. <https://www.inem.pt/2020/01/16/inem-renova-e-completa-equipa-de-comissao-de-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos/>
- International Association for the study of Pain. (2021). Announces Revised Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Larkin C., & Searigh H. (2014). A Systematic Review of Cultural Preferences for Receiving Medical “Bad News” in the United States. *Health*, 6, 2162-2173. https://www.scirp.org/pdf/Health_2014091210314055.pdf
- Leach L., & Mayo A. (2013). Rapid response teams: qualitative analysis of their effectiveness. *American Journal of Critical Care*, 22 (3), 198-209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23635929/>
- Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro de 2005 da Assembleia da República. (2005). Diário da República, 1.ª série, n.º18. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/01/018a00/06060611.pdf>
- Lei n.º 156/2015, 16 de setembro de 2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República, 1.ª série, n.º181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 27/2006, de 3 de julho de 2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República, 1.ª série, n.º126. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526-66308452>

- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012 da Assembleia da República. (2012). Diário da República, 1.ª série, n.º 172. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- McDonnell A. (2008). Issues of infection control in prehospital settings. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 4 (6), 1-10. <https://journals.sagepub.com/doi/10.33151/ajp.6.4.476>
- Mello C., Witt R., Dorneles E., & Marin S. (2013). A enfermagem no atendimento em desastres e em eventos com múltiplas vítimas. *Vittalle*, 25(1), 37-44. <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/6018>
- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Moreira A., Ramos R., Ligório A., Junqueira K., & Corrêa K. (2018). Rapid response team: what factors interfere with its performance?. *Investigation y Education en Enfermería*, 36(2). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/333654>
- Organização Mundial da Saúde. (2004). Guidelines for essential trauma care. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42565/9241546409_eng.pdf?sequence=1
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. (1ª Edição). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré hospitalar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Reabilitação respiratória: guia orientador de boa prática. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ouchi J., Lupo A., Alves B., Andrade R., & Fogaça M. (2018). O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Revista Saúde em Foco*, 10, p. 412-428. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf
- Paiva J., Fernandes A., Granja C., Esteves F., Ribeiro J., Nóbrega J., Vaz J., & Coutinho P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Parecer n.º 121 / 2012 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2013). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_121_2012_Avaliacao_do_enfermeiro_em_estagio_e_conducao_na_VMER.pdf
- Parecer n.º 09 / 2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2017). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaoCritica.pdf
- Parecer n.º 14/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Parecer n.º 11/CNECV/95. (1995). Parecer sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv_95?download_documento=3050&token=e2dca76d2ca0642fa6e4db9163779553
- Payen J., Bosson J., Chanques G., Mantz J., & Labarere J. (2009). Pain Assessment Is Associated with Decreased Duration of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 111 (6), 1308-1316. <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/111/6/1308/9845/Pain-Assessment-Is-Associated-with-Decreased>
- Pinho, José António. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª Edição). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.
- Pordata. (2021). Estatística sobre Portugal e Europa. <https://www.pordata.pt/>

- Portaria nº 260/214, de 15 de dezembro de 2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República, 1.^a série, n.º241. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/12/24100/0608406095.pdf>
- Queijo A., & Padilha K. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Da Escola De Enfermagem da USP*, 43,1018-1025. <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/T88JNv3WgwFwSpN5zWSrnLH/?format=pdf&lang=en>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.^a série, n.º 128. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.^a série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 190/2015 do Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, 2.^a série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento n.º 361/2015 da ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, 2.^a série, n.º 123. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Junho/Regul_361_2015.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.^a série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ribeiro M., Santos S., & Meira T. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Escola Anna Nery R Enfermagem*, 10 (1), 109 - 115. <https://www.scielo.br/j/ean/a/HNL3jgqyYH4rFx75LRDLnDD/?format=pdf&lang=pt>
- Severino, Sandy (2016). *Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Ventilação Mecânica*. Loures: Lusodidacta
- Souza M., Silva M., & Carvalho R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1), 102-106. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- Wang, Y. (2017). *Mine management system based on PDCA cycle*. In *AIP Conference Proceedings*. AIP Publishing LLC.

7. APÊNDICES

APÊNDICE I

Revisão Integrativa da Literatura: “Falhas na ativação da Equipa de
Emergência Médica Intra Hospitalar: Impacto na mortalidade dos doentes
internados”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Revisão Integrativa da Literatura

FALHAS NA ATIVAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR: IMPACTO NA MORTALIDADE DOS DOENTES INTERNADOS

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Porto, novembro de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Revisão Integrativa da Literatura

FALHAS NA ATIVAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR: IMPACTO NA MORTALIDADE DOS DOENTES INTERNADOS

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Sob orientação de: Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto, novembro de 2023

LISTA DE SIGLAS

DGS	Direção Geral da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	79
2. METODOLOGIA	81
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
4. CONCLUSÃO	87
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de identificação e seleção realizada através do PRISMA Diagram flow na base de dados EBSCO Discovery Service, centrado nos fornecedores de conteúdo: MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Academic Search Complete... 82

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de evidências com os resultados da amostra final	83
---	----

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento das doenças súbitas e das doenças crônicas que agudizam, com o crescente número de sinistros, de violência e catástrofes naturais, torna-se primordial a implementação de medidas que mantenham as funções básicas de vida. Deste modo, é importante a constituição de equipas de profissionais de enfermagem qualificadas para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica, que visem a melhoria continua da qualidade dos contextos. (OE, 2015, p. 17241).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, para implementar sistemas de qualidade que visem a melhoria, é importante que se realizem ações sobre a cultura de segurança dos doentes, nomeadamente sobre conhecimentos, informações e ações aos profissionais de saúde, colocando em evidência falhas não identificadas como fatores e perigos contribuintes para a ocorrência de incidentes (Ministério da Saúde (MS), 2015, p. 3882).

O enfermeiro, enquanto profissional habilitado, possui competência científica, técnica e humana para o exercício da enfermagem. (OE, 2018, p.19368). Deste modo, é da responsabilidade do enfermeiro, “evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2015, p.10087).

Tendo em conta estas problemáticas de saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, assume um importante papel na promoção da saúde e na conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção de qualidade em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados (OE, 2015, p. 17241) (OE, 2018, p.19368).

Os doentes que se encontram internados no hospital sofrem eventos adversos previsíveis, pois vão dando sinais de deterioração do seu estado clínico ao longo de algumas horas (Maharaj et al., 2015, p.1). Uma combinação da falência do sistema respiratório, cardiovascular e/ou neurológico, que na maioria das vezes não são identificados pelas equipas, são preditores de paragem cardiorrespiratória (PCR), admissão não planeada numa unidade de cuidados intensivos (UCI) ou até mesmo morte inesperada (Cretikos et al., 2007, p.70).

Atualmente, com a criação das equipas de emergência médica intra-hospitalar (EEMIH), as ativações em ambiente hospitalar não são exclusivamente para situações de PCR, mas também para situações de deterioração fisiológica do estado clínico do doente permitindo identificação atempada e o tratamento de emergências hospitalares, de forma a evitar as PCR e as mortes inesperadas. (Direção Geral da Saúde (DGS), 2010, p.2) (Grasner et al., 2021, p.68).

Estas equipas são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação e respondem de forma rápida e eficaz sempre que são ativadas (DGS, 2010, p.2).

Seja qual for o sistema de resposta à emergência médica, existe um ramo aferente, que consiste na monitorização e vigilância clínica do doente, na deteção precoce de sinais de deterioração clínica, no conhecimento dos critérios de ativação da EEMIH e na ativação da mesma, e um ramo eferente, que constitui a EEMIH (Moreira et al., 2018, p.4). Havendo, por parte das equipas, um reconhecimento precoce da deterioração dos doentes e um tratamento eficaz, pode prevenir a PCR, a morte e as admissões na UCI (ERC, 2021, p.23).

Face aos dados que já existem sobre a temática e face aquilo que tenho observado ao longo do estágio no Serviço de Medicina Intensiva durante as ativações da EEMIH, decidi que esta temática é pertinente para uma exploração de revisão integrativa da literatura.

No âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, lecionada no Instituto de Ciências da Saúde na Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, no ano letivo 2023/2024, foi realizada revisão integrativa da literatura, com a finalidade de promover uma prática clínica na evidência científica mais atual sobre esta temática.

Com a realização deste trabalho estabeleci como objetivo adquirir competências relativamente a elaboração de uma revisão integrativa da literatura.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos e neles estão estruturados o trabalho desenvolvido. O primeiro capítulo faz referência à introdução e o segundo capítulo aborda a metodologia onde é apresentado o *PRISMA diagrama flow* e a análise dos artigos obtidos através de uma tabela de evidências. No terceiro capítulo é feita a análise e discussão dos resultados. Por último, o quarto capítulo é referente à conclusão na qual é dada resposta à questão de investigação.

2. METODOLOGIA

A presente revisão integrativa da literatura foi realizada tendo em conta as seguintes fases: identificação do problema, elaboração da questão de investigação e dos objetivos, pesquisa em base de dados científica, análise e discussão dos resultados e síntese do conhecimento produzido e publicado. Assim formulei a seguinte questão de investigação: “As falhas na ativação da EEMIH tem impacto na mortalidade dos doentes a nível hospitalar?”. Relativamente aos objetivos estabelecidos inerentes à temática, defini: identificar as principais razões para falhas de ativação das EEMIH e identificar se as falhas de ativação da EEMIH têm impacto na mortalidade dos doentes a nível hospitalar.

A pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados *EBSCO Discovery Service*, centrado nos fornecedores de conteúdo: *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete* e *Academic Search Complete*, no dia 12 de outubro de 2023. Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes descritores DECS/MESH e palavras-chave “*hospital rapid response team*”, “*hospital mortality*” e “*activation failure*”, combinados por operador booleanos “AND” e “NOT” formando a seguinte frase booleana: “*hospital rapid response team*” AND “*hospital mortality*” AND “*activation failure*” NOT “*pediatric*” NOT “*palliative care*”.

Como critérios de inclusão foram definidos artigos com idioma em português e inglês, artigos com texto integral, artigos revistos pelos pares e artigos dos últimos 5 anos para que os dados a extrair fossem os mais atuais.

Dos 45 artigos obtidos, 31 foram excluídos após leitura do título assim como 9 foram excluídos pós leitura do resumo, uma vez que não se adequavam ao tema. Fico assim com 5 artigos para leitura integral. A amostra final é constituída por 2 artigos.

A Figura 1 representa o processo de identificação e seleção realizada através do *PRISMA Diagram flow* na base de dados supracitada.

Na tabela 1 encontram-se de forma sintetizada os dados obtidos da amostra final.

Figura 1 - Processo de identificação e seleção realizada através do *PRISMA Diagram flow* na base de dados *EBSCO Discovery Service*, centrado nos fornecedores de conteúdo: *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete* e *Academic Search Complete*

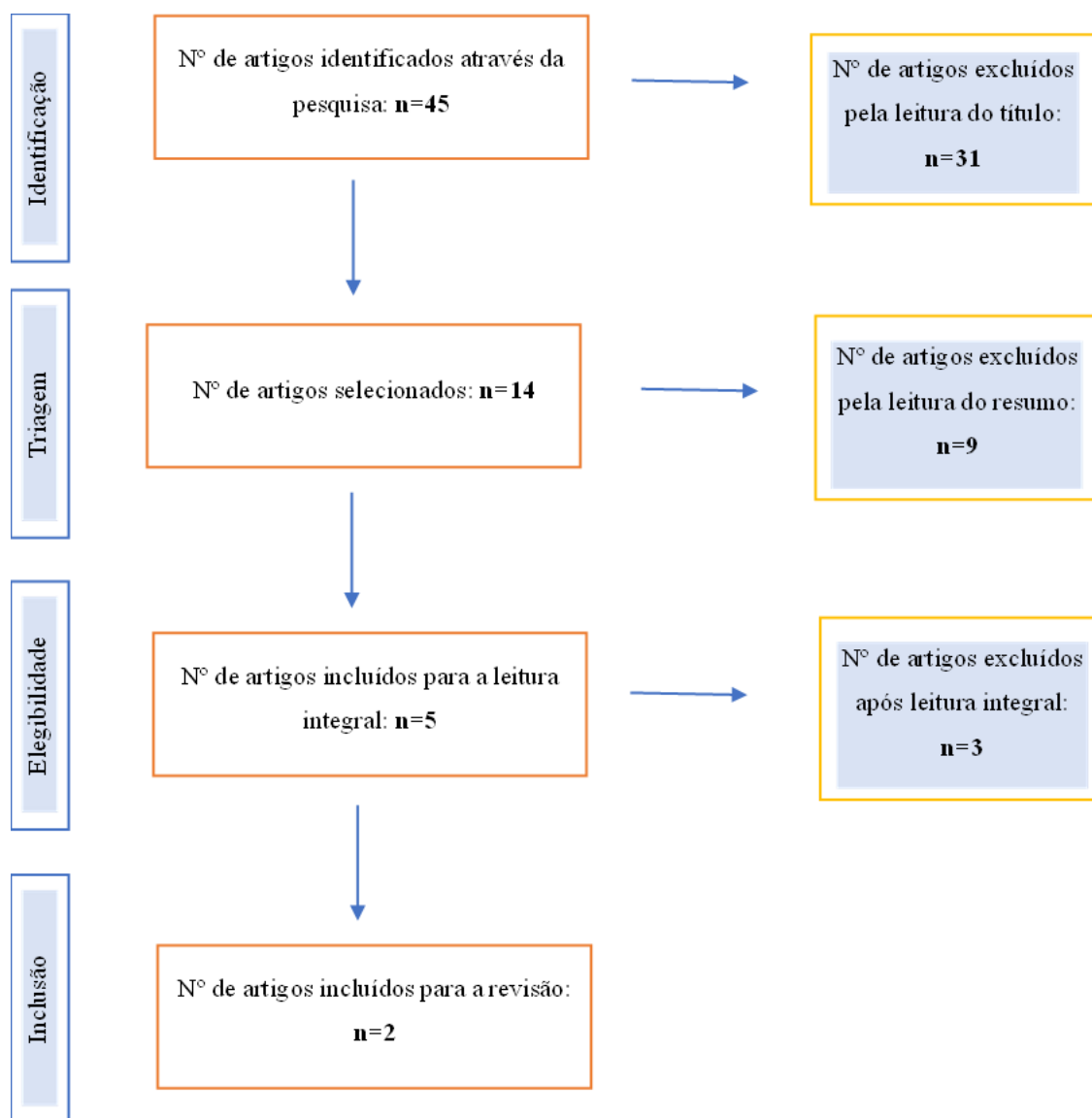


Tabela 1 – Tabela de evidências com os resultados da amostra final

Artigo 1: Systems-Based Physical Assessments: Earlier Detection of Clinical Deterioration and Reduced Mortality						
Autores	País	Ano	Objetivos	Tipo de estudo	Palavra-Chave	Principais conclusões
Hamlin, Shannan K., Fontenot, Nicole M., Steven J., Chen, Hsin-Mei	California	2023	- Descrever a importância de os enfermeiros realizarem uma avaliação física baseada em sistemas no início do turno de forma a reduzir o risco de eventos adversos; - Descrever a importância do reconhecimento e intervenção precoces na deterioração clínica dos pacientes; - Descrever o porquê de confiar apenas em sinais vitais anormais pode atrasar o reconhecimento e a intervenção precoces na deterioração clínica dos pacientes.	Estudo de coorte observacional retrospectivo	-	- A realização de uma avaliação física baseada em sistemas pelos Enfermeiros no início do turno, reduz o atraso no reconhecimento da deterioração clínica dos pacientes e por consequência há uma redução dos internamentos em UCI e uma redução significativa da mortalidade; - A detecção precoce da deterioração clínica e uma rápida ativação das equipes de resposta rápida levou a menos internamentos não planejados em UCI e diminuição da mortalidade. - Razões para os atrasos na ativação das equipes de resposta rápida são elevado número de pacientes, falta de conhecimento dos enfermeiros sobre os comportamentos basais dos pacientes e a dependência excessiva dos sinais vitais para detectar a deterioração clínica dos pacientes.

Artigo 2: Afferent limb failure revisited - A retrospective, international, multicentre, cohort study of delayed rapid response team calls						
Autores	País	Ano	Objetivos	Tipo de estudo	Palavra-Chave	Principais conclusões
Joonas Tirkkonen, Markus B. Skrifvars, Tero Tamminen, Michael J.A. Parr, Ken Hillman, Ilmar Efendijev, Anders Aneman	Australia e Finlândia	2020	- Perceber se eficiência das equipes de resposta rápida é diminuída por atrasos das (falha do membro aferente); - Investigar se as correlações com os sinais vitais observados tem associações com a mortalidade.	Estudo de coorte observacional retrospectivo	- Afferent limb failure; - Delayed activation; - Rapid response team; - Rapid response system; - Vital signs	- A grande maioria dos pacientes com PCR intra-hospitalar apresenta sinais vitais anormais à chegada das equipas de resposta rápida e que esses teriam mais probabilidade de serem internados em UCI e de morte durante o tempo de hospitalização; - Pacientes onde houve falhas no membro aferente a probabilidade de serem internados numa UCI e/ou de morte no internamento aumentou; - Falhas relativamente ao sistema respiratório foram mais associada à mortalidade hospitalar; - Razões para as falhas de ativação das equipas de resposta rápida são: ansiedade relativamente à equipa por ativações desnecessárias e dúvidas na interpretação dos sinais vitais.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dois artigos analisados são oriundos de diferentes países e ambos os estudos são de coorte observacional retrospectivo.

Os dois artigos encontrados revelam que as falhas/atrasos de ativação da EEMIH tem impacto na mortalidade dos doentes a nível hospitalar.

Segundo Hamlin et al., (2023), as razões para os atrasos na ativação das equipas de resposta rápida incluem, elevado número de doentes, falta de conhecimento dos enfermeiros sobre os comportamentos basais dos doentes e a dependência excessiva dos sinais vitais para detetar a deterioração clínica. Este estudo, refere que uma avaliação física baseada em sistemas, realizada no início do turno por um enfermeiro, auxilia no conhecimento do estado clínico e padrão habitual do doente, resultando numa redução dos atrasos no reconhecimento da deterioração clínica e na redução da mortalidade hospitalar. O estudo diz-nos ainda que, houve menos internamentos não planeados em UCI e diminuição da mortalidade aquando de uma deteção precoce da deterioração clínica e uma rápida ativação das equipas de resposta rápida.

O estudo realizado por Tirkkonen et al., (2020), comprova que em 17% dos casos houve falhas no ramo aferente e que os pacientes onde houve essas falhas tiveram maior probabilidade de serem internados numa UCI e/ou de morte no internamento. O mesmo estudo diz-nos ainda que, 63% dos pacientes apresentavam sinais vitais anormais à chegada das equipas de resposta rápida e que esses teriam mais probabilidade de serem internados em UCI e de morte durante o tempo de hospitalização em comparação com pacientes com sinais vitais normais à chegada das equipas de resposta rápida. O mesmo refere que, na grande maioria dos pacientes que tiveram PCR, houve falhas do membro aferente e os pacientes apresentavam sinais vitais anormais persistentes, sendo que as falhas relativamente ao sistema respiratório foram mais associadas à mortalidade hospitalar. Refere ainda que as razões para as falhas de ativação das equipas de resposta rápida são: ansiedade relativamente à equipa por ativações desnecessárias e dúvidas na interpretação dos sinais vitais.

Os dados encontrados nestes dois estudos mostram vários fatores que podem afetar a ativação das EEMIH, levando assim a inferir que poderá estar relacionado com o aumento da mortalidade a nível hospitalar.

A DGS reforça a importância do estabelecimento de uma componente no ramo aferente que permita a deteção precoce dos doentes com agravamento do seu estado clínico e em risco de PCR e de uma ativação de uma resposta organizada e padronizada. Estudos tem demonstrando que os critérios de ativação das EEMIH para esses doentes de risco devem ser abrangentes e alargados e que o sucesso da sua eficácia passa pela criação de um programa de formação dos profissionais e de um reforço da monitorização clínica dos doentes internados (DGS, 2010, p.3).

Segundo o European Resuscitation Council (2021), o primeiro elo da cadeia de sobrevivência é reconhecimento precoce da deterioração dos doentes e a prevenção da PCR. A prevenção da PCR intra-hospitalar implica que haja uma educação da equipa, com profissionais treinados no reconhecimento dos sinais de deterioração do doente e na resposta rápida ao doente em risco, uma monitorização regular e apropriada dos sinais vitais, um sistema claro e uniformizado para pedido de ajuda e uma resposta imediata e eficaz aos pedidos de ajuda solicitados. À junção destes 5 elos, chamamos de cadeia de prevenção da PCR. O reconhecimento precoce e o tratamento eficaz da deterioração do paciente podem prevenir a PCR, morte ou uma admissão imprevista numa UCI (p.23).

O PNSD 2021-2026, reforça a importância de promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente, de promover o envolvimento, dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, de otimizar a comunicação de informação clínica do doente dentro das instituições e a prevenção de incidentes de segurança do doente (Ministério da Saúde (MS), 2021, p. 99-102).

Deste modo, reconhecer e identificar os sinais e sintomas que antecipam a deterioração do doente, de forma a evitar a possível evolução para PCR e a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, torna-se um desafio para as equipas dos diferentes serviços a nível hospitalar. A existência de EEMIH tornam-se essenciais na colaboração e suporte para uma intervenção adequada. A par disto, é de extrema importância que os profissionais de saúde de cada instituição estejam familiarizados com os critérios de ativação da EEMIH, pois a existência de níveis de conhecimento deficitários e a persistência de falhas, resultam em atrasos na ativação destas equipas e consequentemente aumenta a mortalidade a nível hospitalar (Barbosa et al., 2016, p.421).

4. CONCLUSÃO

Os enfermeiros, devido ao contacto que têm com os doentes durante a prestação de cuidados, tornam-se elementos fundamentais na implementação de práticas que promovam a diminuição de falhas e aumento da qualidade dos cuidados prestados.

A presente revisão da literatura teve como objetivos identificar as principais razões que levam a falhas de ativação das EEMIH e identificar se as falhas de ativação da EEMIH tem impacto na mortalidade dos doentes a nível hospitalar.

Foram identificadas diversas falhas/atrasos na ativação das EEMIH que influenciam a prestação de cuidados de qualidade e a mortalidade dos doentes a nível hospitalar, sendo que é de extrema importância a implementação de sistemas de melhoria que promovam a redução destas falhas e, deste modo, melhorar a o *outcome* e segurança do doente.

O papel do enfermeiro passa pelo cumprimento de todos os elos cadeia de prevenção da PCR, prevenindo assim, erros e falhas na ativação das EEMIH levando à redução de admissões em UCI, PCR e mortes inesperadas.

Em jeito de conclusão, é fundamental que os hospitais implementem políticas de reforço das equipas hospitalares, façam formação das mesmas e criem infraestruturas adequadas que permitam a monitorização de doentes, promovendo assim a prestação de cuidados seguros.

As limitações encontradas nesta revisão integrativa foi o facto de a mostra final de artigos ser reduzida e de não existirem estudo realizados em Portugal de forma a comparar com a realizada observada.

Sugere-se a realização de estudos a nível nacional e regiões autónomas sobre este tema de forma a adequar o tema à realidade portuguesa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa V., Gomes E., Vaz S., Azevedo G., Fernandes G., Ferreira A., & Araújo R. (2016). Falha na ativação da equipe de emergência intra-hospitalar: causas e consequências. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 28(4),420-426. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/CgMNbrdpHYkxWMNx3J4D9gb/?format=pdf&lang=pt>
- Cretikos, M., Chen, J., Hillman, K., Bellomo, R., Finfer S., & Flabouris, A. The objective medical emergency team activation criteria: a case-control study. (2007). *Resuscitation*, 73(1),62-72. [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(06\)00564-8/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(06)00564-8/fulltext)
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República, 2.ª série, nº187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Despacho n.1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República, 2.ª série, n.º 28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Direção Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). <https://www.dgs.pt/?ci=594&ur=1&newsletter=262>
- European Resuscitation Council. (2021). Recognition of the deteriorating Patient and prevention of cardiorespiratory arrest. Advanced Life Support. https://lms.resus.org.uk/modules/m65-non-technical-skills/resources/chapter_3.pdf
- Grasner, J., Herlitz J., Tjelmeland I., Wnent J., Masterson S., Lilja G., Bein B., Bottiger B., Rosell-Ortiz F., Nolan J., Bossaert L., & Perkins G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *European Resuscitation Council. Published by Elsevier*, 161, 61-79. [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00060-5/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00060-5/fulltext)
- Hamlin S., Fontenot N., Hooker S., & Chen H. (2023). Systems-based physical assessments: earlier detection of clinical deterioration and reduced mortality. *American journal of critical care*, 32(5), 329-337. <https://research.ebsco.com/c/1jojij/viewer/html/qlp7qnrnr?auth-callid=7ece6a0d-a6b7-91a5-ab49-8e186ddebd e9>
- Maharaj, R., Ivan, R., & Julia W. (2015). Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Critical care*, 19(254),1-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4489005/>

- Moreira A., Ramos R., Ligório A., Junqueira K., & Corrêa K. (2018). Rapid response team: what factors interfere with its performance?. *Investigation y Education en Enfermería*, 36(2), 1-3. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/333654>
- Regulamento n.º 361/2015 da ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2.^a série, n.º 123. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Junho/Regul_361_2015.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.^a série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 190/2015 do Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, 2.^a série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Tirkkonen J., Skrifvars M., Tamminen T., Parr M., Hillman K., Efendijev I., & Aneman A. (2020). Afferent limb failure revisited – A retrospective, international, multicentre, cohort study of delayed rapid response team calls. *European Resuscitation Council. Published by Elsevier*, 150, 6-14. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957220304317>

APÊNDICE II

Contributo para a melhoria na prestação de cuidados:
Criação do “Lixo Confidencial”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

CONTRIBUTO PARA A MELHORIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: CRIAÇÃO DO “LIXO CONFIDENCIAL”

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Porto, novembro de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

CONTRIBUTO PARA A MELHORIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: CRIAÇÃO DO “LIXO CONFIDENCIAL”

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Sob orientação de: Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto, novembro de 2023

LISTA DE SIGLAS

SMI	Serviço de Medicina Intensiva
UC	Unidade Curricular

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	101
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA CONTINUA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: CRIAÇÃO DO “LIXO CONFIDENCIAL”	103
2.1. A Confidencialidade Dos Dados: Tratamento Da Informação Em Saúde ...	103
2.2. Proposta De Intervenção.....	104
3. CONCLUSÃO	107
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proposta de ponto de recolha para o “Lixo Confidencial”

1. INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório do 16º curso de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Ao longo do estágio, com o desenvolver das competências especializadas, deparei-me com oportunidades de melhoria na prestação de cuidados, pelo que achei pertinente a realização deste documento de forma que os profissionais do serviço possam prestar cuidados com mais qualidade aos doentes internados no âmbito da confidencialidade dos dados.

A situação de doença gera na pessoa que está doente, sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controle sobre si mesmo, pois reconhecem que a sua identidade, intimidade, privacidade e confidencialidade está a ser ameaçada a todo o momento. (Pupulim&Sawada, 20002, p.434).

Deste modo, deve haver uma preocupação por parte das organizações de saúde e dos profissionais de saúde relativa à confidencialidade dos dados e à sua proteção na prestação de cuidados, sobretudo por ser considerado um direito individual de cada pessoa, pois lidam diariamente com grandes quantidades de dados e informação.

O Regulamento n.º 140/2019 (2019) refere que o enfermeiro especialista assume, entre outras competências comuns, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, garantindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colaborando na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participando na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional (p.4745).

Deste modo cabe-me a mim, enquanto futura Enfermeira Especialista, produzir e implementar estratégias que colmatem as falhas na segurança desses mesmos dados, pelo que proponho a proposta de melhoria ao SMI.

No que diz respeito à estruturação do documento, o mesmo segue uma metodologia descritiva. O primeiro capítulo faz referência à introdução e no segundo capítulo abordo a confidencialidade dos dados em saúde e a proposta de melhoria para o serviço. No terceiro capítulo apresenta-se a conclusão e no quarto, as referências bibliográficas. Como

norma de referência bibliográfica utilizei a American Psychological Association (7ª edição), bem como a norma de formatação gráfica proposta pela UC.

2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA CONTINUA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: CRIAÇÃO DO “LIXO CONFIDENCIAL”

A melhoria contínua da qualidade em saúde é um sistema organizado para melhorar os procedimentos, os resultados e o serviço das organizações de saúde de forma continua e consistente. O programa de melhoria contínua da qualidade assenta em processos dinâmicos e fundamentais, inerentes ao exercício profissional de enfermagem, que não se focam nos resultados dos cuidados de enfermagem. Orientam-se pelas necessidades dos utentes, pelo rigor dos procedimentos e conhecimentos adequados a cada contexto, permitindo assim o desenvolvimento das organizações e dos profissionais (Vilar, 2009, p.140). As organizações de saúde devem atender aos recursos, estruturas e ambientes essenciais para garantir a qualidade e o desenvolvimento de enfermagem.

Na gestão pela qualidade, está envolvido o ciclo PDCA. O ciclo encontra-se dividido em quatro fases intimamente interligadas, de modo circular e em constante execução: planejar (*Planning*); fazer (*Doing*), verificar (*Checking*) e ajustar (*Adjusting*). (Wang, 2017, p. 40047). Considerado um método importante, que coadjuvado de outras técnicas, quando aplicado aos cuidados, possibilita o planeamento e execução das práticas em constante controlo e avaliação, cimentando a melhoria contínua da qualidade e segurança dos serviços prestados aos utilizadores das organizações de saúde.

A proposta de intervenção abaixo apresentada baseia-se no Ciclo PDCA estando apenas ilustrado neste documento a primeira parte do ciclo, o planeamento (*Planning*), esperando que, futuramente, a equipa do SMI dê seguimento às fases seguintes.

2.1. A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Primeiramente, importa esclarecer que, embora sejam dois conceitos diferentes, a privacidade e a confidencialidade, podem ser facilmente confundíveis. A privacidade visa a proteção da esfera íntima da pessoa, ou seja, é o controlo que o individuo tem sobre a sua informação, enquanto a confidencialidade destina-se proteger os dados da mesma contra acessos indevidos, ou seja, são aspetos que vão para além da esfera mais íntima e do controlo da pessoa (Faria&Cordeiro, 2014, p.125) (Cordeiro, 2016, p.303)

A Convenção nº 108 do Conselho da Europa para a Proteção das Pessoas (2018), considera o dado pessoal como “qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou suscetível de identificação” (p.3).

Os dados e toda a informação relativa à saúde da pessoa, são considerados algo muito íntimo, devendo existir mecanismos que garantam a sua proteção (Faria&Cordeiro, 2014, p.127).

Segundo a Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto (2021),

A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei (p.1).

A mesma Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto (2021) diz-nos que,

Os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à proteção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais (p.1)

A violação do sigilo profissional continua a ser um dos principais problemas encontrados na prática clínica diária. Deste modo, é importante que os profissionais de saúde sejam consciencializados sobre medidas de segurança à proteção da confidencialidade dos dados, através de formação especializada acerca da importância e do dever do sigilo profissional (Aroca et al., 2016, p.11).

2.2. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nas unidades de saúde, cada vez mais, é utilizada a tecnologia como forma de armazenar os dados e informação dos doentes.

No SMI, já se assiste à transição do papel para o formato digital, mas ainda existe muita informação clínica sobre os doentes em formato de papel, como por exemplo resultados de análises e exames, folhas de passagem de turno, folhas de terapêutica, etc. Tudo isto são dados e informação confidencial do doente que estão a ser triados diretamente para um ponto de recolha com saco azul para posterior reciclagem.

A meu ver, e de forma a proteger o doente, no que se refere à confidencialidade dos dados, toda a informação que existe em formato de papel deveria ser colocada em pontos

de recolha identificados (Ver figura 1), deveria ser tratada de forma a os dados não serem identificados (triturar), atribuir responsabilidade à assistente técnica do SMI para tratamento dos dados e só depois colocada no ponto de recolha com saco azul para reciclagem. Esta proposta tem como objetivo principal a não consulta dos dados e informações dos doentes por quem procede ao tratamento dos resíduos.



Figura 1 – Proposta de ponto de recolha para o “Lixo Confidencial”

Posto isto, aquando da implementação desta proposta, proponho a realização de uma breve explicação sobre o tema da confidencialidade dos dados e da importância sigilo profissional, de forma a sensibilizar a equipa para a temática e posterior cumprimento desta triagem de papel confidencial.

3. CONCLUSÃO

Ao longo do estágio no SMI, na aquisição de competências enquanto enfermeira especialista, consegui fazer um diagnóstico e identificação de um problema, através da reflexão sobre o que poderia ser motivo de alteração, de forma que os cuidados prestados à pessoa sejam realizados com mais qualidade.

A proposta foi bem aceite, tanto para os tutores como para a enfermeira gestora, após explicada a importância da mesma. O resultado desta proposta não dá para ser avaliado no imediato, uma vez que é apenas o primeiro ponto do ciclo PDCA como já referi anteriormente.

Considerando os objetivos que me propus a realizar neste estágio ao nível da melhoria continua da qualidade, consegui atingir os mesmos com sucesso tendo em conta as políticas da qualidade em saúde.

Deste modo, a implementação desta proposta, vai reduzir os sentimentos de insegurança dos doentes relativamente à confidencialidade dos seus dados e diminuir as falhas na segurança desses mesmos dados pois passam a ter um tratamento diferente.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aroca, C., Lopez, E., Chao, E., Barquero, M., & Villanueva, M. (2016). Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals?. *BMC Medical Ethics*, 17(52), 1-12. <https://bmcmmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0136-y>
- Convenção 108, de 18 de maio de 2018 do Council of Europe. (2018). Convenção para a proteção das pessoas relativamente ao tratamento de dados de carácter pessoal. <https://rm.coe.int/cm-convention-108-portuguese-version-2756-1476-7367-1/1680aa72a2>
- Cordeiro, J. (2016). A quebra do dever de sigilo por imposição do tribunal depois de ouvida a ordem dos advogados. *Revista da Ordem dos Advogados*, 1-40. <https://portal.oa.pt/media/130298/valente-cordeiro-revista-da-ordem-dos-advogados-2016-13.pdf>
- Faria, P., & Cordeiro, J. (2014). Health data privacy and confidentiality rights: Crisis or redemption?. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(2), 123-133. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-health-data-privacy-confidentiality-rights-S0870902514000352>
- Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto de 2016 da Assembleia da República. (2016). Diário da República, 2.ª série, n.º 160. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2016/08/16000/0277702788.pdf>
- Puplim, J., & Sawada, N. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-am Enfermagem*, 10(3), 433-438. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RRn7mD9ShvjnmTpzqbcxfrB/>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Wang, Y. (2017). *Mine management system based on PDCA cycle*. In *AIP Conference Proceedings*. AIP Publishing LLC.

APÊNDICE III

Contextualização Teórica:

“Papel do enfermeiro na comunicação de más notícias no contexto do
pré-hospitalar”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Contextualização Teórica

PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Porto, dezembro de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Contextualização Teórica

PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS NO CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Sob orientação de: Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2023

LISTA DE SIGLAS

ICN	<i>International Council of Nurses</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
UC	Unidade Curricular

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	121
2. PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR	123
3. CONCLUSÃO	129
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) (2019), a comunicação é definida como um comportamento interativo de “...dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”, devendo ser utilizada pelos profissionais de saúde para ajudar no período de transição de doença ao doente e à família/cuidador. (para.1).

Uma comunicação efetiva traz vantagens para o doente e família, como a construção de uma relação terapêutica fundamentada na confiança, satisfação e melhores resultados (Emaliyawati et al., 2020, p.66). O desenvolvimento de competências na área da comunicação por parte dos enfermeiros, é essencial pois permite ajudar a pessoa e família a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua saúde (Campos, 2017, p.91).

O enfermeiro, no exercício da sua profissão, estabelece relações terapêuticas com a pessoa e família/cuidador, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012, p.19).

O alvo dos cuidados dos enfermeiros que exercem na área da emergência é a pessoa em situação crítica. A pessoa que se encontra em situação crítica, “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais tendo o dever de informar a pessoa e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

A pessoa e a família, que se encontram em situação crítica, encontram-se fragilizadas e com necessidade de se adaptar à transição situacional de saúde/doença. Muitas vezes, a pessoa em situação crítica, por diversas razões, encontra-se incapaz de comunicar e é a sua família que assume a tomada de decisão, particularmente em cuidados complexos e no processo de morrer (Momennasab et al., 2019, p.4).

A comunicação de más notícias significa a comunicação de “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro” (Larkin & Searight, 2014, p.2163). A forma como a informação é transmitida ao doente e à sua família/cuidador tem mais impacto do que o próprio conteúdo, sendo que existem protocolos que devem ser tidos em conta na preparação da comunicação (Vogel, et al., 2019, p. 315). “A relação entre famílias e profissionais pode intensificar ou minimizar o

sofrimento durante a comunicação, que é influenciada por experiências, crenças e expectativas anteriores sobre o presente e o futuro”. Cabe aos profissionais compreender as diferenças e complexidades dos doentes e família, implementando estratégias que facilitem o desenvolvimento dessas relações. (Cintra et al., 2022, p.3)

Segundo o United Medical Education (2021), a prestação de cuidados no pré-hospitalar envolve intervenções que influenciam a redução das taxas de morbidade e mortalidade, cumprindo com os protocolos estabelecidos, visando sempre o melhor prognóstico para os doentes (p.22) As características do cenário, como o tipo de acidente, gravidade, número de pessoas envolvidas e idade das vítimas, influenciam a interação entre o profissional e a família e, neste contexto, os profissionais tem de saber comunicar a má notícia. (Cintra et al., 2022, p.2).

Deste modo, a pessoa e família, que vivenciam situações súbitas de declínio do estado de saúde, encontram-se mais vulneráveis e estão sob elevados níveis de medo, stress e ansiedade, havendo probabilidade de virem a receber uma má notícia. Os enfermeiros, devido à proximidade com a pessoa e família, tem competências para o fazer de forma a minimizar o sofrimento durante a comunicação.

A realização deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório do 16º curso de mestrado em enfermagem e especialidade em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Face ao exposto emerge-se a importância da temática, por forma a sensibilizar os enfermeiros para a importância do seu papel da comunicação das más notícias no pré-hospitalar, divulgar as principais estratégias e barreiras e incentivar a utilização de protocolos que auxiliam na comunicação de más notícias.

2. PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS NO CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR

Segundo o Artigo 2.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro (2005), “a informação de saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar” (p.1). “O cliente tem pleno direito a conhecer previamente tudo o que caia no âmbito do seu processo de tratamento e reabilitação, independentemente do mesmo ser da responsabilidade médica, de enfermagem ou outro” (p.2).

Deste modo, o enfermeiro, segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (2005), tem o dever de:

- “informar a pessoa e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p.112);
- “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” (p.112);
- “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (p.154).

O Parecer do Conselho Jurisdicional 92/2009 da OE, afirma que é o enfermeiro quem melhor está habilitado para conhecer as necessidades de cada cliente no que respeita ao seu conhecimento sobre a sua real situação de saúde, a sua capacidade de gerir essa informação e a forma como a mesma lhe poderá ser útil no decurso do seu processo de reabilitação (p.2).

Assim, os enfermeiros ao estarem em contacto continuo com o doente na prestação de cuidados são, muitas vezes, os transmissores da má notícia, devendo esta situação ser feita com seriedade, expondo e explicando a informação tantas vezes quantas as necessárias para que possa ser percebida, assimilada e aceite (Allen&Brock, 2000, p.222).

A má notícia pode abranger um diagnóstico severo, uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último recurso, a má notícia é sempre relacionada à existência de um diagnóstico fatal ou à morte de uma pessoa (Elizari et al., 2007, p.461). Assim sendo, é imperativo perceber o que o doente

ou a família sabe, o que quer saber, o que está em condições de saber e a sua vontade deve ser sempre respeitada (Gómez, 2006, p.221).

Uma comunicação indiferente irá proporcionar ao doente e família um elevado grau de ansiedade, insegurança e desilusão face a alguém de quem espera apoio, gerando um problema difícil de ultrapassar para o estabelecimento da relação de ajuda no futuro (Jesus, 2009, p.24).

A forma como se comunica uma má notícia ao doente e família, influencia de uma forma muito importante a maneira como os mesmos vão reagir, sendo por isso importante que profissionais considerem os seguintes fatores (Araújo&Leitão, 2011, p.60):

Estratégias para comunicação de más notícias	
<u>Dimensão Verbal</u>	▪ Tom de voz suave e baixo; ▪ Linguagem simples, objetiva e não punitiva; ▪ Demonstrar disponibilidade, confiança, respeito e esperança; ▪ Comunicar informação de forma faseada, sem interromper o doente ou família; ▪ Não estabelecer limites temporais no momento de comunicar; ▪ Avaliar, seleccionar e sintetizar a informação a transmitir; ▪ Incentivar a participar e a decidir na situação; ▪ Incentivar a verbalização de sentimentos e emoções; ▪ Comunicar eficazmente com os elementos da equipa; (Nuñez et al., 2006, p.581-582) (Silva, 2012, p.51-53)
<u>Dimensão Não-Verbal</u>	▪ Escolher do local adequado; ▪ Remover obstáculos físicos; ▪ Incentivar a presença da família e respeitar as distâncias;

	▪ Estabelecer e manter contacto visual; ▪ Manter a posição corporal na direção do doente e família; ▪ Permitir o toque; ▪ Expressão facial positiva e de encorajamento; (Silva, 2012, p.51-53) (Araújo&Leitão, 2011, p.59-60)
--	--

O sofrimento que a comunicação de uma má notícia provoca, pode ser diminuído se o profissional de saúde mostrar compreensão pelos sentimentos do doente, se tiver tempo para responder às suas dúvidas, garantindo ao doente e família um apoio contínuo, mesmo quando a cura não seja possível (Araújo&Leitão, 2011, p.60).

Reconhecer as barreiras mais comuns de uma comunicação interpessoal auxilia no momento de comunicação de uma má notícia. Segue abaixo algumas dessas barreiras de comunicação interpessoal:

Barreiras na comunicação de más notícias	
<u>Barreiras Da Comunicação</u> <u>Interpessoal</u>	▪ Excesso de estímulos (auditivos, visuais, etc.); ▪ Falta de tempo, espaço e privacidade; ▪ Falta de formação e conhecimentos sobre a transmissão de más notícias e sobre a situação; ▪ Não saber responder a questões ou falta de honestidade na resposta a questões; ▪ Informação insuficiente para transmitir; ▪ Agressão verbal ou física por parte do doente e família; ▪ Diferenças culturais; ▪ Comprometimento cognitivo do doente ou família; ▪ Utilização de linguagem desadequada; (Silva, 2012, p.51-53) (Warnock, 2010, p.5-7)

A procura pela prestação de cuidados com qualidade, passa também por identificar as dificuldades que os enfermeiros sentem na sua atividade profissional.

Segundo o Artigo 88.º do Código Deontológico dos Enfermeiros (2005), estes têm o dever de “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (p.135). Os enfermeiros ao reconhecer as barreiras que tem na comunicação das más notícias, auxilia para que as mudanças aconteçam e se valorize a comunicação como ferramenta essencial na relação terapêutica.

O protocolo SPIKES (*Setting Up the Interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy and Summary*), composto por seis passos, dá-nos estratégias para uma comunicação eficaz (Araújo&Leitão, 2011, p.60-61).

A primeira letra do protocolo, a letra “S”, significa “Setting up”. O processo começa na preparação do espaço e da seleção de quem está mais bem posicionado para desenvolver a comunicação com a pessoa e/ou família. A segunda letra do protocolo, a letra “P”, significa “Perception”. Nesta fase o enfermeiro já está com a pessoa ou família para comunicar e deve começar por perceber o que a pessoa sente e o que lhe foi dito. A terceira letra do protocolo, a letra “I”, significa “Invitation”. Após perceber o que a pessoa sabe e sente, deve começar por escutar o que ela necessita de ouvir e partilhar. A etapa seguinte do protocolo é o “K” de “Knowledge”. É nesta etapa que se percebe os conhecimentos e aprendizagem relacionados com os desafios que o enfermeiro tem ao comunicar. Segue-se a etapa “E” de “Emotions”. A pessoa já tem a informação e, portanto, já sabe o que se espera dela, podendo agora expressar melhor o que sente em relação aos processos que acabou de aprender, apreender e refletir. A última etapa do protocolo é o “S” de “Strategy and Summary”. É o momento de sintetizar o que foi falado e de planear estratégias, definir objetivos concretizáveis para aumentar a confiança (Melo, 2022, p.33-35).

Aprender a comunicar más notícias não é imediato e sua complexidade exige que o profissional de saúde desenvolva habilidades específicas (Bonamigo&Destefani, 2009, p.737).

Os contextos de urgência e emergência, são locais causadores de stress, de frustração, de impotência e receios face à condição clínica e imprevisibilidade do prognóstico da pessoa, e a pessoa e família que se encontra nesta situação, podem experienciar sentimentos de medo, raiva, angústia e solidão, pois muitas vezes a pessoa pode estar incapaz de comunicar e a família sente dificuldade em compreender a informação transmitida pela equipa multidisciplinar (Momenasab et al., 2019, p.4).

Deste modo, a comunicação é um fator crucial na qualidade dos cuidados, pois a principal necessidade da pessoa e família é a informação (Pinho, 2020, p.34). O enfermeiro com conhecimentos científicos e competência na arte do cuidar deve ser um elemento diferenciado na comunicação (Pina, 2020, p.41).

Segundo a OE (2017),

A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir, à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada (p.1).

Em contextos de maior complexidade como o do pré-hospitalar, o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados, sendo que o mesmo possui competências que lhe permite prestar cuidados de forma autónoma e independente, integrando a equipa de intervenção de emergência (OE, 2017, p.1). O enfermeiro do pré-hospitalar tem o dever de “garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento” (OE, 2017, p.2).

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018), o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, é detentor de competências aprofundadas em técnicas de comunicação perante a pessoa e família/cuidador em situação crítica, é detentor de conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação que auxiliam na diminuição das barreiras de comunicação e tem a capacidade de as adaptar face às circunstâncias e às situações de alta complexidade com que se depara. É ainda, competente na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e sua família/cuidador, assistindo-as nas perturbações decorrentes da situação crítica de transição saúde/doença e/ou falência orgânica (p. 19363).

Neste sentido, a necessidade de competências de comunicação especializada é transversal à área da enfermagem, adquirindo especial importância quando se trata de más notícias, de modo a minimizar as dificuldades e barreiras sentidas pelos profissionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

3. CONCLUSÃO

O enfermeiro é o elemento ativo na comunicação de informações ao doente e/ou família, sendo a habilidade de comunicação a competência necessária a ser adquirida na formação desse profissional (Fontes et al., 2017, p.1151).

Neste processo de comunicação de más notícias, os enfermeiros deparam-se com limitações, sendo que é de extrema importância arranjar estratégias para que as mesmas sejam colmatadas de forma a reduzir os sentimentos negativos da pessoa e/ou família.

O objetivo deste trabalho foi explorar o papel do enfermeiro especialista na comunicação de más notícias à pessoa e família em situação crítica no contexto do pré-hospitalar e descrever as estratégias e as limitações que os enfermeiros tem para comunicar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen S., & Brock R. (2000). Health Care Communication Using Personality Type: Patients are Different. *Blackwell Science*, 5, 182-183. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060143/pdf/HEX-5-182.pdf>
- Araújo J., & Leitão E. (2011). A Comunicação de Más Notícias: Mentira Piedosa ou Sinceridade Cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11 (2), 58-62. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8943/6836>
- Bonamigo E., & Destefani A. (2010). A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética*, 18(3), 725 - 742. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bi_oetica/article/view/596/602
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Cintra D., Dias P., & Cunha M. (2022). Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. *Revista baiana de Enfermagem*, 36, 1-11. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermag em/article/view/44267/26224>
- Elizari, F. (2007). *10 palabras clave ante el final de la vida*. (3ª Edição). Verbo Divino ISBN: 978-84-8169-712-4. <https://verbodivino.es/libro/2045/10-palabras-clave-ante-el-final-de-la-vida>
- Emaliyawati, E., Widiasih, R., Sutini, T., Ermianti, E., & Rahayu, U. (2020). Nurses' reflections on challenges and barriers of communication in the Intensive Care Unit: A phenomenology study. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8, 65-73. https://www.researchgate.net/publication/340612834_Nurses'_Reflections_on_Challenges_and_Barriers_of_Communication_in_the_Intensive_Care_Unit_A_Phenomenology_Study
- Fontes C., Menezes D., Borgato M., & Luiz M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 148-1154. <https://www.scielo.br/j/reben/a/RXphfYkZZNcX5sgKZ8kSyPD/?lang=pt>
- Gómez, M. (2006). *Cómo dar malas noticias en medicina*. Editorial El Manual Moderno S.A. https://www.reddepadressolidarios.com/img/1rps_1626261381_a.pdf
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

- Larkin C., & Searigh H. (2014). A Systematic Review of Cultural Preferences for Receiving Medical “Bad News” in the United States. *Health*, 6, 2162-2173. https://www.scirp.org/pdf/Health_2014091210314055.pdf
- Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro de 2005 da Assembleia da República. (2005). Diário da República, 1.ª série, n.º18. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/01/018a00/06060611.pdf>
- Melo, P. (2022). *Dinâmicas familiares: Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem*. (3ª edição). Copyright
- Momennasab M., Ardakani M., Rad F., Dokoochaki R., Dakhesh R., & Jaberi A. (2019). Quality of Nurses’ Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. *Investigación y Educació en Enfermería*, 37(2), 1-12. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/338884/20793888>
- Núñez S., Marco T., Burillo-Putze G., & Ojeda J. (2006). Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgências. *Med Clin (Barc.)*, 127(15), 580-583. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/vi-escuela-verano/comunicar-malas-noticias-ugencias.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. (1ª Edição). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. (1ª Edição). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Pina, S. F. de M. (2020). *Comunicar com a pessoa em situação crítica e família: uma competência especializada*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/3291>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª edição). Lidel.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Silva M. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf
- Tabuenca T. (2009). El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario. *Prehospital emergency care*, 2 (1), 165-169. <https://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola--44-articulo-el-arte-comunicar-malas-noticias-13138798>
- United Medical Education. (2021). Pediatric Advanced Life Support. *PALS Algorithms*. <https://www.acls-pals-bls.com/algorithms/pals/>
- Vogel K., Silva J., Ferreira L., & Machado L. (2019). Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. *Revista brasileira de educação médica*, 43 (1), 314-332. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/pCSW5SbwjD4MSCSpnG4WB9K/?format=pdf&lang=pt>
- Warnock C., Tod A., Foster J., & Soreny C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543-1555. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x>

APÊNDICE IV

Apresentação em formato Power Point sobre o
“Papel do enfermeiro na comunicação de más notícias no contexto do
pré-hospitalar”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO



Papel do Enfermeiro na comunicação de más notícias no contexto do pré-hospitalar

UC: Estágio Final e Relatório

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Sob orientação de: Profª Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro 2023

Objetivos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância do seu papel na comunicação de más notícias no pré-hospitalar;

Objetivos Específicos:

- Incentivar a utilização de estratégias na comunicação de más notícias;
- Conhecer as barreiras que os enfermeiros enfrentam na comunicação de más notícias;
- Incentivar a utilização de protocolos que orientem a comunicação de más notícias.



Sumário

- A comunicação e a comunicação em enfermagem- papel do enfermeiro;
- A pessoa em situação crítica;
- Comunicação de más notícias;
- Imperativos éticos e legais;
- Deveres dos enfermeiros;
- Barreiras e estratégias na comunicação de más notícias;
- Protocolo SPIKES;
- O contexto do pré-hospitalar;
- O papel do enfermeiro especialista;



A comunicação



A comunicação

De acordo com o **International Council of Nurses (ICN) (2019)**, a comunicação é definida como um comportamento interativo de “...dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”,
(para.1).

Verbal

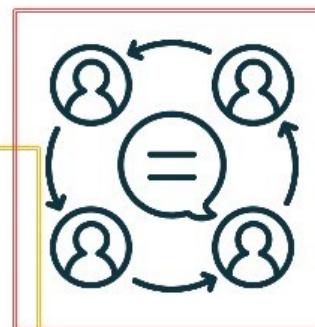
Não Verbal



A comunicação

O Enfermeiro

(...) no exercício da sua profissão, estabelece relações terapêuticas com a pessoa e família/cuidador, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais (**Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.19**).



Uma comunicação efetiva traz vantagens para o doente e família, como a construção de uma relação terapêutica fundamentada na confiança, satisfação e melhores resultados (**Emaliyawati et al., 2020, p.66**).



A pessoa em situação crítica

A pessoa em situação crítica



“é 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” (**OE, 2018, p.19362**).



A comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias

(...) significa a comunicação de “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro” (Larkin & Searight, 2014, p.2163).



A comunicação de más notícias

A má notícia

(...) pode abranger um diagnóstico severo, uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último recurso, a má notícia é sempre relacionada à existência de um diagnóstico fatal ou à morte de uma pessoa (Elizari et al., 2007, p.461).



Assim sendo, é imperativo perceber o que o doente ou a família sabe, o que quer saber, o que está em condições de saber e a sua vontade deve ser sempre respeitada (Gómez, 2006, p.221).



Imperativos Éticos e Legais

Segundo o Artigo 2.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro (2005):



“a **informação de saúde** abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar” (p.1).

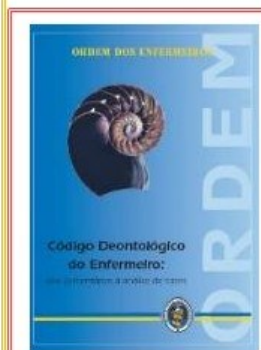
“O cliente tem pleno direito a conhecer previamente tudo o que caia no âmbito do seu processo de tratamento e reabilitação, independentemente do mesmo ser da responsabilidade médica, de enfermagem ou outro” (p.2).



Deveres do Enfermeiro

O enfermeiro, segundo o **Código Deontológico dos Enfermeiros (2005)**,
tem o dever:

- “informar a pessoa e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p.112);
- “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” (p.112);
- “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (p.154);
- “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (p.135).



Assim...

Segundo o Parecer do Conselho Jurisdicional 92/2009 da OE:

É o Enfermeiro

“(...) quem melhor está habilitado para conhecer as necessidades de cada cliente no que respeita ao seu conhecimento sobre a sua real situação de saúde, a sua capacidade de gerir essa informação e a forma como a mesma lhe poderá ser útil no decurso do seu processo de reabilitação” (p.2).



Estratégias de comunicação de más notícias

A forma como se comunica uma má notícia ao doente e família, influencia de uma forma muito importante a maneira como os mesmos vão reagir (Araújo&Leitão, 2011, p.60).

Dimensão Verbal

Dimensão Não-Verbal



Estratégias

Dimensão Verbal



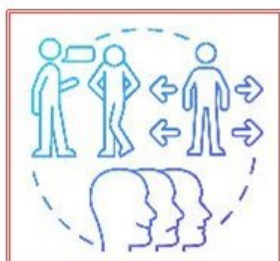
- Tom de voz suave e baixo;
- Linguagem simples, objetiva e não punitiva;
- Demonstrar disponibilidade, confiança, respeito e esperança;
- Comunicar informação de forma faseada e sem interrupção;
- Não estabelecer limites temporais no momento de comunicar;
- Avaliar, selecionar e sintetizar a informação a transmitir;
- Incentivar a participar e a decidir na situação;
- Incentivar a verbalização de sentimentos e emoções;
- Comunicar eficazmente com os elementos da equipa;

(Nuñez et al., 2006, p.581-582) (Silva, 2012, p.51-53)



Estratégias

Dimensão Não-Verbal



- Escolher do local adequado;
- Remover obstáculos físicos;
- Incentivar a presença da família e respeitar as distâncias;
- Estabelecer e manter contacto visual;
- Manter a posição corporal na direção do doente e família;
- Permitir o toque;
- Expressão facial positiva e de encorajamento;

(Silva, 2012, p.51-53) (Araújo&Leitão, 2011, p.59-60)



Barreiras na comunicação de más notícias

Reconhecer as barreiras mais comuns de uma comunicação interpessoal adequada auxilia no momento de comunicação de uma má notícia.

Barreiras da comunicação interpessoal



- Excesso de estímulos (auditivos, visuais, etc.);
- Falta de tempo, espaço e privacidade;
- Falta de formação e conhecimentos sobre a transmissão de más notícias e sobre a situação;
- Não saber responder a questões ou falta de honestidade na resposta a questões;

(Silva, 2012, p.51-53) (Warnock, 2010, p.5-7)



Barreiras na comunicação de más notícias

Barreiras da comunicação interpessoal

- Informação insuficiente para transmitir;
- Agressão verbal ou física por parte do doente e família;
- Diferenças culturais;
- Comprometimento cognitivo do doente ou família;
- Utilização de linguagem desadequada;

(Silva, 2012, p.51-53) (Warnock, 2010, p.5-7)

A procura pela prestação de cuidados com qualidade, passa também por identificar as dificuldades que os enfermeiros sentem na sua atividade profissional.



Protocolo SPIKES

O protocolo SPIKES (Setting Up the Interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy and Summary), composto por seis passos, dá-nos estratégias para uma comunicação eficaz (Araújo&Leitão, 2011, p.60-61):

Aprender a comunicar más notícias não é imediato e sua complexidade exige que o profissional de saúde desenvolva habilidades específicas (Bonamigo&Destefani, 2009, p.737).

- S** • **Setting Up**
 - Preparação para o encontro
- P** • **Perception**
 - Perceber o utente (o que sabe? O que foi dito? Emoções?)
- I** • **Invitation**
 - Convite para o diálogo (o que quer saber?)
- K** • **Knowledge**
 - Transmitindo as informações
- E** • **Emotions**
 - Expressando emoções/ Escuta/ Não verbal
- S** • **Strategy and Summary**
 - Resumindo e organizando estratégias/ Esperança/ Planos



O Pré-Hospitalar

Segundo o United Medical Education (2021):

A prestação de cuidados no pré-hospitalar

(...) envolve intervenções que influenciam a redução das taxas de morbidade e mortalidade, cumprindo com os protocolos estabelecidos, visando sempre o melhor prognóstico para os doentes (p.22).



Contexto de Urgência e Emergência

Os contextos de urgência e emergência

(...) são locais causadores de stress, de frustração, de impotência e receios face à condição clínica e imprevisibilidade do prognóstico da pessoa, e, a pessoa e família que se encontra nesta situação, podem experienciar sentimentos de medo, raiva, angústia e solidão (Momennasab et al., 2019, p.4).



Contexto de Urgência e Emergência

Segundo a OE (2017):

(...) a intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir, à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada (p.1).

O Enfermeiro

(...) do pré-hospitalar tem o dever de “garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento” (OE, 2017, p.2).



O enfermeiro especialista

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018):

O Enfermeiro Especialista

O Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, é detentor de competências aprofundadas em técnicas de comunicação perante a pessoa e família/cuidador em situação crítica (p. 19363).



O enfermeiro especialista

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018):

... “é detentor de conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação que auxiliam na diminuição das barreiras de comunicação”;

... “tem a capacidade de as adaptar face às circunstâncias e às situações de alta complexidade com que se depara”;

... “é competente na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e sua família/cuidador”.

(OE, 2018, p. 19363)



Conclusão

O **enfermeiro** é o elemento ativo na comunicação de informações ao doente e/ou família, sendo a habilidade de comunicação a competência necessária a ser adquirida na formação desse profissional (Fontes et al., 2017, p.1151).



“Fala somente quando as tuas palavras forem mais poderosas que o teu silêncio”.

Carmen Segóvia



Bibliografia

- Allen S., & Brock R. (2000). Health Care Communication Using Personality Type: Patients are Different. *Blackwell Science*, (5), 182–183. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060143/pdf/HEX-5-182.pdf>
- Araújo J., & Leitão E. (2011). A Comunicação de Más Notícias: Mentira Piedosa ou Sinceridade Cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11 (2), 58-62. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8943/6836>
- Bonamigo E., & Destefani A. (2010). A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética*, 18(3), 725 – 742. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/596/602
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>



Bibliografia

- Cintra D., Dias P., & Cunha M. (2022). Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. *Revista baiana de Enfermagem*, 36, 1-11. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/44267/26224>
- Elizari, F. (2007). *10 palabras clave ante el final de la vida*. (3ª Edição). Verbo Divino ISBN: 978-84-8169-712-4. <https://verbodivino.es/libro/2045/10-palabras-clave-ante-el-final-de-la-vida>
- Emaliyawati, E., Widiasih, R., Sutini, T., Ernianti, E., & Rahayu, U. (2020). Nurses' reflections on challenges and barriers of communication in the Intensive Care Unit: A phenomenology study. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8, 65-73. https://www.researchgate.net/publication/340612834_Nurses'_Reflections_on_Challenges_and_Barriers_of_Communication_in_the_Intensive_Care_Unit_A_Phenomenology_Study
- Fontes C., Menezes D., Borgato M., & Luiz M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 148-1154. [REBEN 70-5 POR MIOLO - GN1.indd \(scielo.br\)](#)



Bibliografia

- Gómez, M. (2006). *Cómo dar malas noticias en medicina*. (ISBN: 978-607-448-789-3) Editorial El Manual Moderno S.A. https://www.reddepadressolidarios.com/img/lrps_1626261381_a.pdf
- International Council of Nurses. (2019). ICNP. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Larkin C., & Searigh H. (2014). A Systematic Review of Cultural Preferences for Receiving Medical “Bad News” in the United States. *Health*, 6, 2162-2173. https://www.scirp.org/pdf/Health_2014091210314055.pdf
- Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro da Assembleia da República. (2005). Diário da República — I Série A nº18. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/01/018a00/06060611.pdf>
- Melo, P. (2022). *Dinâmicas familiares: Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem*. (3ª edição). Copyright



Bibliografia

- Momennasab M., Ardakani M., Rad F., Dokoochaki R., Dakhesh R., & Jaber A. (2019). Quality of Nurses' Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. *Investigación y Educació en Enfermería*, 37(2), 1-12. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/338884/20793888>
- Nuñez S., Marco T., Burillo-Putze G., & Ojeda J. (2006). Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc.)*, 127(15), 580-583. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/vi-escuela-verano/comunicar-malas-noticias-urgencias.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. (1ª Edição). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. (1ª Edição). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf



Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Pina, S. F. de M. (2020). *Comunicar com a pessoa em situação crítica e família: uma competência especializada*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/3291>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª edição). Lidel.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Silva M. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-5. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf



Bibliografia

- Tabuenca T. (2009). El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario. *Prehospital emergency care*, 2 (1), 165-169. <https://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola--44-articulo-el-arte-comunicar-malas-noticias-13138798>
- United Medical Education. (2021). Pediatric Advanced Life Support. *PALS Algorithms*. <https://www.acls-pals-bls.com/algorithms/pals/>
- Vogel K., Silva J., Ferreira L., & Machado L. (2019). Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. *Revista brasileira de educação médica*, 43 (1), 314-32. <https://www.scielo.br/rbem/a/pCSW5SbwjD4MSCSpnG4WB9K/?format=pdf&lang=pt>
- Warnock C., Tod A., Foster J., & Soreny C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), 1543-1555. (PDF) [Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/311111111)



APÊNDICE V

Plano de sessão da apresentação sobre o

“Papel do enfermeiro na comunicação de más notícias no contexto do pré-hospitalar”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Contextualização Teórica

PLANO DE SESSÃO DA APRESENTAÇÃO

SOBRE:

“PAPEL DO ENFERMEIRO NA

COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS NO

CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR”

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Porto, dezembro de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Contextualização Teórica

PLANO DE SESSÃO DA APRESENTAÇÃO

SOBRE:

“PAPEL DO ENFERMEIRO NA

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO

CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR”

Estudante: Ana Rita dos Santos Dias Moura

Sob orientação de: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2023

**PLANO DE SESSÃO DA APRESENTAÇÃO SOBRE:
PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR**

Objetivo da formação: Realizar uma apresentação aos enfermeiros do INEM sobre uma temática de interesse de forma a melhorar a qualidade de cuidados prestados.

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância do seu papel na comunicação de más notícias no contexto do pré-hospitalar;

Objetivos Específicos:

- Incentivar a utilização de estratégias na comunicação de más notícias;
- Conhecer as barreiras que os enfermeiros enfrentam na comunicação de más notícias;
- Incentivar a utilização de protocolos que orientem a comunicação de más notícias.

Dia 12/12/2023 Hora: 10h	Conteúdo	Metodologia	Recursos Materiais	Tempo
Introdução	- A comunicação e a comunicação em enfermagem; - A pessoa em situação crítica; - A comunicação de más notícias;	Método Expositivo	Computador: Teams	5min
Desenvolvimento	- Imperativos éticos e legais; - Deveres dos enfermeiros; - Barreiras e estratégias na comunicação de más notícias; - Protocolo SPIKES; - O contexto do pré-hospitalar; - O papel do enfermeiro especialista	Método Expositivo	Computador: Teams	10min
Conclusão	- Reflexão sobre o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias no contexto do pré-hospitalar.	Método Expositivo e brainstorming com os enfermeiros sobre o tema.	Computador: Teams	5min