



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**UM CUIDAR ESPECIALIZADO E TRANSCULTURAL DO DOENTE
CRITICO**

**A SPECIALIZED AND TRANSCULTURAL CARE OF THE CRITICAL
PATIENT**

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

Por, Andreia de Fátima Ribeiro Moreira

Porto – maio, 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**UM CUIDAR ESPECIALIZADO E TRANSCULTURAL DO DOENTE
CRITICO**

**A SPECIALIZED AND TRANSCULTURAL CARE OF THE CRITICAL
PATIENT**

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

Por, Andreia de Fátima Ribeiro Moreira

Sob a orientação de Mestre Lúcia Rocha

Porto – maio de 2017

"A Sabedoria começa na reflexão"

Sócrates

Agradecimentos

Dedico este espaço a todos que contribuíram para a conclusão desta nova etapa. Não sendo viável nomeá-los a todos, existem alguns a quem não posso deixar de manifestar a minha consideração e sincero agradecimento.

À minha orientadora, Mestre Lúcia Rocha, pelo apoio e disponibilidade manifestada.

Ao Enfermeiro Thyago pela preocupação em me proporcionar um estágio rico em experiências, ao Enfermeiro Gustavo pelas suas ideias, à Enfermeira Sónia pelos momentos de partilha de conhecimento.

À Professora Grazia Guerra pelo apoio e por me fazer sentir em casa a quilómetros de distância.

Aos amigos pelos momentos de descontração e boa disposição essenciais para a manutenção do equilíbrio.

Ao meu marido, pelo apoio, pela paciência, pela partilha de algumas inquietações, desânimos e sucessos, pelo incentivo, pela confiança ... por tudo...dando-me, desta forma, coragem para continuar e vencer o sentimento de culpa pelos períodos de ausência.

Aos meus Pais que sempre lutaram por mim, pela valorização do meu trabalho, pela ajuda e amor incondicional.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

A excelência no **Cuidar** passa por cuidados de enfermagem com elevados padrões de qualidade, baseados na evidência científica e, por uma atitude crítica e reflexiva por parte dos enfermeiros às respostas humanas e aos processos de vida, permitindo a vivência de transições saudáveis e, acesso a cuidados culturalmente adequados.

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular – Relatório, inserida no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa e incide sobre a Unidade Curricular - Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu cronologicamente na Assistência Pré-hospitalar (Módulo III) em cuidados intensivos (Módulo II) e no Serviço de Urgência (Módulo I). Esta experiência permitiu-me adquirir um conhecimento global do doente crítico, desde a assistência pré-hospitalar até à admissão no serviço de urgência e, posterior encaminhamento para uma unidade de cuidados intensivos. No sentido de prestar **um cuidar especializado e transcultural ao doente crítico**, realizei um período de estágio no Brasil, de forma a aprofundar conhecimentos sobre os diferentes valores do cuidar, crenças, cultura e padrões de comportamento.

A realização deste relatório, após término do estágio, tem por objetivo apresentar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, utilizando uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. Encontra-se dividido em quatro partes: Introdução, onde faço o enquadramento do relatório do estágio e respetivos módulos, assim como dos objetivos delineados; Caracterização dos Locais de Estágio; Desenvolvimento de Competências, que organizo pelos Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, tendo sempre presentes as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e por fim, a Conclusão, onde faço um resumo do meu desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas e, dos contributos das pesquisas efetuadas e formação realizada.

Considerarei pertinente a realização de uma revisão bibliográfica sobre as precauções básicas e adicionais de controlo de infeção, de uma revisão integrativa da literatura sobre a prevenção do Post Intensive Care Syndrome, assim como, uma formação para a comunidade - Informar para Salvar – que contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e académico.

Após a conclusão deste percurso, considero ter adquirido competências para prestar cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvendo uma prática reflexiva e tomadas de decisões, com base no código deontológico e nos princípios éticos que regulam a profissão, bem como na evidência científica, de forma a promover uma prática autónoma e reflexiva em oposição a uma prática baseada na modelação de comportamento.

Descritores: Enfermagem Transcultural, Especialização, Prática reflexiva.

ABSTRACT

Excellence in Care goes through high quality nursing care, based on scientific evidence and a critical and reflective attitude on the part of nurses to the human responses to life processes, allowing the living healthy transitions and, access to culturally appropriate care.

This document is part of the Curricular Unit - Report, inserted in the 9th Master's Degree Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Universidade Catolica Portuguesa, it is focuses on the Curricular Unit – Clinical Practice in Medical-Surgical Nursing, which took place, chronologically, in Prehospital emergency Care (Module III) in intensive care (Module II) and in the Emergency Department (Module I). This experience allowed me to acquire an overall knowledge of the critical patient, from prehospital care to admission to the accident and emergency and, finally to an intensive care unit. With the intention to provide **specialized and transcultural care of the critical patient**, I performed part of my internship in Brasil, to developed knowledge about the different values of caring, beliefs, culture and behavior patterns.

The completion of this report comes after the end of the internship, aims to present my course of acquisition and development of Specialist Nurse Practitioners in Medical-Surgical Nursing, using a descriptive and critical-reflective methodology on the activities developed. It is divided into four parts: Introduction, where I frame the report, the stage and its modules, as well as the objectives outlined; Characterization of clinical practice locations; Skills Development, organized by the Common Competency Domains of the Specialist Nurse, established by the Order of Nurses, always bearing in mind the Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing and finally, the Conclusion, where I summarize my professional development in the light of Skills acquired and, the contributions of the researches and the training carried out.

I considered it pertinent to carry out a bibliographic review on the basic and additional precautions for infection control, an integrative review of the literature on prevention of Post-Intensive Care Syndrome, as well as, a community training - Inform for Save - that contributed to my personal and academic enrichment.

After completing this course, I consider that I have acquired skills to provide specialized care in the area of Medical-Surgical Nursing, developing a reflexive practice and decision-making, based on the code of ethics and the ethical principles that regulate the profession, as well as, the scientific evidence of the way to promote an autonomous and reflexive practice, as opposed to a practice based on behavioral modeling.

Descriptors: Transcultural Nursing, Reflective Practice, Specialization

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESP - Atividade elétrica sem pulso

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

CAM - ICU - Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DGS - Direção Geral de Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS - Infecção Associada a Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

KPC - *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

MRSA - *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PBCI - Precauções Básica no Controlo da Infecção

PICS - Post Intensive Care Syndrome

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

RASS - Richmond Agitation and Sedation Scale

SABA - Solução Antiséptica de Base Alcoólica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SP - São Paulo

SU - Serviço de Urgência

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV - Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	21
1.1. Serviço de urgência	21
1.2. Cuidados Intensivos	25
1.2.1. UTI – Hospital privado em São Paulo.....	25
1.2.2. SMI – Hospital da zona metropolitana do Porto	26
1.3. Assistência Pré-Hospitalar	28
2. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	31
2.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	31
2.2. Melhoria contínua da qualidade	41
2.3. Gestão dos Cuidados	54
2.4. Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais	62
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES.....	89
Apêndice I – Precauções Básicas e Adicionais no Controlo de Infecção – Revisão Bibliográfica ...	91
Apêndice II – Post Intensive Care Syndrome – Revisão Integrativa da Literatura.....	127
Apêndice III – Informar para Salvar - Formação à Comunidade.....	159
ANEXOS.....	181
Anexo I – Formação para a Comunidade “Informar para Salvar”	183
Anexo II - LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986	195

INTRODUÇÃO

A excelência nos cuidados enfermagem passa por promover uma atitude crítica e reflexiva em oposição a uma prática baseada na modelação de comportamento estimulando a tomada de decisões com base no Código Deontológico e nos princípios éticos que regulam a profissão assim como na evidência científica. Tomando em consideração o exposto, entendo-se a minha necessidade de adquirir competências específicas para prestar cuidados seguros e de qualidade, decidindo prosseguir com os estudos para o Mestrado em Enfermagem.

Partindo do princípio que a aprendizagem depende das necessidades sentidas, em diversas situações da prática diária, enquanto enfermeira sou confrontada diariamente com a necessidade de prestar cuidados à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico, daí a escolha pela Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem especializados e transculturais ao doente crítico.

O Processo de Bolonha fundamenta a sua metodologia de aprendizagem na procura do autoconhecimento e na promoção do espírito crítico-reflexivo, que permite desenvolver aspetos no âmbito da autonomia e da responsabilidade, a integrar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica previsto nos termos do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, leva a uma mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, com base na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem as de natureza genérica (instrumentais, interpessoais e sistémicas) e, as de natureza específica associadas à área de formação, onde a componente experimental e de projeto desempenham um papel importante. No Regulamento do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa é previsto a realização da Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, durante o 2º e 3º semestre, comporta uma carga horária de 750 horas de trabalho, sendo 540 horas de contacto direto e 210 horas de trabalho individual do aluno, correspondendo a 30 *European*

Credit Transfer System. A realização do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica encontra-se dividida em 3 módulos, que corresponde a 10 *European Credit Transfer System*. e 180 horas de contacto em cada módulo.

O Módulo I – Realizou-se num serviço de urgência polivalente de um hospital central universitário tendo início no dia 07 de novembro de 2016 e termino a 13 de janeiro de 2017. A escolha por este local, resulta das disponibilidades apresentadas pela UCP, pela facilidade de acesso, bem como pelo fato de ser uma unidade de referência na inovação e na qualidade dos cuidados prestados, sendo um local privilegiado para aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências pelas experiências proporcionadas. É uma urgência polivalente constituindo o nível mais diferenciado de resposta ao doente em situação de urgência/emergência tendo em funcionamento as várias Vias Verdes (VV) – Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis e Trauma, e ainda possui capacidade de atendimento especializado ao paciente queimado e com necessidade de Oxigenação por Membrana Extra-Corporal (ECMO). A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência hospitalar é uma realidade muito exigente e desafiadora, devido à instabilidade característica do doente crítico e das múltiplas possibilidades de diagnósticos que levam o enfermeiro a desenvolver competências, e adquirir conhecimentos nas mais diferentes áreas, de forma a detetar e agir precocemente evitando possíveis complicações.

O Módulo II – Cuidados Intensivos, foi repartido entre uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um hospital privado em São Paulo (SP) no Brasil, onde efetuei 80 horas de estágio entre os dias 12 de setembro e 7 de outubro de 2016, e o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital na zona metropolitana do Porto, onde realizei 100 horas, entre os dias 14 de outubro e 5 de novembro de 2016.

A decisão de realizar uma parte do Estágio - Módulo II no Brasil relaciona-se com a possibilidade de aquisição de conhecimentos sobre os diferentes valores do cuidar, expressão, cultura, crenças de saúde-doença e padrões de comportamento, que vão de encontro à enfermagem transcultural defendida por Leininger, em que, o principal objetivo é desenvolver o conhecimento científico e humanista no sentido de alcançar uma prática de cuidados de enfermagem apropriada a cada realidade cultural, que vai de encontro à minha escolha para título deste relatório, **“Um cuidar especializado e transcultural do doente crítico”**, que se prende com a minha vontade de prestar cuidados especializados e culturalmente adequados à pessoa em situação crítica.

Considerando pessoa como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...) influenciados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve (...)” (OE, 2009,p. 4), compreende-se o impacto das diferenças culturais no cuidar o humano, segundo Tomey e Alligood (2002), invocando o cuidar transcultural da teoria da Diversidade e Universalidade de Leininger refere que, os indivíduos de culturas diferentes, percebem, conhecem e praticam, o cuidado de maneiras diferentes apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo, e, são capazes de informar e orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam para que seja prestado um cuidado culturalmente apropriado.

Esta teoria deriva de uma perspectiva antropológica do homem, como um ser pertencente a várias culturas e contextos tendo em conta fatores como as crenças e os valores culturais, a visão do mundo, o contexto ambiental, o enquadramento social, a orientação religiosa e cultural (Tomey e Alligood, 2002) (Leininger. M. e Farland M, 2006)

No modelo do sol nascente Leininger, representa as fases do processo de enfermagem, desde a fase de colheita de dados até às intervenções de enfermagem tendo em conta a situação cultural.

Os cuidados de enfermagem culturalmente satisfatórios, contribuem para o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, nos diferentes ambientes. Tornando-se fundamental a adaptação às exigências de um mundo em constante mudança, cada vez mais globalizado, em que os processos de saúde/doença são dinâmicos e constantes ao longo da vida, influenciados pelo ambiente e elementos externos que se refletem nos estilos de vida. Atualmente o Brasil está a passar por uma crise política e económica pelo aumento do custo de vida, o que condiciona o acesso à saúde, refletindo-se no avançado estado de doença que os utentes apresentam no momento que recorrem aos serviços de saúde. Outros fatores, como a cultura e o nível de escolaridade, também influenciam na forma de vivenciar o processo saúde-doença o que vai de encontro ao defendido por Perrenoud (2002), em que a saúde tende cada vez mais a ser compreendida como um processo complexo, multicausal, onde, para além dos fatores biológicos e das condicionantes socioeconómicas, os comportamentos individuais e coletivos emergem como fatores determinantes, o que confere à educação em saúde uma importante função no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Ainda durante a minha permanência em SP, tive a oportunidade de realizar uma visita técnica ao Instituto do Coração, que pertence a um hospital público de SP, onde conheci as UTI de

neonatologia, pediatria e adultos, os seus métodos de trabalho, verifiquei a diferença a nível de rácios enfermeiro/doente, materiais existentes e protocolos institucionais, comparativamente com o hospital privado em que estagiei. As UTI do Instituto do Coração estão a iniciar o processo de certificação da segurança do paciente, existindo ainda um longo caminho a percorrer para atingir essa certificação. Visitei também o núcleo de investigação Luís Bortolotto – Unidade de Hipertensão, onde presenciei alguns procedimentos de colheita de dados para diferentes estudos a decorrer no âmbito da prevenção e tratamento da hipertensão.

Os cuidados intensivos, não é uma área totalmente desconhecido para mim enquanto enfermeira, visto ter experiência profissional anterior nesta área, no entanto, as patologias tratadas eram unicamente da especialidade de cirurgia vascular, o que limitou o leque de experiências. O SMI por sua vez, sendo uma unidade polivalente, recebe doentes com disfunções respiratórias, cardiovasculares, renais e urinárias, neurológicas, gastrointestinais e com fatores de stresse multissistémicos o que me proporcionou diferentes experiências e aquisição de conhecimentos.

O Módulo III – Opcional, na área da Assistência Pré-Hospitalar - INEM, Delegação Norte com início dia 2 de maio de 2016 e termino a 25 de junho de 2016. O INEM, é o organismo do Ministério da Saúde responsável por definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica. A escolha pela assistência pré-hospitalar, deve-se à minha vontade de adquirir um conhecimento global do paciente em situação crítica, desde a intervenção pré-hospitalar até à admissão no SU e posterior encaminhamento para uma unidade de cuidados intensivos.

Este estágio decorreu no Centro de Orientação de Doentes Urgentes onde passei um turno, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação realizei doze turnos, nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) efetuei catorze turnos, e dois turnos nas Ambulâncias de Emergência Médica. Nas ambulâncias SIV e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, para ter acesso a diferentes realidades, estagiei em diferentes locais, nomeadamente meios urbanos e outros rurais, permitindo-me o contato com diferentes realidades.

A realização deste relatório, tem como principais objetivos: analisar de forma crítica e global o processo de concretização dos objetivos e de desenvolvimento de competências na área de prestação de cuidados, de gestão, de investigação e de autoformação durante o estágio. Fundamentar as opções e atividades desenvolvidas com base nos princípios éticos e deontológicos, na evidência científica, resultante das revisões da literatura e pesquisas realizadas, assim como na gestão dos recursos disponíveis. A metodologia utilizada foi a descritiva/reflexiva, tendo por base a pesquisa bibliográfica, mobilização de conhecimentos e considerando a vivência pessoal, profissional e académica.

O relatório encontra-se dividido em quatro partes: introdução, caracterização dos locais de estágio, desenvolvimento de competências e conclusão. Na introdução, faço um enquadramento do relatório e dos módulos de estágios, assim como as justificações pelas opções, e objetivos delineados para o relatório. Na segunda parte, faço uma caracterização dos diferentes campos de estágio na terceira parte faço uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas em estágio com vista à aquisição de competências. Encontra-se estruturada com base nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, não descurando as competências específicas do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica tendo como eixo orientador a segurança do paciente. Por fim, na conclusão, faço um resumo do meu desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas e dos contributos das pesquisas efetuadas e formação realizada.

1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e culturalmente adequados ao doente crítico segundo a filosofia do processo de enfermagem, numa perspetiva holística foi essencial a integração nas equipas multidisciplinares, conhecer a estrutura física assim como a dinâmica e organização dos cuidados de enfermagem nos diferentes serviços, a metodologia adotada assim como a sua articulação com outros serviços de saúde. Assim, neste capítulo pretendo caraterizar os diferentes locais de estágio onde realizei o meu percurso, de forma a integrar a dinâmica funcional dos serviços de cada local de estágio.

1.1. Serviço de urgência

Trata-se de uma urgência polivalente de referência para toda a região norte de Portugal, inserida num hospital central universitário. No que respeita aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de cardio-pneumologia e assistente social. A equipa de enfermagem é uma equipa jovem, com experiências diversas, com grande espírito de entre ajuda e muito dinâmica. Encontra-se dividida em 4 equipas cada uma composta por 25 elementos. No turno da manhã estão 18 elementos incluindo o chefe de equipa, o segundo elemento e o coordenador, estão distribuídos pelas diferentes valências. Nos turnos da tarde e da noite assim como os turnos de fim de semana a equipa é liderada pela enfermeira coordenadora que gere os cuidados de enfermagem tendo em conta os recursos disponíveis, mobilizam elementos de acordo com o fluxo de doentes, o tempo de espera ou a necessidade de transporte extra hospitalar. O plano de trabalho elaborado pelos coordenadores de equipa é dividido por setores de acordo com as competências dos elementos, no que respeita a Suporte Avançado de Vida (SAV), experiência profissional, capacidade de liderança e de antecipação e resolução de problemas. Relativamente a gestão dos recursos materiais, verificasse o modelo de gestão com reposição de materiais e fármacos por níveis.

Na sala de emergência/trauma estão destacados 3 enfermeiros, 1 para a equipa de reanimação intra-hospitalar, outro para o trauma e outro para a emergência. Cada elemento roda pelas diferentes valências realizando um roulement em cada uma, de acordo com uma escala pré-definida.

No primeiro dia de estágio, tive uma reunião informal com a enfermeira a exercer funções de coordenação e com a minha tutora, fizeram-me uma visita guiada às instalações do SU para conhecer os diferentes locais e respetiva organização.

O SU encontra-se organizado em diversas áreas funcionais: área de admissão e receção/área administrativa, localizada à entrada do SU, é o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente e acompanhante. Contiguamente, encontra-se também o local de realização de outros processos administrativos como altas, internamentos, receção de reclamações, entre outros. Adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de triagem.

Área de triagem/ prioridade no atendimento no SU, após a admissão, o doente, acompanhado ou não de acordo com a sua condição, passa para área de triagem onde é feita uma avaliação inicial pelo enfermeiro. Tem capacidade para a avaliação de três doentes em simultâneo, esta avaliação é baseada num protocolo específico e com base científica, a triagem de Manchester permite a classificação da situação clínica do doente em termos de prioridade de atendimento e sempre de acordo com a sua urgência. O principal objetivo deste protocolo é o de assegurar, de forma objetiva, que o doente mais urgente é identificado de imediato e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica. Os níveis de classificação são os seguintes: pulseira vermelha: atribuída a doentes emergentes, pulseira laranja doentes muito urgentes, pulseira amarela a doentes urgentes, pulseira verde a doentes pouco urgentes e pulseira azul a doentes não urgentes. Excecionalmente, doentes com sinais ou sintomas compatíveis com AVC, EAM, Sépsis e Trauma entram em vias prioritárias de atendimento VV para um tratamento precoce de forma a diminuir o risco de vida ou de perda de um órgão. Pelo que a prioridade de atendimento no SU pode não se relacionar com as doenças prévias do doente, mesmo que estas sejam graves.

A área de atendimento verdes/azuis encontra-se num espaço adjacente ao serviço de urgência uma vez que estes pacientes deveriam ser atendidos em ambulatório, caso os cuidados primários dessem resposta as necessidades dos cidadãos. A área de atendimento "amarelo" onde são observados os pacientes do fórum médico e classificados com prioridade amarela.

A área de atendimento "laranja" e a unidade de curta permanência é um espaço destinado para o atendimento dos pacientes triados com cor Laranja. Esta área serve em simultâneo para a vigilância e/ou tratamento de doentes com situações clínicas nas quais se prevê um período de até 12 horas (excecionalmente 24 horas) para a sua resolução ou decisão médica,

quanto a internamento ou alta. Esta área está equipada com equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo, é composta por uma área de cadeirões e outra de macas que na maioria das vezes se encontra excessivamente lotada. A unidade de curta permanência pode receber doentes triados com cor Laranja bem como doentes inicialmente triados com outra cor ou observados em qualquer outro setor e que preencham os requisitos acima especificados, tem capacidade para sete doentes. Para estas áreas são encaminhados os doentes graves do foro médico pelo que foi possível aplicar e integrar conhecimentos teóricos na estabilização do doente com patologia aguda, nomeadamente insuficiências cardíacas descompensadas, edema agudo do pulmão, síndrome coronário agudo, fibrilação auricular com resposta ventricular rápida, insuficiências respiratórias descompensadas, ingestão voluntárias de medicação, AVC e acidente isquémico transitório, episódios convulsivos em estudo, alterações do estado de consciência, hemorragias ativas entre outras situações, sempre numa perspetiva de construção do saber e na procura de situações-problema que confrontassem a prática com a teoria o que me proporcionou momentos de reflexão e subsequente melhoria dos cuidados.

A sala de emergência é de fácil acesso tendo um corredor livre para acesso direto à mesma, em algumas situações, nomeadamente quando um doente é trazido pelos meios INEM e se encontra numa situação que necessita de cuidados emergentes vai diretamente para a sala de emergência sendo a triagem realizada em simultâneo. Aqui faz-se a admissão, avaliação e estabilização inicial de doentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato, encontra-se preparada para atendimento de cinco doentes em simultâneo. De acordo com a Ordem dos Médicos (2009, p.49) a sala de emergência é uma área de intervenção com “acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções” com recurso a tecnologia avançada para avaliação e tratamento inicial do doente crítico e onde se encontra uma equipa de reanimação com profissionais com formação avançada nessa área.

Para que nunca falte material existe uma *check-list* que permite confirmar o bom funcionamento dos equipamentos, material e fármacos existentes e a sua realização promove o conhecimento aprofundado da localização dos mesmos o que numa situação de *stress* é de extrema importância, para não perder tempo na procura de material. Aqui pude colaborar com a equipa na admissão e estabilização do doente crítico, de forma a tomar decisões fundamentadas assentes em evidência científica.

A área de ortotraumatologia divide-se em área de cirurgia e ortopedia, onde são observadas vítimas de trauma sem critério de gravidade para a sala de emergência. Foram várias as experiências onde pude colaborar com a equipa na abordagem primária e secundária, operacionalizando técnicas de mobilização.

A área de urgência de oftalmologia e de otorrinolaringologia, são áreas de urgência onde são atendidos doentes com problemas específicos destas especialidades. Área de atendimento e orientação de situações de urgência do foro psiquiátrico da área metropolitana do porto.

Para além destas áreas funcionais, o espaço físico do SU alberga ainda o gabinete de apoio ao acompanhante, um posto da Polícia de Segurança Pública e uma sala de acompanhantes. O gabinete de apoio ao acompanhante ocupa um espaço físico junto à entrada do SU cuja função é ajudar na orientação dos acompanhantes e na informação que lhes é prestada. Neste processo são intervenientes: um funcionário administrativo, voluntários, pessoal clínico (médicos e enfermeiros) e seguranças.

O gabinete de apoio ao acompanhante funciona diariamente das 8h às 24h, passando as suas funções, no restante período, para a área administrativa. Existe em cada valência compartimentos de aprovisionamento de materiais e equipamento assim como gabinetes médicos. Funciona em estreita articulação com a unidade de cuidados intensivos e restantes especialidades, nomeadamente as que suportam a realização dos diversos meios complementares de diagnóstico.

Outra área que me despertou particular interesse foi a sala da família, que é uma sala com sofás, sossegada e reservada para receber os familiares quando é necessária a comunicação de más notícias.

Após conhecer a estrutura física do SU assim como a sua dinâmica de funcionamento tornou-se fundamental conhecer alguns dos protocolos normas e circulares existentes de forma a dar uma resposta mais eficaz na prestação de cuidados.

Verifiquei a funcionalidade dos equipamentos existentes, para me sentir apta a usar sempre que for necessário, a localização do material necessário à prática de cuidados de enfermagem assim como os protocolos existentes a nível das VV assim como a sua articulação com bombeiros, INEM, Centros de Saúde, Linha Saúde 24 e outras instituições hospitalares.

1.2. Cuidados Intensivos

Os Cuidados Intensivos é um local qualificado pela existência de tecnologia, instalações, terapêutica e pessoal especializado capaz de assegurar um tratamento eficaz ao doente em situação crítica, que pode ser definido como aquele em que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica quer por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas. (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

1.2.1. UTI – Hospital privado em São Paulo

Este hospital pertence a uma rede hospitalar composta pela Unidade de Pompeia, Unidade Santana e Unidade Ipiranga. É um hospital privado pelo que a sua realidade no tempo de espera e atendimento difere dos hospitais públicos. Tem como premissa que todos os clientes são especiais, tendo como missão proporcionar assistência humanizada, valorizando o indivíduo nas suas diferenças e peculiaridades.

Um objetivo inerente à realização deste intercâmbio foi verificar as diferenças reais na organização da profissão de enfermagem e na gestão dos cuidados. No Brasil os profissionais autorizados a exercer a profissão de enfermagem são: enfermeiro, técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem, de acordo com os seus graus de habilitação e executando as atividades específicas definidas de acordo com a Lei nº7.498 de 25 de junho de 1986 - Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

Ao enfermeiro são atribuídas atividades exclusivas como: direção do órgão de enfermagem e chefia de serviço e de unidade, planeamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; realizar consultas de enfermagem; a prescrição da assistência de enfermagem; a realização dos cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, assim como os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; orientação e supervisão dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem; prevenção e controle sistemático da infeção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral, entre outras (COREN, 2001)

O técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no

planeamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: a participação da programação da assistência de enfermagem, executar ações assistenciais de enfermagem exceto as privativas do Enfermeiro, assistir ao enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado crítico, colaborar na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis, entre outras (COREN, 2001). Na UTI de SP não era permitido auxiliares de enfermagem na prestação de cuidados.

Torna-se também importante salientar algumas entidades de classe que representam atualmente a Enfermagem Brasileira como sendo a Associação Brasileira de Enfermagem responsável por promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional dos profissionais de Enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem tem como função coordenar as ações dos Conselhos Regionais de Enfermagem na busca da ética, qualidade na assistência e compromisso com o usuário e a sociedade. É responsável pela legislação e pela disciplina do exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da lei do exercício profissional da enfermagem

O Conselho Regional de Enfermagem que fiscaliza e disciplina o exercício profissional da enfermagem amparado por requisitos éticos e legais (Pereira et al, 2005). Como o meu estágio foi em SP é o Conselho Regional de Enfermagem de SP.

A UTI é composta por 6 Blocos, e pela unidade coronária, num total de 56 camas. Possuem 4 quartos de isolamento com pressão negativa e 1 quarto de isolamento com pressão positiva.

A Equipa Multidisciplinar é composta por médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas e dietéticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que atuam de forma integrada. Relativamente à equipa de enfermagem em cada turno estão distribuídos 10 enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem.

1.2.2. SMI – Hospital da zona metropolitana do Porto

Este hospital encontra-se inserido numa Unidade Local de saúde que é caracterizada pela autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

O SMI situa-se no piso -1, junto do serviço de urgência dele fazem parte: a. Emergência Intra-Hospitalar e a Sala de Emergência. É constituído por uma zona de trabalho composta por doze unidades de doentes, no entanto só se encontram em utilização oito unidades. Sete

unidades estão distribuídas numa área comum “Open Space” e separadas por cortinas. As restantes cinco são unidades de isolamento. Uma permite unicamente isolamento físico e tem luz direta. Os restantes isolamentos não têm luz direta e permitem alteração nas pressões existentes nestes espaços, permitindo pressões positivas/neutras/negativas. Encontram-se por defeito com pressão negativa. Dois são quartos de isolamento com antecâmara e pressurizáveis.

A nível dos recursos humanos este serviço é composto pelo Diretor de Serviço, Médicos com a especialidade de Medicina Interna, de Anestesia, e de Pneumologia, Enfermeira Chefe, Enfermeiros com a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e em Enfermagem Médico Cirúrgica e Enfermeiros. A Equipa de Enfermagem encontra-se subdividida em equipas de trabalho com quatro ou cinco elementos sendo um deles o responsável da equipa. É nomeado por quem faz o plano diário um enfermeiro responsável por turno. Cabe a este elemento a tomada de decisões nos turnos de ausência da Enfermeira Chefe. Assim sendo, compete ao enfermeiro responsável de turno: substituir o enfermeiro responsável pelo SMI na sua ausência gerindo o serviço da forma mais conveniente; distribuir os doentes do plano de trabalho, tendo como objetivo a continuidade dos cuidados e tendo em atenção o grau de complexidade e de dependência, tomar as decisões mais adequadas e oportunas a cada situação assumindo inteira responsabilidade das mesmas, definir em conjunto com o médico de serviço a unidade mais adequada para a admissão de um doente no SMI, definir em conjunto com a equipa a distribuição das admissões, colocando-as no plano trabalho. Em caso de catástrofe ou situações excecionais, compete-lhe a responsabilidade de gerir essas situações conforme orientações do Plano de Emergência. Na escala mensal o número de enfermeiros é de 1 enfermeiro para 2 doentes e o cálculo de pessoal no serviço é realizado pelas regras em uso na instituição, ficando distribuídos 4 enfermeiros por cada turno. No turno da manhã de segunda a sexta-feira está presente uma enfermeira de reabilitação. O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro fica responsável por assegurar a totalidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente. É um método que exige muito conhecimento, responsabilidade e experiência. É o enfermeiro responsável pelo doente quem planeia, coordena e desenvolve os cuidados de enfermagem, sendo o doente visto como um todo, de forma a humanizar os cuidados.

1.3. Assistência Pré-Hospitalar

O INEM faz parte do Sistema Integrado de Emergência Médica que existe em Portugal desde 1981 e trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Fazem parte, a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde (INEM, 2016). O funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica é acionado quando alguém liga para o 112. O atendimento das chamadas é realizado pela PSP nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a área da saúde, a mesma é encaminhada para os centros de orientação de doentes urgentes.

O INEM, tem ao dispor da população portuguesa vários serviços: os centros de orientação de doentes urgentes que são centrais de emergência médica responsáveis pela medicalização do número europeu de emergência – 112. Aqui é feita uma triagem da situação, e decidido, sob o ponto de vista clínico, qual é o tipo de resposta necessária a dar à situação (INEM, 2016), o Centro de Orientação de Doentes Urgentes no MAR, o Centro de Informação Anti-veneno, presta em tempo útil, as informações necessárias e adequadas a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação, o número de contacto neste caso é o 808250143, os helicópteros de emergência médica, a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência, acionada pelo centro de orientação de doentes urgentes, intervêm com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros (INEM, 2016); a mota de emergência médica, vocacionada para o trânsito citadino, transporta um aparelho de DAE, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicémia capilar e outros materiais de SBV.

A tripulação das ambulâncias de emergência médica é composta por 2 tripulantes de ambulância de emergência que não estão autorizados a efetuar procedimentos invasivos, têm como objetivo a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma unidade de saúde. Ambulâncias SIV, composta por um enfermeiro e um tripulante de ambulância de emergência. O equipamento das SIV, permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais. Permite a administração de fármacos, segundo protocolos ou após validação com o médico do Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Têm como

missão, garantir cuidados de Saúde diferenciados e transporte inter-hospitalar de doentes críticos. A VMER, é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local para onde foi ativada. Esta equipa é constituída por médico e enfermeiro e dispõe de equipamento para o SAV em situações do foro médico ou traumatológico, atuando na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes e têm base hospitalar (INEM, 2016), o transporte de recém-nascidos de alto risco e pediátrico, o Centro de Intervenção para Situações de Exceção, compete o planeamento e coordenação estratégica de operações de emergência médica em cenários de exceção assim como a coordenação de equipas do INEM destacadas em missões internacionais. Para isso, dispõe de viaturas de intervenção em catástrofe, que permitem a montagem de um posto médico avançado com capacidade para o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo, e um hospital de campanha, constituído por 17 tendas insufláveis e o centro de apoio psicológico e intervenção em crise (INEM, 2016).

2. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

A aquisição de competências implica, para além de um agir e um conhecimento, o desenvolvimento de uma capacidade crítica e reflexiva de forma a proporcionar uma melhor capacidade de adaptação a diferentes contextos. O estágio torna-se uma extremamente importante visto permitir aplicar e integrar os conhecimentos na prática.

Segundo a OE (2010, p.1) enfermeiro especialista é aquele que apresenta “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

Competência essas que podem ser comuns, isto é partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, mas também específicas, de cada área de especialização. As competências comuns definidas pela OE dividem-se em quatro domínios comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento da aprendizagem profissional. Os próximos subcapítulos encontram-se organizados segundo estes domínios dando ênfase às competências adquiridas e às atividades desenvolvidas para as atingir.

2.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Lidar diariamente com problemas éticos requer conhecimento e informação sobre leis, sensibilidade, saber ético, virtudes e experiência de vida. (Vieira, 2007). Implica que os enfermeiros recorram a competências de tomada de decisão baseadas numa prática responsável, tendo por base princípios éticos, valores e normas deontológicas com vista a promover a proteção dos direitos humanos e consequentemente a dignidade da pessoa.

Desenvolver uma prática profissional, segura e ética com base no Código Deontológico do Enfermeiro, promovendo o respeito pelos direitos humanos e a responsabilidade profissional e legal foi um objetivo delineado.

Para atingir este objetivo desenvolvi uma prática em conformidade com o Código Deontológico do enfermeiro, respeitando o direito dos doentes à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde. Identifiquei práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes. Assumi a responsabilidade dos meus atos assim como dos atos delegados, exercendo sempre supervisão dos mesmos. Tomei decisões suportadas por princípios, valores e normas deontológicas.

O direito à proteção da saúde é um direito fundamental, de natureza social, da titularidade de cada sujeito, na vertente da saúde é igualmente um direito fundamental, o direito à informação, pois garante a efetiva autonomia do indivíduo na sua tomada de decisão e, conseqüentemente, a sua autodeterminação, sem a qual não existe respeito pela dignidade humana. O respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, assentando nesta ideia um princípio bioético fundamental, o princípio da autonomia.

No SU, são vários os fatores que influenciam a tomada de decisão dos profissionais de saúde, comprometendo a segurança e os direitos dos utentes, como sendo a elevada carga de trabalho, carência de recursos humanos, problemas de sobrelotação, pressão constante para reduzir o tempo para o atendimento, existência de conflitos familiares, a crescente influência da comunicação social na divulgação de informações por vezes erróneas. Conhecedora das dificuldades intrínsecas ao processo de tomada de decisão procurei desenvolver um conjunto de competências que me permitiram respeitar a autonomia dos doentes e cimentar os meus cuidados nos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, tendo em atenção as crenças e valores de cada pessoa.

O enfermeiro em situações de urgência necessita de ter características relacionadas não apenas com o grau de conhecimentos científicos e técnicos mas também com “a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou morte para o doente” (Vaz e Catita, 2002, p.14). Na prestação de cuidados tão complexos, em que é necessário um domínio aprofundado de saberes, com uma grande capacidade de lidar com imprevisto, capacidade de observação, análise, rapidez de estabelecimento de prioridades e de ação, foi importante uma reflexão sobre a tomada de decisão na urgência, como elemento importante na qualidade dos cuidados prestados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. A tomada de decisão requer um

conhecimento sólido, experiência e fundamentalmente uma prática reflexiva, que se contrapõe com a prática rotineira dos cuidados. Desta forma orientei, as minhas ações para a identificação das necessidades de cuidados e adequação das intervenções de forma a detetar, minimizar e evitar os riscos precocemente. Segundo a OE (2009) o enfermeiro especialista é aquele que demonstra uma tomada de decisão ética e deontológica, suportada por princípios, valores e normas deontológicas, assumindo o papel de prestador de cuidados diferenciados, tendo o pensamento crítico como pilar e onde a prática deve ser encarada como um desafio diário e não uma sucessão de atos rotineiros.

Em vários momentos fui interpelada pelos familiares e amigos dos doentes, para obterem informações sobre o estado de saúde, tratamentos, diagnósticos, medicação e prognóstico. Perante estas questões tenho de tomar uma decisão tendo por base o dever de informar e o dever de sigilo profissional, face aos familiares/amigos, e para com o doente coloca-se o conflito entre o dever de informar os familiares/amigos e o dever de preservação da privacidade do próprio, bem como da sua autodeterminação. Neste sentido resolvi fazer uma reflexão sobre informação que transmitimos ao doente e família sobre o seu estado de saúde/doença, os procedimentos que vamos realizar assim como o seu direito à privacidade. O direito à privacidade deriva do princípio de autonomia e exige que se considere confidencial toda a informação acerca do destinatário dos cuidados e da família. (Vieira, 2007).

O utente tem direito à informação e o enfermeiro o dever de o informar, de acordo com o a Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015 no seu artigo. 105º o enfermeiro “no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de “Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” pelo que se coloca em questão que tipo de informação se pode prestar ao “indivíduo” e “família”, uma vez que a informação salvo exceções descritas na lei pertence apenas ao próprio. Segundo a alínea b) do artigo 106º da supracitada Lei o enfermeiro deve “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”. A divulgação da condição de saúde ou doença, só pode ser facultada à família de acordo com a vontade expressa pelo próprio utente pois, o direito à reserva da intimidade está consagrado na Lei n.º 1/82, de 30 de setembro no seu n.º 1 do artigo 26º “a todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à

cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação”. Daqui se depreende que a informação a fornecer será apenas aquela que reverta em benefício do próprio e /ou família como prestadora de cuidados e sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação a preservar, uma vez que o direito à informação está delimitado pelo dever de sigilo profissional, consagrado na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, no artigo 6º, nº1 “O utente dos serviços de saúde tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais” e no nº2 “Os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação”.

O dever de informar de acordo com a alínea c) do artigo 105º da Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015 prevê “ atender com responsabilidade e cuidados todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” e alínea d) “ informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” pois só assim se pode falar de verdadeira liberdade de escolha e de autodeterminação.

Rush (2001, p.53) afirma que “O ensino ao doente está claramente integrado no papel e nas responsabilidades do profissional de enfermagem de urgência.” Adquirindo assim maior impacto nas competências do enfermeiro especialista, uma vez que o direito à informação e o consentimento informado são direitos adquiridos.

Durante a minha prática foi-me possível constatar que os doentes assistidos no SU nem sempre possuem conhecimentos e discernimento para tomarem decisões, quer pela falta de compreensão da informação fornecida, quer pelo estado de ansiedade em que se encontram. Neste sentido, durante o estágio procurei estabelecer uma comunicação clara, utilizando linguagem adequada a cada pessoa, demonstrando-me sempre disponível a esclarecer todas as dúvidas e dei todo o tempo necessário para a interiorização da informação transmitida, verificando a assimilação e validação da mesma e quando solicitado procurei envolver a família no processo de tomada de decisão, transmitindo toda a informação que o doente me autorizava previamente a revelar. Esta atitude, refletiu o esforço pela obtenção do consentimento livre e esclarecido, em todas as situações de prestação de cuidados.

Sendo o consentimento a expressão de vontade de um paciente numa determinada intervenção e tratamento, estamos perante o exercício da autonomia da vontade de paciente, de dispor do próprio corpo, sendo um princípio que está intrínseco ao direito à dignidade da pessoa humana previsto no artigo 1.º da Lei n.º 1/82, de 30 de setembro e na alínea b) do artigo 105º da Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, prevê que o enfermeiro deve “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, diz respeito à capacidade e autonomia que os próprios doentes têm, para decidir sobre o seu tratamento. O artigo 157.º do Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março concretiza que ” o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento (...)”.No entanto, há pessoas que, pela sua circunstância específica, não podem ou não sabem apelar à sua autonomia, fazer as suas opções e afirmar os seus direitos, como é o caso das pessoas mais vulneráveis (alguns doentes do foro psiquiátrico, doentes em estado comatoso, crianças, pessoas com deficiência, por exemplo). Nestas situações, devem poder contar com o enfermeiro para a sua defesa e a defesa dos seus interesses legítimos. (Vieira, 2007).

Tendo em conta o artigo. 99º da Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015 as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, que vai de encontro ao artigo 97º da já referida Lei, em que os enfermeiros estão obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Sendo a dignidade humana um direito inerente à condição de pessoa humana, a aplicação e proteção deste princípio, por vezes, conduz a uma situação de colisão com a proteção do direito à vida como direito fundamental (artigo 24.º Lei n.º 1/82, de 30 de setembro - Constituição da República Portuguesa). As colisões entre estes direitos surgem em situações que o consentimento ou dissentimento prestado pelo paciente impõe como consequência inevitável a “morte”.

Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março no seu nº 2 do artigo 156.º contempla situações em que as intervenções praticadas sem o consentimento eficaz, não é punível. A alínea a) refere casos que o consentimento só puder ser obtido com o adiamento da intervenção ou tratamento médico-cirúrgico arbitrário e esse adiamento implique perigo para a vida ou

perigo grave para o corpo ou para a saúde do paciente, nestas situações o agente pode agir ao abrigo de uma causa de justificação da ilicitude. Verifica-se o critério de urgência para salvar a vida ou evitar perigos graves para o corpo ou a saúde do paciente, sem a possibilidade de obter o consentimento. Estas situações são retratadas, por exemplo: acidente de viação em que o doente devido à sua situação se encontra com alterações do seu estado de consciência, e por isso incapaz de tomar decisões por si só. Aqui o consentimento presumido baseia-se na vontade hipotética do paciente incapaz de consentir. Para o agente agir ao abrigo desta causa de exclusão da ilicitude é necessário que se verifiquem determinados e específicos requisitos, como sejam, o paciente tem de encontrar-se incapaz de expressar a sua vontade real, ou seja, existe a impossibilidade de obtenção do consentimento e a intervenção tem de ser urgente e necessária para salvar a vida ou proteger a integridade física ou a saúde do paciente. O artigo 8.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina protege as situações de urgência “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”. O consentimento presumido é assim, a figura jurídica que protege a autodeterminação de um paciente incapaz de declarar a sua vontade real.

Decorrente do “consentimento presumido” surgem questões vitais que se interligam com o doente em estado terminal. A impossibilidade de o paciente poder expressar a sua vontade é comum nos doentes em situação de fim de vida, assim como, a necessidade de intervir sem a possibilidade de conhecer a vontade do paciente é outro dilema que vivenciei e me levou a refletir. Os doentes em situação de fim de vida, que por várias vezes apenas recorrem ao SU porque a família não apresenta outro suporte na comunidade e tem dificuldade em lidar com a morte. Nestas situações, o doente tem direito a uma morte digna, sobre este assunto a OE (2009a, p.17) afirma que a “morte digna” é um conceito “utilizado pelos enfermeiros para representar um resultado positivo ou um objetivo dos cuidados paliativos. As pessoas em fim de vida e as respetivas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos no final da vida, o que se verifica com a vinda destes doentes ao SU o tratamento não se direciona apenas para o controlo sintomático da dor e diminuição do sofrimento, no entanto por diversas vezes, doentes nestas circunstâncias são sujeitos a procedimentos invasivos e geradores de dor e desconforto. De acordo com o artigo 108º da Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, alínea b) o enfermeiro tem o dever de “respeitar

e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas”.

Prestar cuidados causadores de sofrimento sem qualquer benefício para o doente ou para a sua família, deriva do respeito pelo direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, em que se assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias. Para decidir de forma diferente a formação ética, deontológica e jurídica constitui-se um alicerce pelo que se torna fundamental debater este assunto e começar a mudar mentalidades e paradigmas. Por várias vezes discuti este tema com a minha orientadora e penso que consegui deixar o caminho aberto para uma mudança de comportamento e atitude.

Durante o estágio no SMI tive oportunidade de refletir sobre a problemática do sigilo de informação durante a passagem de turno. A passagem de turno é um momento de partilha de informação relativa ao doente de forma a permitir a continuidade de cuidados e possibilitando a discussão dos enfermeiros para definir estratégias e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste serviço, a passagem de turno é efetuada em dois momentos: num primeiro momento, o enfermeiro apresenta sumariamente cada doente a si atribuído para toda a equipa de enfermagem, onde refere os aspetos gerais do doente; num segundo momento o enfermeiro responsável por cada doente relata unicamente para o colega que o vai substituir o estado do doente e a sua evolução. Ambos os momentos descritos, são feitos no centro da unidade e embora realizada em tom de voz baixo é dirigida para toda a equipa de enfermagem ficando a informação transmitida ao alcance da escuta dos doentes que se encontram nas camas próximas, o que levanta algumas questões relacionadas com a confidencialidade e privacidade da informação, que foram alvo de debate com o meu tutor, uma das vantagens apresentada foi a facilidade de assimilação da informação transmitida, na medida em que se observa diretamente o doente a que a informação diz respeito, outra é o doente ficar a par do seu real estado de sua saúde. No entanto, na minha reflexão posso considerar que com este tipo de passagem de turno a confidencialidade fica comprometida pela proximidade dos doentes e o fato da linguagem utilizada ser de natureza técnico-científica, não é facilitadora para a maioria dos doentes podendo levantar mal entendidos. Neste sentido, considero que a passagem de turno junto dos doentes em contexto de UCI oferece mais desvantagens que vantagens existindo até um certo desrespeito pela privacidade dos doentes, devendo ser alvo de questionamento e

mudança de atitude. A estrutura física do serviço, enquanto unidade aberta, não é facilitadora mesmo quando adotadas todas as medidas adequadas, como tom de voz baixo, tornando necessário não só a mudança de atitude dos enfermeiros, mas de toda a equipa de saúde de forma a respeitar o direito à privacidade dos doentes.

O respeito pela intimidade encontra-se expresso na Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015 no seu artigo 107º- "Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa".

De acordo com a OE (2009, p.4) a enfermagem é "a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado" assim como, segundo o COFEN (2016) a enfermagem é uma profissão envolvida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e comunidade, isto é, os cuidados de enfermagem são dirigidos à pessoa e aos grupos sociais em que se encontra inserida.

No estágio na UTI em SP verifiquei que valorizando o indivíduo nas suas diferenças e peculiaridades este hospital desenvolveu a política de acompanhantes onde permite a presença de um representante da rede social do doente que o acompanha durante toda a sua permanência no hospital, 24 horas por dia, apoiando-o e desenvolvendo competências para a continuidade do tratamento de forma a envolver a família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.

A família pode ser definida como um grupo, uma unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes (International Council of Nurses, 2010). É a unidade básica da organização social, onde individualmente nos formamos como ser humano.

A humanização é um valor fundamental na prestação de cuidados de qualidade, falar em humanização é sobretudo ter uma abordagem global e personalizada do doente, considerando-o no seu todo. Assim, de acordo com a Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, artigo 110º os enfermeiros são responsáveis pela humanização dos cuidados e têm o dever de dar atenção à pessoa que cuida sempre inserida numa família e comunidade, e

consequentemente têm também o dever de permitir o acompanhamento dos doentes nos serviços de urgência. Neste seguimento e tendo em consideração que a doença afeta toda a família, obrigando-a a adaptar-se para alcançar um novo equilíbrio. A capacidade que cada membro tem individualmente e em conjunto para se organizar e lidar com a situação de *stress* é sem dúvida uma fonte de suporte de recurso da própria família. O Cuidar humanizado é uma prática que requer um exercício diário, interativo, com grande investimento, mas necessário. (Pereira et al,2005).

Na UTI em SP existe um documento interno onde estão descritas o perfil desejável do acompanhante/familiar, o seu papel assim como limites com o objetivo de assegurar a segurança do paciente, acompanhante, profissionais de saúde e da própria instituição. Neste sentido procurei ao longo de todo o estágio englobar sempre que possível a família na prestação direta de cuidados ao seu doente, esclarecendo e ajudando-a a enfrentar as situações geradoras de medo e ansiedade. Deparei-me com algumas situações que me fizeram refletir sobre esta temática, embora de acordo com a Lei nº 33/2009 de 14 de Julho os familiares possam permanecer com o seu doente desde que este é admitido no serviço de urgência, no entanto esta prática nem sempre é viável. Com a afluência de doentes que verifiquei neste período de estágio e com a estrutura física deste serviço de urgência esta prática vem dificultar ainda mais a prestação de cuidados. Considerando que a família deve ser envolvida no processo de tomada de decisão e no processo terapêutico, procurei avaliar cada situação de forma a equilibrar o direito de permanecer com o seu familiar e a possibilidade de resposta por parte da instituição. Tendo em conta a Lei nº 106/2009 de 14 de setembro, a pessoa tem direito ao acompanhamento de um familiar em período diurno e noturno, desde que respeite as instruções e regras dos cuidados de saúde assim como os regulamentos das instituições, reforçado pela Lei nº15/2014 no nº 1 do seu artigo 12º em que nos SU do Sistema Nacional de Saúde, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.

Outra situação merecedora de reflexão foi a garantia de universalidade ao acesso de saúde. Segundo o COFEN (2016) o profissional de enfermagem deve: atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de acordo com os princípios éticos e legais participando em ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde

respeitando sempre a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O acesso a este hospital privado em SP devido aos custos elevados das consultas, internamentos e cirurgias este acesso era restrito a quem tinha seguro de saúde ou possibilidades de custear estes serviços. O Sistema Único de Saúde foi criado no sentido de garantir a universalidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil com o intuito de melhorar a saúde do povo. Pela lei do Brasil, saúde é direito de cada cidadão, e é dever do estado prover esta saúde. (Pereira et al, 2005). No entanto o que se verifica é que muitos utentes deslocam-se aos hospitais do Sistema Único de Saúde, aguardam horas pelo atendimento e não têm garantia de serem atendidos. “Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde” (Assis, M.;Jesus W., 2012, p.2865)

No INEM numa das ativações para um acidente de viação com capotamento, à nossa chegada, a vítima já tinha saído do veículo pelos seus próprios meios e no local já se encontrava uma ambulância dos bombeiros. Foi realizada abordagem sistematizada (ABCDE) à vítima que apresentava um Glasgow de 15, uma escoriação no braço direito e sem défices motores, mas tendo em conta as forças presentes na colisão foi proposto imobilização com colar cervical e plano duro que a vítima recusou. Foi-lhe explicado de forma clara e objetiva as possíveis consequências da sua decisão, no entanto, não alterou a sua opinião e assinou o termo de responsabilidade. Posteriormente, após muita insistência da equipa, aceitou ser transportada para o hospital, com acompanhamento dos bombeiros. Nesta situação, respeitou-se o direito à autodeterminação que assenta nos princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa.

A decisão de não ser imobilizada foi respeitada, no entanto foi informada de todos os riscos adjacentes a essa. Segundo Queirós (2001), o princípio da autonomia determina o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres. Na prática diária, implica a promoção de comportamentos autónomos por parte dos utentes, prestando informação e assegurando a correta compreensão da informação fornecida e livre decisão.

Uma outra situação que mereceu a minha reflexão, uma vez que existe um conflito ético-legal, são as situações de PCR. São múltiplas as ativações para situações de PCR ou alterações do estado de consciência que quando as equipas de socorro chegam ao local

deparam-se com vítimas cadáveres e acabam por proceder apenas à verificação do óbito. O médico do INEM apenas pode realizar a verificação do óbito e nunca passar a certidão de óbito. Após a verificação do óbito pode: chamar autoridade policial e de saúde ao local, para que possa investigar a situação devidamente, quando se trata de morte de causa indeterminada ou com sinais de morte violenta (Decreto-Lei n. 11 /98), ou contactar o médico de família para que seja passada a certidão de óbito por um profissional que conhecendo a história clínica do doente ateste que, pelos seus antecedentes, se trata de uma morte natural não necessitando de ser submetida a exames médico-legais. De acordo com o Decreto-Lei n.º 411/98, mesmo não se verificando a suspeita de morte violenta ou de causa indeterminada, cabe à autoridade da polícia coordenar os procedimentos de remoção do cadáver, ainda que o mesmo não tenha que ser submetido a exames médico-legais. No entanto, nem sempre os profissionais procedem desta forma, tanto para reduzir o sofrimento da família como pela necessidade de conseguirem libertar o meio de uma situação burocrática e demorada, e, acabam por correr o risco de compactuar com irregularidades. Do ponto de vista ético e deontológico não me parece correto, pelo que senti necessidade de discutir com as equipas algumas dessas situações e as suas implicações éticas e legais.

As atividades e reflexões descritas foram importantes para o desenvolvimento das competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A tomada de decisão foi fundamentada, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão Tendo a pesquisa bibliográfica sobre questões éticas e a tomada de decisão, sido fundamental.

Competências: integrei conhecimentos adquiridos durante a parte teórica e decorrentes da prática profissional; Lidei com questões complexas, desenvolvi soluções e emiti juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades evocada no Plano Nacional de Saúde 2016-2020 (DGS, 2015) que implica um esforço diário para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; a utilização dos recursos seja eficiente; a prestação de cuidados seja equitativa, realizados no momento adequado e satisfaça os

cidadãos correspondendo tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas de forma a melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil e da segurança e adequação com que esses cuidados são prestados. No mesmo seguimento, o Conselho de Enfermagem da OE, implementou um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, considerando o desenvolvimento de uma prática segura para este domínio delineei objetivos no sentido de prestar cuidados especializados e seguros.

Sendo a segurança um dos elementos fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados prestados e sendo o acesso a cuidados de saúde de qualidade e no momento oportuno um direito fundamental do cidadão, a quem se reconhece legitimidade para exigir essa qualidade, a segurança nos cuidados foi um eixo orientador ao longo de todo o estágio e consequentemente deste relatório.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa em situação crítica, identificando situações-problema associados à prestação de cuidados de enfermagem visando um ambiente seguro foi um dos objetivos delineados.

Para a sua concretização tive em consideração o Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015 sobre o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 cujo desígnio é garantir a segurança dos doentes, evitando incidentes, cuja causa raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança pelo que pretende-se através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. Visa atingir os seguintes objetivos estratégicos: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; Aumentar a segurança da comunicação; Aumentar a segurança cirúrgica; Aumentar a segurança na utilização da medicação; Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; Prevenir a ocorrência de quedas; Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). O que vai de encontro às metas internacionais de segurança do paciente, definidas pela Organização Mundial de Saúde: Identificar os pacientes

corretamente; Melhorar a comunicação efetiva; Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Assegurar Cirurgias com local de Intervenção Correto, Procedimento correto e paciente correto; Reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde; Reduzir o risco de lesões do paciente resultante de quedas. (Joint Commission Internacional, 2016).

Ao longo deste domínio vou refletindo sobre circunstância e situações que colocam em causa a segurança na prestação de cuidados.

No SU uma das situações verificadas foi a sobrelotação e o elevado tempo de espera para atendimento após triagem é uma situação que coloca em causa a segurança e qualidade dos cuidados prestados, que muito me preocupa enquanto pessoa e profissional de saúde.

É uma tendência crescente o paciente que recorre ao SU ser mais dependente e com maior necessidade de cuidados de enfermagem devido ao positivo e natural envelhecimento populacional decorrente do aumento da esperança média de vida, no entanto o número de profissionais de enfermagem não tem crescido de forma equivalente.

O paciente tem direito a receber cuidados em tempo útil (alínea a do artigo 83º da Lei 156/2015 de 16 de Setembro de 2015), no entanto o acesso aos cuidados é condicionado pelos recursos disponíveis. O enfermeiro nesta situação é corresponsável pelo atendimento em tempo útil de forma a evitar prejuízos desnecessários e atrasos no diagnóstico e tratamento, no que depende de si. O que verifiquei foi uma demora no atendimento médico após a realização da triagem de Manchester o que leva a casos de doentes críticos a necessitar de cuidados de enfermagem antes mesmo da observação médica. Neste pressuposto, é dever do enfermeiro comunicar através das vias competentes estas deficiências que comprometem a qualidade de cuidados. Aqui, verifica-se vários pontos a melhorar desde o apoio à segurança do doente pela gestão, a frequência da notificação e a dotação de profissionais.

Segundo a Lei n.º 15/2014, de 21 de março – Direitos dos utentes no serviço de saúde, e Portaria n.º 87/2015, de 23 de março no número 1, o doente tem direito à prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde.

A qualidade assistencial constitui uma questão relevante, pelo que julgo que o sucesso da assistência prestada neste serviço de urgência tem uma relação direta com os recursos humanos e tecnológicos existentes e não tanto com a estrutura organizacional e arquitetónica do serviço.

Neste SU a área amarela na minha opinião é a que necessita de sofrer uma reestruturação visto ser uma área pequena para a quantidade de doentes que recebe, levantando aqui várias questões tanto a nível ético, como da segurança do doente e controlo de infeção. Desde a proximidade dos pacientes, à impossibilidade de permanência de familiares a tempo inteiro até à localização de materiais e fármacos. Este foi um assunto discutido com enfermeira tutora que partilha da mesma opinião. Esta área apresenta uma sala de trabalho de enfermagem com armários com algum material e dois computadores, sendo que nesta área se encontram distribuídos quatro enfermeiros pelo que é necessário iniciar e encerrar a sessão de cada vez que se presta os cuidados necessários a cada doente, de forma aos outros colegas e profissionais poderem aceder aos mesmos, o que efetivamente se traduz numa perda de tempo importante para realização de outras tarefas. Enquanto estagiária não possuía palavra passe pelo que também me dificultava o acesso à informação dos doentes.

Relativamente à segurança na administração de substâncias terapêutica também dei uma sugestão de melhoria, a sala destinada à administração de terapêutica foi adaptada de um antigo gabinete médico e encontra-se no lado oposto à sala de trabalho, não existindo nenhum computador para aceder à informação do doente ou para esclarecer alguma dúvida face à terapêutica a administrar, pelo que sugeri a colocação de um computador nesta sala. No corredor desta área, local de passagem de doentes e familiares existe um armário com medicação ao alcance de todos, sugeri colocar esta medicação dentro da sala de trabalho em substituição do material que lá existe.

Relativamente à administração de hemoderivados no SU existe uma pulseira de identificação, no momento da colheita de sangue para provas coloca-se uma pulseira no doente, pulseira esta que tem um código específico, retira-se uma etiqueta com esse código e cola-se na amostra. Quando o hemoderivado vem do serviço de imunohemoterapia já vem com esse código, então procede-se à confirmação positiva do hemoderivado, o que na minha opinião é uma prática segura que se deveria expandir a outros hospitais.

De forma a aumentar a segurança na comunicação, um objetivo delineado foi **Desenvolver competências de comunicação e comunicar as conclusões assim como os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes a especialistas, à equipa multidisciplinar e ao doente/família.**

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, nomeadamente na transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das

passagens de turno e das transferências ou altas dos pacientes, torna-se fundamental assegurar uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde quer pessoalmente quer através dos mecanismos existentes, cartas de alta e transferência e entre estes e o paciente/família evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras na continuidade de cuidados e no tratamento, potenciando de alguma forma os incidentes com dano para o paciente.

Na UTI em SP um exemplo positivo foi a passagem de turno multidisciplinar e a existência do “Read back”: de forma a melhorar a comunicação efetiva por meio da prática da releitura com ênfase em comunicação de resultados críticos de exames laboratoriais e de imagens.

Segundo Phaneuf (2005,p.23), “a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”.

Posso afirmar que comunicar vai muito para além de informar. A comunicação constitui um aspeto fundamental para o estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e o doente/família. Segundo Potter e Perry (2006, p.139) “ todas as relações de cuidar, estabelecidas no âmbito profissional, podem ser reforçadas por princípios e orientações de utilização eficaz das técnicas de comunicação”.

Naturalmente somos seres sociais, pelo que a comunicação verbal e não-verbal, faz parte integrante do quotidiano. Para atingir este objetivo, aprofundei o conhecimento de técnicas de comunicação com o doente/família, mostrei disponibilidade para ouvir e esperar pelo momento adequado para intervir, interpretei a comunicação não-verbal do doente/família.

Durante o estágio vivenciei várias situações de luto decorrente da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em que a vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. Situações de grande sofrimento, que são por si só geradoras de ansiedade, medo ou preocupação, tendo as competências relacionais e a comunicação eficaz entre o paciente, a família e a própria equipa um papel primordial na promoção de um clima adequado evitando a distorção de informação

Segundo Costa (2009, p.36), “ a experiência de perda e de luto de um familiar é um momento de crise de desenvolvimento para os elementos de uma família, daí que após a perda de um ente querido, a família deveria tornar-se no centro dos nossos cuidados”, dado ser “uma das

experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer”. Ainda mais quando se enquadra num contexto de morte inesperada, em que, profissionais e familiares não se prepararam para o sucedido.

No decorrer do estágio procurei desenvolver um discurso pessoal e fundamentado aplicando estratégias de comunicação verbal e não-verbal. Mostrei uma postura profissional e disponibilidade para esclarecer dúvidas. Por vezes a escuta ativa, a nossa presença efetiva, leva à diminuição dos níveis de ansiedade, promovendo confiança e bem-estar. Tive sempre em consideração que para concretizar uma comunicação eficaz é fundamental assegurar que a informação transmitida é compreendida na totalidade pelo recetor.

Outro aspeto relativamente à segurança do paciente prende-se com o aumento da segurança na preparação da medicação. Se por um lado as instituições de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os pacientes devem ser envolvidos tendo conhecimentos sobre a medicação que fazem e os profissionais têm o dever de assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente. As instituições devem implementar estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, isto é, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais durante a sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos “Look-alike” e “Sound-alike” ou simplesmente medicamentos LASA. (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Foi o que verifiquei durante o estágio na UTI em SP, este hospital é acreditado pela JCI e pela Qmentum Diamante. A sua política de qualidade, encontra-se muito presente garantindo desta forma a segurança do paciente, a gestão de riscos institucionais, a promoção de ações de melhoria contínua dos processos, a elevação do padrão dos serviços prestados por meio de boas práticas, assim como o desenvolvimento e capacitação contínua dos colaboradores. O seu foco é a segurança do paciente, desde a admissão, identificação do paciente tudo está protocolado e interligado, qualquer alerta no processo é comunicado às diferentes áreas que trabalham com o paciente desde a parte administrativa, médica, de enfermagem assim como hotelaria.

De forma a melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, como a utilização de medicamentos de alto risco deve ser garantida por controlo em todas as etapas na cadeia de medicação: identificação da medicação de alto risco; diferenciação de medicações semelhantes; padrões de diluição; dupla verificação na administração de cloreto de potássio, nutrição parentérica e citoestáticos e a confirmação dos 5 certos.

Na UTI em São Paulo a nível da segurança na administração de substâncias terapêutica, existem várias etapas de forma a mitigar o erro. A terapêutica já vem separada da farmácia para cada doente – sistema unidose, e é preparada na unidade de cada doente após confirmação e administrada na hora, é feita confirmação dos 5 certos, doente certo, via certa, hora certa, medicamento certo, dose certa. Sobre esta temática uma sugestão de melhoria foi a colocação de etiquetas com nome e nº de processo do doente e via de administração em todos os fármacos a serem administrados mesmo em bólus e não apenas nos que ficam em perfusão. A medicação de alto risco como o caso do cloreto de potássio, quimioterapia e nutrição parentérica necessita de dupla verificação e validação e é levantada diretamente na farmácia existente no serviço. No entanto, esta administração é efetuada pelo técnico de enfermagem, no entanto a supervisão e responsabilidade de administração passa também pelo enfermeiro.

A reconciliação terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente. A OMS recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre serviços e nas altas, ou seja, nestes momentos, a lista completa da medicação do doente, com denominação, dose, frequência e via de administração, deve ser sempre revista. A reconciliação terapêutica permite reduzir a omissão, a duplicação ou a prescrição incorreta de medicação nas transições e transferências de cuidados e, reduzir, assim, os incidentes com medicação (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

No INEM, nomeadamente nos meio SIV e VMER existe uma mala com os diversos fármacos, e, constatei que ampolas semelhantes se encontravam próximas, propiciando o erro em situação de *stress*, assim, uma sugestão de melhoria foi o afastamento das ampolas que têm uma apresentação semelhante para evitar o erro. Uma dificuldade sentida enquanto estagiária, foi em saber o local de cada fármaco, na mala de medicação perdendo tempo na sua procura, e como sabemos, o tempo é essencial nas situações de emergência. Uma

sugestão de melhoria foi adicionar na *check-list* para além do número de cada fármaco, localiza-los também por linhas e colunas e uniformiza-lo aos meios. A verificação da *check-list* ajuda a memorizar os locais dos materiais e localizações dos fármacos, mas na minha opinião uma uniformização a nível dos meios só traria vantagens. O material existente é igual, no entanto difere a sua arrumação. Conhecer o local do material e o seu funcionamento é fulcral para uma rápida e eficaz resposta à situação. Outra situação de risco que detetei, foi a validação da terapêutica a administrar, uma vez que a prescrição é verbal, não existe prescrição em papel, o que pode leva a erros, nomeadamente em medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, sendo assim necessário validar sempre o fármaco e a dosagem, antes da administração (*read-back*).

Estimulando a adesão dos profissionais à notificação de incidentes e de risco existe uma plataforma para notificação de risco, no entanto era importante garantir o anonimato de quem a realiza, o que nem sempre é o que se verifica.

Relativamente à identificação inequívoca do paciente, a Organização Mundial da Saúde recomenda a adoção de estratégias que promovam a normalização de boas práticas nesta área, nomeadamente a utilização de sistemas com códigos de barras ou utilização de pulseiras de identificação de doentes e, ainda, que seja providenciada informação e formação específica tanto aos profissionais de saúde, como ao cidadão em geral. As instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar. (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Na UTI em SP as rotinas operacionais padrão para a identificação dos pacientes implica que estes devem ser identificados sempre pelo nome completo e pela data de nascimento sempre antes de qualquer atendimento e/ou procedimento assistencial, e confirmada com a participação do paciente ou acompanhante, salvo impossibilidade destes, a nível de assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto - padroniza as etapas de segurança antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão (*time out*), após a cirurgia (*sign out*) por meio de: aplicação dos termos de consentimento livres e esclarecidos, visita pré-anestésica e cirúrgica, sistematização da assistência de enfermagem perioperatória; lateralidade; antibioterapia profilática; alergias; protocolo tromboembolismo venoso.

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo, podendo ocorrer em todas as faixas etárias, contudo, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e as consequências daí resultantes têm sido maiores. As quedas estão na origem de uma significativa morbidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. O seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras, representando um grave problema de saúde pública (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

De forma a reduzir o risco de lesões do paciente resultante de quedas a UTI em SP visa reduzir o número de pacientes que caem, assim como a severidade da lesão, para isso aplica-se a Escala de Morse de forma a identificar os pacientes com risco de queda. De forma a identificar visualmente os que tem risco coloca-se uma pulseira no doente, uma placa no quadro de comunicação e outra no leito do mesmo. Realiza-se ainda uma orientação ao paciente e acompanhante sobre as medidas preventivas de forma a os envolver no processo e prescreve-se as medidas preventivas. Na minha observação a presença de um familiar 24 horas por dia para além das vantagens já referidas reduz a incidência da queda refletindo-se em ganhos de saúde. Transmitem estas informações pelos serviços onde realizei estágio no entanto neste momento a presença de um familiar 24 horas por dia não é possível mas pode-se caminhar nesse sentido.

Outro aspeto a ter em consideração é a prevenção das úlceras de pressão que é um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. As úlceras de pressão, causam impacto na qualidade de vida das pessoas, provocando dor e sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte, aumentando ainda o número de dias de internamento e de readmissões hospitalares. São vários os fatores de risco, como sendo a imobilidade, o estado nutricional, a integridade da pele, a idade e o nível de oxigenação do sangue. (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Durante os diferentes módulos de estágio verifiquei a preocupação pela prevenção de úlceras de pressão. A utilização da escala de Braden para avaliação dos doentes com risco é transversal aos locais onde estagiei, no entanto algumas medidas de prevenção vão diferindo. Na UTI em SP utilizam colchões de ar dinâmico, aplicam tegaderme® (filme transparente) nas proeminências ósseas, aplicam creme hidratante à base de ácidos gordos essenciais após o banho em todo o corpo e realizam posicionamentos de 2/2 horas. A este nível penso que tem existido um aumento da

preocupação e das medidas preventivas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A implementação em Portugal de todas estas medidas é possível no entanto é necessário rever os rácio enfermeiro/doente assim como os recursos materiais existentes. Medir os resultados da assistência prestada é uma preocupação dos gestores, os instrumentos de mensuração da qualidade, isto é, os indicadores de qualidade são uma ferramenta de apoio na vigilância da qualidade assistencial e na identificação de oportunidades de melhoria (Pereira et al, 2005). Os resultados das atividades institucionais na área da qualidade, são apresentados mensalmente e são do conhecimento de toda a equipa de saúde. Cada vez mais se torna imperioso demonstrar como é que o nosso trabalho enquanto enfermeiros acrescenta qualidade à saúde, daí termos indicadores de resultados e não apenas de processo. Alguns indicadores de resultado como o índice de adesão à lavagem das mãos, o índice de broncoaspiração em pacientes adultos internados, a incidência de quedas por paciente risco/dia, a incidência de flebite por paciente com acesso venoso periférico/ dia, a incidência de tromboembolismo venoso por paciente risco/dia, o índice de bacteriemias por paciente com cateter venoso central, o índice de infeções urinárias em doente com sondas vesicais de demora, permitem verificar a eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados.

A notificação de incidentes é outra medida para aumentar a segurança do paciente, uma vez que é utilizada para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de serviço/organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro. Contudo, outras estratégias, como reuniões com profissionais de saúde ou com os doentes e familiares, a análise de registos clínicos, as auditorias internas e os sistemas de alertas de segurança, entre outras iniciativas, devem ser estabelecidas para que as vulnerabilidades da instituição, que poderão dar origem a incidentes de segurança, possam ser proactivamente identificadas e minimizadas. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” e mais importante mudar a atitude dos profissionais promovendo a cultura da notificação de risco e aprendizagem com o erro (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

As auditorias internas pela minha experiência tem um efeito positivo. Na UTI de SP no turno da tarde é destacada uma enfermeira de apoio que tem horário diferenciado, ficando responsável pelas auditorias internas, comunicação à equipa de eventuais alterações de

protocolo e fica com o telefone do serviço para gestão de vagas. Estas auditorias internas dizem respeito ao controlo da qualidade a nível da lavagem das mãos, dos cateteres venosos centrais, cateteres vesicais de longa duração, sonda entérica, tubo orotraqueal e úlcera de pressão. Onde verifica se está tudo segundo as rotinas operacionais padrão.

Relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde que dificultam o tratamento adequado do doente e provocam morbilidade e mortalidade. Seguindo este problema a DGS desenvolveu o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Como enfermeira com EEMC este é um ponto fundamental, visto uma competência específica do enfermeiro especialista em EMC é “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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”. Donde se compreende a necessidade do desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências que contribuam para aumentar e uniformizar boas práticas que se caracterizam por cuidados seguros e de qualidade.

A OE (2010) a nível deste domínio define como competência do enfermeiro especialista a criação, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e promoção de um ambiente seguro. Sendo esperado que o enfermeiro especialista tenha um papel mais ativo neste âmbito. Neste sentido um objetivo delineado para o SU foi o de **sensibilizar a equipa para as precauções básicas e adicionais dependentes da via de transmissão no controlo de infeção**. Para isso realizei uma revisão bibliográfica com o intuito de fazer uma sessão de formação em serviço, no entanto devido à grande afluência de doentes ao SU, não foi possível a realização de formação em serviço, pelo que uma das estratégias encontradas para contornar a impossibilidade de realizar uma formação formal foi aproveitar todos os momentos oportunos para sensibilizar para a importância das PBCI e medidas adicionais de isolamento.

O objetivo primordial desta revisão bibliográfica foi divulgar junto da equipa multidisciplinar informação atualizada sobre a temática das PBCI e as precauções adicionais de isolamento dependentes das vias de transmissão, de forma a melhorar os procedimentos da equipa multidisciplinar e reduzir os casos de IACS, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade e criação de um ambiente terapêutico e seguro.

A sua pertinência deve-se por um lado à necessidade crescente de proteger os profissionais de saúde e utentes de infeções potencialmente prevenidas com a aplicação das PBCI por

outro lado pelo direito do utente a cuidados de saúde de excelência. Cada vez mais observa-se um aumento na exigência da prestação de cuidados de enfermagem, tanto pela complexidade dos cuidados a prestar como pelo contexto em que os enfermeiros exercem a sua atividade. Estando a sociedade cada vez mais informada espera dos enfermeiros cuidados seguros e de elevada qualidade. Neste sentido, os enfermeiros devido ao número de horas de cuidados diretos é um grupo profissional com um papel fundamental na área da prevenção e controlo das IACS sendo responsáveis por assegurar e promover um aumento da qualidade, da eficácia e da eficiência dos cuidados de enfermagem prestados.

As PBCI são um conjunto de práticas de prevenção de infeção aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso e do local da prestação de cuidados. A aplicação das práticas depende da duração e natureza da interação entre profissional-doente e a possibilidade de antecipar a exposição ao sangue e fluídos orgânicos ou outras exposições patogénicas. Nesta sequência outra oportunidade de melhoria identificada no SU foi no que se refere à colocação e remoção de equipamento de proteção individual, não sei se por falta de conhecimento ou decorrente da falta de tempo e carga de trabalho, verifiquei que esta prática não se realiza pela ordem correta de forma a proteger corretamente o profissional de saúde, daí a realização de um poster sobre a correta colocação e remoção do equipamento de proteção individual. Esta revisão bibliográfica e o poster encontram-se na íntegra no apêndice I.

No INEM o contato com os diferentes meios, foi uma vantagem, visto que me permitiu verificar a existência de alternativas para os problemas detetados e assim realizar sugestões de melhoria. A título de exemplo, alguns meios possuem SABA para desinfeção das mãos na porta da frente da viatura e verifiquei que nestes casos as mãos são desinfetadas com frequência do que nos casos em que o desinfetante se encontra na mala ou mesmo na unidade sanitária, assim, sugeri a colocação de uma SABA na porta da frente das viaturas. Uma lacuna verificada foi a nível da lavagem das mãos. Sem dúvida que nem sempre temos um local disponível para a lavagem manual das mãos mas em todas as viaturas possuímos a SABA e de acordo com os novos estudos a SABA deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos. Desde que as mãos estejam visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica, deve ser utilizada na maioria dos procedimentos comuns na prestação de cuidados. DGS (2010).

De acordo com a DGS, (2010) a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. Seja a lavagem das mãos com água e sabão, aplicando-se esta técnica às situações em que as mãos se encontra visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. Este procedimento demora cerca de 60 segundos. Seja a fricção antisséptica das mãos que consiste na aplicação de SABA para fricção das mãos. Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados durante a prestação de cuidados desde que as mãos estejam visivelmente limpas. Este procedimento deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos porque é a mais acessível, rápida, efetiva e melhor tolerada. A transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas, ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e de outros doentes ou do ambiente contaminado. Realizei uma pesquisa bibliográfica sobre as normas existentes, campanhas a decorrer e estudos mais recentes a nível do controlo de infeção, diagnostiquei as necessidades em matéria de prevenção e controlo de infeção e estabeleci estratégias pró-ativas a implementar

Outro aspeto foi a não desinfeção do lifepack após cada saída que envolva a sua utilização, neste ponto a existência de toalhetes de Anios® que é um desinfetante á base de compostos de amónio quaternário para a descontaminação de materiais e equipamentos, uma vez que podem ser veículos de transmissão de microrganismos, esta apresentação em toalhetes pode facilitar a sua realização, uma vez que se torna mais prático e rápido.

Sendo o controlo da IACS primordial na prestação de cuidados, torna-se impreterível ter uma prática baseada na evidência que é a utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de informações derivadas de teorias da investigação realizada para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos de doentes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências (Galvão et al., 2004). À medida que a esperança de vida aumenta e que as tecnologias são cada vez mais avançadas e invasivas, e consequentemente o número de doentes em terapêutica imunossupressora aumenta, existe um maior risco de infeção.

Uma prática simples mas efetiva no controlo das IACS verificada no hospital de SP é a colheita de 2 zaragatoas, 1 da região axilar e inguinal e outra da região anal no momento da admissão para despiste MRSA (*Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*), e KPC (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*). É realizada uma anamnese onde se verifica se o paciente precisa de ficar em isolamento. Os critérios para isolamento são: internamento há menos de 30 dias, independentemente do diagnóstico; infeção por microrganismo multirresistente durante um período de 1 ano; paciente renal crónico em hemodiálise; doente transferido de cuidados continuados; transferência de outro hospital se submetido a procedimento invasivo. Após chegada dos resultados das culturas ou 2 dias sem sinais ou sintomas de infeção é cancelado o isolamento.

A pessoa em situação crítica decorrente da sua instabilidade hemodinâmica é submetida às mais variadas técnicas invasivas quer para diagnóstico, tratamento ou mesmo monitorização, no entanto a utilização de soluções com clorhexidina 2% na preparação da pele e compressas individuais impregnadas em álcool isopropílico a 70% para desinfeção de torneiras, e dispositivos intravasculares assim como o uso adequado de EPI vai de encontro às *guidelines* sobre a prevenção de infeção com os dispositivos intravasculares (Centers for Diseases Control and Prevention, 2011) e veio contribuir para a redução efetiva das IACS.

Os momentos formativos realizados, assim como as reflexões sobre a prestação de cuidados seguros contribuíram para a prestação de cuidados especializados, fundamentados e com base na evidência científica, mas também para o crescimento pessoal e profissional como enfermeira EEMC.

Competências: Zelei pelos cuidados prestados na área de EEMC, Promovi a formação em serviço na área de EEMC; Identifiquei situações de melhoria para a qualidade e segurança do doente e dos profissionais; Maximizei a intervenção na prevenção e controlo de infeção; Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EEMC; Tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC

2.3. Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista como conhecedor das dinâmicas e metodologias do serviço, assume uma postura de referência perante a equipa

multidisciplinar e a instituição onde exerce a sua função mesmo não estando diretamente ligado à prestação de cuidados, zela, lidera e supervisiona os mesmos, assumindo, assim, a responsabilidade dos cuidados prestados pela equipa.

Sendo a enfermagem uma ciência humana como defende Watson (2002), em que os enfermeiros lidam com seres humanos que apresentam comportamentos individuais com base em princípios, valores, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivadas, nem considerados elementos independentes na prestação de cuidados de enfermagem.

Implementar, gerir e supervisionar cuidados de enfermagem congruentes com os valores que orientam a profissão e com a matriz cultural do doente/família foi um objetivo delineado para este domínio que para a sua concretização verifiquei e refleti de forma crítica, sobre o papel do enfermeiro especialista em EMC no domínio da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais, assim como promovi o desenvolvimento da formação, investigação e de uma prática baseada na evidência científica, desenvolvendo competências de liderança, supervisão clínica, tomada de decisão e motivação da equipa promovendo um ambiente favorável à prática de cuidados. Sem dúvida, que a realização de parte do estágio no Brasil onde o enfermeiro é o responsável pela prescrição e gestão dos cuidados de enfermagem assim como a supervisão dos mesmos, vistos serem realizados pelo técnico de enfermagem, contribuiu para uma maior capacitação enquanto gestora de cuidados e desenvolvimento de competências de supervisão.

De acordo com Abreu (2002), a supervisão clínica constitui-se como uma estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipas, maturação e desenvolvimento profissional e pessoal, existindo diferentes conceitos e modelos. A supervisão clínica em enfermagem dá suporte às práticas no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, melhora a qualidade das mesmas, apoia a formação clínica, faz uma gestão personalizada dos sentimentos e eleva a satisfação profissional dos enfermeiros contribuindo para a qualidade em matéria de assistência em saúde (Soares, 2009).

O enfermeiro especialista em EMC enquanto líder deve procurar aperfeiçoar-se continuamente, aliando conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar, correspondendo às expectativas da organização e da equipa, promovendo uma prática mais crítica, reflexiva e baseada na evidência científica.

No Brasil, compete ao enfermeiro a implementação, o planeamento, a organização, a execução assim como a avaliação do processo de enfermagem, por meio da consulta de enfermagem, que contempla a entrevista e exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. O que verifiquei na UTI em SP é que após a avaliação do doente através do exame físico e da entrevista, o enfermeiro identifica os problemas de enfermagem, as necessidades básicas e o grau de dependência elaborando a partir daí o diagnóstico de enfermagem. A prescrição de enfermagem é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro de forma a direcionar a assistência da enfermagem para a concretização e resolução dos problemas identificados. A evolução da enfermagem, isto é, a avaliação do plano de cuidados é feita pelo enfermeiro após reavaliação do doente. Deve constar os resultados das ações estabelecidas na prescrição da enfermagem assim como novos problemas identificados para as 24 horas.

Os técnicos de enfermagem executam parte das ações assistenciais de enfermagem prescritas pelo enfermeiro, existe em parte uma delegação de funções. A delegação, enquanto atribuição a terceiro de uma determinada tarefa, não isenta quem delegou da responsabilidade pelos atos que incumbiu a terceiros pelo que se torna fundamental a supervisão assim como a instrução ou demonstração prática das tarefas delegadas.

A delegação de tarefas é transversal aos cuidados de enfermagem, no entanto, de acordo com a Lei 156/2015 no seu artigo 100º é dever do enfermeiro “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” bem como “garantir a qualidade e assegurar a continuidade das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”(artigo 109º).

Um outro aspeto importante é a participação nas decisões da equipa multiprofissional, na UTI de SP durante o turno da manhã e da tarde realiza-se uma visita multidisciplinar com médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, farmacêutica e responsável pela comissão de controlo de infeção, onde todos fazem a sua avaliação de cada paciente e em conjunto discutem a situação clínica do doente e realizam um plano de cuidados para as próximas 24 horas, na visita da tarde faz-se a transmissão de informação e reavalia-se o paciente atualizando o plano de cuidados.

De forma a melhorar o acesso e transmissão de informação torna-se fundamental o uso da tecnologia da informação nos diversos campos de conhecimento. A nível hospitalar é uma

fonte de informação sobre os indicadores do hospital que fornece dados importantes para os processos estratégico e de decisão da gestão administrativa.

No âmbito da saúde, podemos definir um sistema de informação hospitalar como um sistema de informação computadorizado dentro de um ambiente hospitalar, capaz de registrar informações sobre os pacientes a fim de que possam ser utilizados por todos os setores do hospital que delas necessitem. (Pereira et al, 2005)

No SU o sistema de informação mais utilizado é o ALERT®, este software permite que todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente, médico, enfermeiro, AO, técnicos de meios complementares de diagnósticos, tenham acesso ao processo do doente, ficando em sistema todas as prescrições, seja de medicação ou de exames diagnósticos, que são validados quando executados, e onde depois são também integrados os resultados. Permite uma visão global do estado de saúde do paciente, do resultado das intervenções desenvolvidas e do plano instituído. No entanto apresenta limitações, uma delas é não tem interligação com todos os serviços do hospital, principalmente com os outros sistemas de registos utilizados nos internamentos, não permitindo a continuidade da informação, quando o doente é internado. Sendo necessário imprimir todo o processo criado no ALERT®, para que este acompanhe o doente. Outro ponto menos positivo, é a repetição de informação, ao consultar o processo do doente, verificamos repetição da informação em diferentes locais da aplicação. Em simultâneo com o ALERT® usamos o SClinico® que é um sistema de informação evolutivo que surge a partir do sistema de apoio ao médico e do sistema de apoio à prática de enfermagem. Inserido na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação, assim como o acesso à informação clínica do paciente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, de forma a homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente. Simultaneamente existe o JOne® é um *software* que permite o registo e consulta da informação clínica de todos os pacientes. É uma ferramenta que está integrada com todas as plataformas de meios complementares de diagnóstico e tratamento do hospital. Para além disso, possui a capacidade de inserção de documentação estruturada e de um sistema de suporte à decisão. Este acesso e utilização da informação por parte da equipa multidisciplinar, tem sido considerada benéfica do ponto de vista assistencial, pois visa proporcionar ao paciente todos os cuidados disponíveis na

instituição para o correto diagnóstico e tratamento. No entanto, o acesso ao processo clínico deve ser restrito à equipa indispensável ao processo terapêutico. Coloca-se aqui novamente a questão da perda de confidencialidade. As normas e as rotinas que possibilitam ou restringem o acesso aos dados do doente devem ser objeto de atenção e aperfeiçoamento.

No decorrer do estágio no SMI realizei a admissão de pacientes, percebendo toda a dinâmica envolvente, na preparação da unidade, na verificação do ventilador, na preparação do material para colocação da linha arterial e cateter venoso central, identificando a complexidade dos cuidados inerentes à admissão da pessoa em situação crítica e da importância da sua realização antes da entrada do paciente. A implementação do processo de enfermagem foi efetuado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, utilizando o sistema de informação SClínico. A aplicação do processo de enfermagem teve por base os conhecimentos adquiridos de forma a identificar precocemente problemas existentes reduzindo as comorbidades a eles associadas, estabelecendo os diagnóstico e planeando as atividades de enfermagem adequadas, implementando-as e avaliando a sua eficácia. A sua aplicação inicial foi por variadíssimas vezes executada mentalmente devido à necessidade de uma resposta rápida e eficaz perante situações de instabilidade do doente.

No INEM tive a oportunidade de passar um turno com o enfermeiro coordenador, onde tive uma oportunidade privilegiada de me inteirar sobre alguns pormenores da gestão. Para uma gestão do serviço, que resulte na operacionalidade permanente dos equipamentos e materiais, de forma a garantir a segurança aos vários operacionais no desempenho das suas funções, assim como na assistência à vítima, é importante sistematizar as verificações de todos os equipamentos e cargas. Apesar de existirem regras padrão, provindas do INEM sobretudo no que concerne à carga e equipamentos da VMER, cada equipa adotou e organizou a sua mala de forma a se adequar à sua realidade, no entanto não existe uma uniformização, pelo que a existência da *checklist* tornou possível a perceção da organização dos materiais, permitindo a verificação de todo o material existente na mochila de primeira abordagem, desde material de permeabilização da via aérea, material para colocação de acessos vasculares, soros, máquina para avaliação de glicémia capilar, caixa com fármacos, assim como a localização e funcionamento dos equipamentos, nomeadamente o monitor desfibrilhador *Lifepack*. Após cada ativação, se não formos ativados para outra situação de

emergência, ao regressar à base é repostado todo o material gasto durante aquela saída, desta forma fica garantida uma boa gestão dos materiais, mantendo sempre os níveis pré-definidos.

As bases da VMER por onde passei são contíguas aos hospitais e têm uma estrutura física muito semelhante sendo constituídas por dois quartos, um para descanso do médico e outro para o enfermeiro, ambos, equipados de instalações sanitárias. Possui ainda uma área comum, onde se concentra toda a atividade de registo e permanência da equipa, e onde se encontra uma copa de apoio, uma área de sujos e de armazenamento de *stocks*. A área de influência é a mesma da área de influência do hospital em que se encontra contígua. No entanto, pode ser acionada para desenvolver a sua atividade em zonas fora da sua área de intervenção habitual. Pelas particularidades da VMER, por realizarem um trabalho maioritariamente no exterior, o pedido de consumíveis, fármacos e reposição de *stock*, é sempre da responsabilidade dos profissionais da VMER. Dado não existirem elementos a tempo inteiro para a sua gestão e organização, torna-se imperiosa a distribuição do trabalho. Existem vários impressos, dos quais saliento o impresso sobre a “Distribuição das funções”, isto é, anualmente a coordenação da VMER, atribui aos médicos e enfermeiros que integram a equipa, diversas funções/responsabilidades, que incluem a distribuição de funções inerentes ao funcionamento base do serviço, quer das atividades formativas, tanto internas como externas bem como outras, que se considerem relevantes. De igual forma, existe o “plano semanal de tarefas” e o “plano mensal de tarefas”, onde estão descritas as diferentes atividades a desenvolver, por dia e por turno. Existe um livro de ocorrências para registar as atividades não realizadas, assim como o motivo da sua não realização. Um impresso para a monitorização de Inoperacional, isto é, quando a VMER não se encontra operacional, independente do motivo que dá origem à inoperacionalidade da VMER. Os motivos de inoperacionalidade podem ser vários, desde uma avaria na viatura, que infelizmente é comum, um acidente, ou a falta de um dos tripulantes, seja médico ou enfermeiro. A existência de inoperacionalidade assim como a recuperação de operacionalidade, tem de ser sempre comunicada ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes.

Os registos nos meios INEM são efetuados no sistema informático ICare (Integrated Clinical Ambulance Record, que permite um atendimento mais rápido visto que a informação do evento é enviada automaticamente do Centro de Orientação de Doentes Urgentes e atualizada em tempo real. Nas ambulâncias de emergência médica os registos resume-se à avaliação da vítima, estado neurológico, história atual e antecedentes patológicos, medicação habitual e parâmetros vitais. Nas ambulâncias SIV, para além destes registos, também têm a

possibilidade de indicar os protocolos SIV ativados, medicação administrada e realização de ECG que permite transmitir por telemetria ao médico do Centro de Orientação de Doentes Urgentes para avaliação.

No meio VMER, os registos são efetuados através do verbete, apesar de o computador com o programa informático já se encontrar disponível nas bases. Neste meio os registos são efetuados pelo médico, onde fica registada a avaliação primária e secundária da vítima, estado neurológico, a medicação administrada, as intervenções efetuadas e os resultados obtidos, mesmo o médico e enfermeiro trabalharem em equipa não existe nenhum registo por parte do enfermeiro, sendo esta questão partilhada com a enfermeira tutora que referiu que existe a possibilidade do enfermeiro também registar e se não o faz é por opção o que a mim me deixa desconfortável uma vez que os registos de enfermagem são de extrema importância tanto como instrumento de continuidade de cuidados como para dar visibilidade às intervenções realizadas permitindo uma avaliação dos cuidados, pelo que fui partilhando esta minha visão por todos os meios onde efetuei estágio de forma a fomentar a discussão, visto que da “discussão nasce a luz”. Após este registo é contactado o Centro de Orientação de Doentes Urgentes e são passados os dados sobre o estado clínico da vítima. Do Centro de Orientação de Doentes Urgentes, parte a indicação para os meios: Ambulâncias de Emergência Médica, Ambulâncias SIV, VMER, do hospital de destino, e em casos mais graves contacta os hospitais, de modo a que a equipa da unidade de destino esteja preparada para a chegada da vítima, reduzindo o tempo de atendimento.

Relativamente aos recursos humanos e à logística, diferem de meio para meio. Nas SIV que não estão integradas, os enfermeiros pertencem ao INEM e o material é fornecido pela logística do INEM. Nas SIV integradas, o material é fornecido pelo hospital em que o meio se encontra integrado. A nível dos recursos humanos, existem enfermeiros que pertencem ao INEM, e não trabalham na urgência e os restantes são profissionais da instituição hospitalar onde as SIV se encontram integradas. Nestes casos os profissionais do SU destacados para a SIV continuam com postos atribuídos no SU. Quando são ativados, deixam o seu posto e os utentes a ele alocados, o que levanta questões como a segurança dos utentes e a ocorrência do erro.

A nível da gestão, e visto ser uma preocupação do enfermeiro especialista a promoção de um ambiente positivo e a aplicação de estratégias de motivação, ao verificar o cansaço resultante da sobrecarga de trabalho, assim como o *burnout* de alguns elementos de algumas

equipas onde estagiei e tendo conhecimento das suas consequências para os serviços e pacientes realizei uma pesquisa bibliográfica sobre este tema para melhorar a minha atuação e refletir sobre a temática.

Uma organização que tem funcionários satisfeitos, tem vantagens e potencial acrescido, dado que, atrai os melhores, reduz a rotatividade do pessoal, aumenta a produtividade, reduz os custos, melhora a imagem perante a comunidade e ganha competitividade. (Mezomo, 2001).

O síndrome de burnout está associado a várias formas de reações negativas ao emprego, incluindo insatisfação laboral, intenção de sair do emprego, absentéismo e rotatividade. De acordo com Loreto (2001), atinge principalmente profissionais de ajuda, onde existe um grande relacionamento interpessoal. O trabalho contínuo com situações de ameaça à vida e em sofrimento psicológico, social ou físico, pode causar stresse crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de burnout. De acordo com Spooner-Lane, (2003), o burnout leva os enfermeiros a desenvolver sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos seus utentes. Este estado leva a um sentimento de vazio, de fracasso profissional e de incapacidade para o trabalho, o que por sua vez conduz a um isolamento dos profissionais em relação aos seus doentes e colegas de trabalho. Para Maslach (2009), existem seis áreas que em conjunto representam os principais antecedentes organizacionais do burnout: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, o sentimento de recompensa insuficiente, a ausência de comunidade, a falta de justiça e o conflito de valores, e, é sobre estas áreas que o enfermeiro gestor na sua prática clínica deve intervir. Atualmente, o compromisso com o trabalho, "*job engagement*", trouxe uma nova visão sobre quem se interessa pela temática (Maslach,2006). Uma forma de prevenção é a promoção do compromisso com o trabalho e, pode ser fomentada após se perceber, quais os fatores do trabalho que são promotores de energia, vigor e resistência dos profissionais, que potenciam o seu envolvimento e absorção nas tarefas, e aqueles que asseguram a sua dedicação e sucesso no trabalho. O fato de o foco mudar para a promoção do bem-estar e da melhoria das condições de trabalho, pode funcionar então como um forte motivador nos profissionais.

Pensando nisto, o enfermeiro-chefe do SU alterou o rolement de forma a reduzir o número de dias de trabalho sem folga. Durante o meu período de estágio no SU abriu concurso para contratação de enfermeiros, de forma a reforçar as equipas, reduzindo a sobrecarga de trabalho.

Considero o SMI um exemplo positivo visto encontrar uma equipa muito motivada e com uma prática de cuidados baseados na evidencia científica. Verifiquei algumas características particulares deste serviço, como sendo a taxa de ocupação, durante a minha permanência o serviço nunca se encontrou com uma taxa de ocupação de 100% permanecendo sempre o mesmo número de profissionais em cada turno. O rácio no SMI é de 2 doentes para cada enfermeiro, no entanto a sua taxa de ocupação raramente atinge os 100% pelo que não apresentam uma sobrecarga de trabalho. Possuem grupos de trabalho que pesquisam sobre as mais recentes práticas baseadas a evidência, tendo um elevado compromisso com o trabalho. A nível de horas de trabalho, existem enfermeiros com carga horária diferente, uns trabalham 35 horas semanais e outros 40 horas semanais no entanto o salário é proporcional às horas de trabalho, não existindo injustiças.

Outro exemplo que considerei de sucesso, e partilhei com outros meios por onde efetuei estágio foi a participação em atividades de grupo fora do local de trabalho, nomeadamente a descida mais louca de Famalicão. Os membros da VMER, construíram em conjunto um carro de rolamentos e participaram nessa atividade. Na minha opinião atividades deste género para além de fomentar os laços de união, faz com que trabalhem em prol do mesmo objetivo, desenvolvendo o sentimento de pertença.

Competências: Realizei a gestão dos cuidados na área da EEMC; Liderei equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC; Demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de gestão em EEMC; Geri e supervisionei cuidados na área da EEMC; Colaborei na definição de recursos adequados para a segurança na prestação de cuidados; Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Geri respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional; Participei na construção da tomada de decisão em equipa; Colaborei nas decisões da equipa multidisciplinar.

2.4. Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais

Para orientar a minha prática com base na evidência científica é imperioso manter uma atualização contínua dos conhecimentos que advém do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios, na procura permanente da excelência no exercício profissional, que vai de encontro ao disposto na alínea a) do artigo 109º da Lei 156/2015 de 16 de setembro, em que

o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e a “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. (alínea c do mesmo artigo).

Um objetivo delineado para este domínio foi, **identificar em contexto de urgência/emergência situações que precisem de cuidados especializados no âmbito da EEMC nomeadamente, situações de falência orgânica, dor e fim de vida, estabelecendo prioridades e mobilizando conhecimentos.**

Para atingir este objetivo realizei determinadas atividades nomeadamente a assistência a doentes do foro médico e traumatológico em conformidade com os princípios éticos universais (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça). Observei e colaborei na avaliação e estabilização do paciente em contexto de sala de emergência e cuidados intensivos com monitorizações hemodinâmicas invasivas, em ventilação mecânica invasiva, com suporte hemodinâmico e a realizar hemodiálise e hemodiafiltração. Tive a oportunidade de executar SAV seguindo o algoritmo de reanimação dos ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis, de forma sistemática e refletida, mobilizando conhecimentos e identificando prioridades. Realizei revisão bibliográfica e apliquei conhecimentos adquiridos ao longo do curso, tendo em conta as necessidades identificadas; Adquiri conhecimento sobre os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe. Identifiquei práticas de risco e adoção das medidas apropriadas. Desde o início deste estágio que fui integrada na prestação direta de cuidados, o que me permitiu uma rápida integração e participação em todas as atividades de forma a desenvolver capacidades técnicas e científicas na resolução de situações imprevistas e complexas assim como a capacidade de trabalhar sob *stress* de forma adequada e refletida em colaboração com a equipa multidisciplinar.

Uma preocupação sempre presente foi a sensibilização para a avaliação e gestão da dor do paciente em situação crítica, visto que o controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização DGS (2013). Tendo em consideração que a dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias não devendo, no entanto, ser causa de sofrimento desnecessário. A

avaliação e registo da intensidade e características da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde (DGS, 2003), e que segundo a OE (2009, p.42) o enfermeiro especialista em EMC “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”.

De acordo com a European Pain Association (2016) a dor é uma percepção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo tóxico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a percepção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo. Segundo O.E. (2011, p.7), “a dor é uma experiência subjetiva por definição, pelo que a forma como se vive e classifica a dor de cada um é única e intransmissível, dando-lhe por esse motivo, uma necessidade de intervenção individualizada que vai muito além da administração de analgésicos”. Daqui depreende-se a importância da avaliação da dor com uma escala adequada a cada situação e assim como o seu registo e intervenção adequada e não desvalorizar, uma vez que é uma experiência subjetiva.

Em todos os locais onde realizei estágio verifiquei essa preocupação na avaliação e controlo da dor, no entanto muitas vezes não se procede ao seu registo, o meu trabalho passou muito pela sensibilização para a realização dos registos, uma vez que o que não se encontra registado em termos legais não foi efetuado.

De acordo com o Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro no seu artigo 9º, as intervenções podem ser autónomas ou interdependentes. Em contexto da assistência pré-hospitalar nomeadamente nas ambulâncias de SIV, as intervenções interdependentes ocorrem mediante o uso de protocolos, que têm como objetivo promover uma atuação autónoma e segura por parte do enfermeiro, que desempenha um papel de liderança, recaindo sobre si a responsabilidade da avaliação e decisão no momento de cada ocorrência nomeadamente as intervenções a realizar, uma vez que é o elemento mais diferenciado (Oliveira e Martins, 2013). Neste sentido tive a oportunidade de aplicar os protocolos de: abordagem da vítima, dor torácica, dor abdominal, analgesia, trauma das extremidades e tecidos moles, alteração do estado de consciência, diabetes e alterações da glicemia, dispneia, convulsões, défice motor/sensitivo, PCR no adulto. Em algumas ativações, tomei a liderança da abordagem da vítima, com supervisão

do enfermeiro tutor, recebi e transmiti dados ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes desenvolvendo capacidade de avaliação e atuação em situações novas e complexas.

Ao longo do estágio, o motivo mais frequente de ativação dos meios INEM foi a dor torácica, algumas das vezes com critérios de ativação de VV coronária. Nas ambulâncias de SIV e na VMER é possível a realização em imediato de ECG no local, enviando diretamente para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes de forma a agir precocemente no EAM, com a administração de fármacos e quando necessário encaminhamento para a correta unidade hospitalar com laboratório de hemodinâmica, para a realização de cateterismo cardíaco de forma retomar a circulação sanguínea, reduzindo a morbidade e mortalidade. Nesta decisão, entram diversas variáveis como o tipo de enfarte, a distância da unidade hospitalar com capacidade para desobstrução do coágulo, e a evolução do estado clínico do doente. (INEM, 2009).

Na abordagem à vítima com dor torácica, realizamos a abordagem ABCDE, e seguimos o protocolo da dor torácica, que a nível ventilatório é assegurar SpO₂ entre 94% e os 98%, salvo se risco de insuficiência respiratória, no assegurar circulação com controlo de hemorragia, realizamos a monitorização eletrocardiográfica, avaliamos a dor torácica quanto à natureza, localização e irradiação. Está recomendado a realização de ECG de 12 derivações no pré-hospitalar, nos pacientes que apresentem dor epigástrica ou do mesogastro acima do umbigo. Assim como, numa dor dorso lombar em que a vítima também apresente dor torácica ou suspeita de patologia cardiovascular. Embora pouco frequente, a dor abdominal ou a dor nas costas pode ser a principal queixa do paciente com patologia cardiovascular emergente como o EAM, rotura de aneurisma da aorta. Se apresentar, palidez, sudorese, dispneia ou dor com início no tórax e irradiação para as costas deve-se realizar imediatamente ECG de 12 derivações e se síndrome coronário agudo provável, aplicar-se o definido no protocolo dor torácica.

Para uma atualização constante dos conhecimentos efetuei pesquisa bibliográfica a partir de várias fontes, livros recentes, artigos científicos, normas formativas e através de bases de dados eletrónicas nomeadamente a EBSCO e a SciELO.

Um dos temas que me despertou particular interesse foi *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) que é uma técnica de suporte vital extracorporeal. Durante um turno na sala de emergência entrou um doente com dor torácica em que na triagem de Manchester foi ativada a via verde coronária. De imediato foi realizado um ECG e dado o doente se

encontrar muito sintomático foi encaminhado para a sala de emergência onde foram realizados todos os procedimentos para monitorização hemodinâmica inclusive colocação de linha arterial e controlo dos sintomas, para posteriormente ser transferido para o serviço de hemodinâmica para realizar cateterismo. Durante este procedimento o doente entrou em PCR e foi ativada a equipa de reanimação que é composto por médico e enfermeiro do SU. À nossa chega paciente em PCR com ritmo de paragem em assistolia, a ser efetuado SBV pela equipa da hemodinâmica. Deu-se início ao SAV com entubação orotraqueal e administração de fármacos, visto ter sido uma PCR presenciada com início imediato de SBV e sem recuperação de circulação espontânea em 20 minutos foi pedido o ECMO e deu-se início à colocação do mesmo.

Atualmente, as abordagens às PCR tem vindo a evoluir, até há poucos anos o fim último da reanimação era os procedimentos efetuados através do SAV. No entanto, nas PCR refratárias ao SAV e em situações específicas tem-se utilizado a Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation, que significa o uso de suporte de vida extracorporeal nos doentes em PCR quando o tratamento convencional falha. A Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation é definida como suporte extracorporeal iniciado durante a reanimação convencional, ou quando episódios repetidos de paragens ocorrem, sem recuperação de sinais de circulação por um período superior a 20 minutos (Branco, 2015 citando Annich et al, 2012). De acordo com a mesma fonte a Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation, é executada através de Extracorporeal Membrane Oxygenation Venoarterial onde as funções do coração e dos pulmões são substituídas por um órgão artificial, totalmente ou parcialmente. A nossa OE emitiu um parecer acerca das competências dos enfermeiros na utilização de equipamento de oxigenação extracorporeal. Deve existir médico responsável, que assegura a formação especializada adequada, de forma a manter a qualidade e um coordenador para a técnica de ECMO com a responsabilidade de formação e treino da equipa, mantendo a operacionalidade do equipamento. É também esclarecido neste parecer que um enfermeiro com experiência em cuidados intensivos pode operar com o equipamento de ECMO, no entanto, deve frequentar uma formação e estágio em local com experiência comprovada nesta técnica (Parecer nº 05/2013). Um paciente em ECMO, normalmente encontra-se sedado e analgésico de forma a evitar a agitação e dor, deve ter antibioterapia prescrita para prevenção da infeção e com perfusão heparina para reduzir o risco de trombose. O enfermeiro tem um papel importante na prevenção do risco de infeção e risco de hemorragia. O risco de infeção está associado aos locais de inserção das cânulas do equipamento, ao

procedimento de inserção das cânulas e ao próprio mecanismo de bombagem de sangue para um sistema extracorporal. Apesar de medidas, como uma correta higienização das mãos serem essências na prestação de cuidados a qualquer doente, neste tipo de pacientes têm uma importância acrescida. Além disso, a realização do tratamento das feridas no local de inserção da cânula deve ser realizado com técnica asséptica e caráter diário. Em relação ao risco de hemorragia, é da responsabilidade do enfermeiro, a vigilância do local de inserção e posicionamento das cânulas, bem como a pesquisa de hemorragias ativas.

Outra situação, foi a utilização do LUCAS para a realização das compressões torácicas. De acordo com o fabricante, o LUCAS é um dispositivo portátil destinado a ultrapassar os problemas identificados relativamente às compressões torácicas manuais, realizando 100 compressões torácicas por minuto, com uma profundidade de 5 cm, tal como é recomendado pelas orientações da European Resuscitation Council, 2015. A eficácia das compressões torácicas mecânicas também me suscitou curiosidade, e assim realizei pesquisa bibliográfica sobre esta temática, de acordo com Almeida (2014) as compressões torácicas mecânicas não tem influência na recuperação da circulação espontânea, no entanto apresenta benefício com relevância clínica no bom resultado neurológico no momento da alta.

Uma RCP de elevada qualidade é fundamental na melhoria do resultado final. As compressões torácicas devem ter uma profundidade adequada pelo menos 5cm mas não mais de 6cm e um ritmo de 100 a 120 compressões por minuto. A cada compressão, permitir a completa descompressão torácica e minimizar as interrupções nas compressões. O rácio compressões/ventilação é 30:2 e as interrupções nas compressões para realizar as ventilações não devem ser superiores a 10 segundos (European Resuscitation Council, 2015). De acordo com a mesma fonte os cuidados pós reanimação sofreram alterações desde 2015, nomeadamente no controlo da temperatura, que fica agora nos 36°C em vez da recomendação anterior para promover a hipotermia, ou seja arrefecer até aos 32 – 34°C. No entanto, mantém-se importante a prevenção da febre.

Outro assunto que me levou a realizar pesquisa bibliográfica foi o algoritmo de SAV, este inclui intervenções que contribuem seguramente para salvar vítimas em PCR, e que consistem no SBV imediato e eficaz, manutenção de compressões torácicas ininterruptas e de elevada qualidade e a desfibrilhação precoce na Fibrilhação Ventricular ou na Taquicardia Ventricular sem pulso. O algoritmo de SAV divide-se em ritmos desfibrilháveis e ritmos não

desfibrilháveis, os ritmos não desfibrilháveis são a assistolia e a atividade elétrica sem pulso (European Resuscitation Council, 2015).

Independentemente do ritmo de paragem é fulcral identificar e corrigir as causas potencialmente reversíveis da PCR. De modo a facilitar a memorização utiliza-se a mnemónica dos 4 H's Hipóxia, Hipovolémia, Hiper/Hipocaliémia/Alterações metabólicas e Hipotermia e 4 T's Pneumotórax Hipertensivo, Tamponamento cardíaco, Tóxicos e Tromboembolismo pulmonar (Deakin, C. et al, 2010). A hipóxia que deve ser rapidamente corrigida, assegurando a permeabilidade da via aérea e administrando oxigénio a 100% inicialmente através de um insuflador manual e quando necessário com adjuvantes da via aérea, logo que possível proceder-se à entubação orotraqueal, ou em alternativa a máscara laríngea. Deve-se considerar a hipovolémia, em situações de trauma, hemorragias digestivas graves, rotura de aneurisma da aorta, ou em depleções maciças de volume por diarreia ou vómitos incoercíveis que, se prolongados, podem levar a desidratação grave, especialmente em crianças e idosos. Nestes casos, a atuação deve passar pela reposição de volémia, associada a correção cirúrgica da causa da hemorragia. Relativamente às alterações iónicas, estas podem ser identificadas através de análises sanguíneas, gasimetria arterial ou mesmo através da história clínica. A hipotermia deve ser considerada em todas as situações de submersão, vítimas expostas ao frio, particularmente se com alterações do nível de consciência, com especial atenção nos idosos e crianças. O pneumotórax hipertensivo, é umas das causas de AEsP, e que deve ser considerada em caso de trauma, ou após alguns procedimentos, nomeadamente a colocação de um cateter venoso central ou nos casos de dispneia grave de início súbito nos asmáticos, devendo ser verificada e corrigida prontamente. No caso do tamponamento cardíaco, o seu diagnóstico pode ser difícil porque os seus sinais característicos, ingurgitamento jugular, sons cardíacos ensurdecidos e hipotensão não se consegue observar numa PCR, sendo as causas mais comuns o traumatismo torácico penetrante sendo o tratamento uma pericardiocentese. A intoxicação/iatrogenia medicamentosa pode também ser uma das causas reversíveis, e deve ser suspeitada pela história clínica e/ou confirmada através de análises, nesta situação considerar a administração de antídotos ou antagonistas adequados podendo ser importante as informações do Centro de Informação Antiveneno. Por último, o tromboembolismo pulmonar, que é a causa mais frequente de choque obstrutivo em que o tratamento de eleição é a trombólise. Quando administrado o fibrinolítico, prolonga-se as manobras de SAV de 60 a 90 minutos, para atuação do fármaco (Deakin, C. et al, 2010).

A aprendizagem é um processo dinâmico de aquisição de saberes e competências e está diretamente relacionada com as mudanças de atitudes, conhecimento, comportamento e pensamento (Pires, 2007). A reflexão na e sobre a prática, pode levar a uma mudança de atitude, quer pela aquisição de novos conhecimentos, quer pelo desejo de melhorar continuamente, o que implica uma prática baseada na evidência científica, neste sentido, senti necessidade de realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a PICS (Post Intensive Care Syndrome) de forma a integrar os resultados da investigação na prática de cuidados, verificando quais os cuidados sensíveis à prática de enfermagem para prevenção do PICS, dado ser uma condição que provoca comorbidades e muitas vezes aumento do tempo de internamento que se encontra integralmente no apêndice II.

O paciente internado em UCI está constantemente exposto a intenso sofrimento psíquico causado pelo medo, ansiedade, distúrbios do sono-vigília, manipulações invasivas e imobilidade no leito. Estas circunstâncias podem desencadear quadros psicóticos com agitação leve ou mesmo agressividade e violência, colocando em risco a integridade física do próprio e da equipa, podendo comprometer a sua recuperação. O PICS é um conjunto de problemas de saúde que permanecem mesmo após a estabilização do estado crítico. Está presente durante o internamento na UCI e pode persistir quando o doente tem alta clínica e retorna a casa. Envolve o corpo, o pensamento, os sentimentos e pode afetar a família.

A evidência científica sugere que a gestão da sedação e *delirium* podem ter efeitos importantes nos resultados dos pacientes tratados em UCI. A sedação deve ser mantida no mínimo necessário para conforto e segurança do doente, evitando o uso de benzodiazepinas que estão associadas com o desenvolvimento do *delirium*. Uma sedação mais leve permite que o doente seja mobilizado com maior liberdade e reporte a dor de forma mais efetiva oferecendo uma oportunidade para a família se envolver. Neste sentido é importante promover a mobilização precoce e reabilitação, o autocuidado e a independência e evitar equipamentos que diminuem a mobilidade (sondas vesicais, soroterapia). Outro aspeto a ter em consideração é a restrição física, assim como a contenção no leito deve ser evitada, pois agrava a agitação e é causa potencial de trauma.

No SMI logo que possível substituem as benzodiazepinas por outros fármacos para reduzir a incidência do *delirium*. Monitorizam a glicemia e iniciam precocemente alimentação entérica para prevenir a desnutrição e os problemas a ela associados, que vai de encontro ao encontrado na literatura. Sem dúvida que o novo paradigma dos cuidados intensivos “Less

is more” veio contribuir para a redução das comorbilidades associadas à permanência em Cuidados Intensivos.

A literatura sugere que a avaliação da dor, agitação e *delirium* “tríade de UCI” é um pilar no atendimento ao paciente crítico. Na prestação de cuidados deparamo-nos frequentemente com a dificuldade dos pacientes em colaborar na avaliação da dor, uma vez que esta capacidade é influenciada por problemas sensoriais tais como défices cognitivos, períodos de desorientação, agitação ou ansiedade, encontrando-se a maioria das vezes com alterações do nível de consciência, devido a sedação, presença de tubo endotraqueal e se encontrarem ventilados. A Behavioral Pain Scale - BPS é a escala usada na unidade para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica. Ela consiste na avaliação de três aspetos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. Nos pacientes conscientes, sem dificuldade em comunicar utilizam a escala numérica.

A nível da avaliação da agitação utilizam a escala RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale e para o *delirium* a CAM-ICU. Realizam treinos de acordar diário e respiração espontânea para reduzir o tempo de ventilação mecânica. Preconizam mobilizações precoces e redução da sedação. A nível da sedação avaliam o índice bispetral é um parâmetro multifatorial derivado do eletroencefalograma que permite a monitorização do componente hipnótico da anestesia. O equipamento de monitorização do índice bispetral processa os dados do eletroencefalograma e estima a profundidade da sedação através do estado de atividade cerebral em que 100 = acordado e 0 = sem atividade cerebral. O índice adequado para anestesia geral situa-se em torno de 40 a 60 e fora deste intervalo encontram-se situações que revelam estados de consciência ou inconsciência profundos. Fornece uma medição direta dos efeitos anestésicos e sedativos no cérebro permitindo verificar o grau de sedação e nível de eficácia.

Algumas intervenções podem tornar o ambiente da UCI menos hostil, permitindo uma melhor perceção do ambiente por parte do doente como a transferência para um quarto com luz natural, para ter noção de noite e dia, acesso a próteses visuais e auditivas para um melhor entendimento do ambiente envolvente e intervenções para permitir um sono tranquilo como a redução de ruído, ajuste de horários das medicações de forma a evitar horários noturnos e terapias de relaxamento como massagens e musicoterapia.

A Musicoterapia levou-me a nova pesquisa bibliográfica encontrando artigos na Medline, Scielo e CINAHL em que utilizam a musicoterapia como medida não farmacológica para

controlo da dor e ansiedade em procedimentos invasivos (Ferreira N. et al (2015), Kwan, M. et al (2013), Zengin, S. et al (2013)).

A nível do desenvolvimento pessoal e profissional da equipa no SU identifiquei as suas necessidades formativas e de melhoria, pelo que ao longo de todo o estágio atuei como formadora oportuna sobre boas práticas no controlo de infeção e segurança do paciente levando-os à reflexão e questionamento. Considero que um dos papéis da enfermeira especialista seja na sensibilização e promoção do processo de mudança, e como refere Geada (2003 p. 44) “intervenções isoladas muitas vezes falham (...) a responsabilização de cada um parece em meu ver o melhor caminho para a consciencialização e mudança dos comportamentos”. Neste ponto e uma vez que a realização de uma formação em serviço, dada a afluência de doentes que se registou durante o meu período de estágio seria impraticável, tentei individualmente consciencializar para uma mudança de comportamentos no sentido de uma melhoria dos cuidados prestados, desenvolvendo capacidades de consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o paciente e família atendendo às evidências científicas e à responsabilidade social e ética. A mudança de comportamentos “ é complexa e envolve formação e muita motivação ” Geada (2003 p. 44).

Reconhecer precocemente durante a triagem situações específicas de VV e com risco de vida para o doente. Para concretização deste objetivo passei dois turnos na sala de triagem, que considero ter sido suficiente, dado que a triagem por prioridades não me é desconhecida uma vez que, efetuei o curso de triagem de Manchester enquanto enfermeiro no SU do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. A passagem pela triagem serviu para relembrar os fluxogramas e refletir sobre o papel desenvolvido pelo enfermeiro na triagem.

O SU tem como objetivo garantir um atendimento urgente, eficaz e eficiente, em que os pacientes são atendidos de acordo com os níveis de gravidade, através da triagem de Manchester. Este método visa assegurar uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes e gerir o tempo de atendimento, contribuindo para uma melhor gestão do tempo de espera. Consiste em identificar a queixa principal do doente e seguir as orientações do respetivo fluxograma. Estes fluxogramas abrangem várias questões possíveis, a serem colocadas pela ordem apresentadas que constituem os discriminadores. Cada pessoa é incluído numa das cinco prioridades de urgência definidas por cores, existindo para cada cor um tempo máximo de espera para atendimento. Consequentemente, a decisão relativa ao

estabelecimento da prioridade passa a ser tomada com base científica, acabando com os critérios subjetivos e pouco fundamentados. O encaminhamento é efetuado de acordo com a prioridade definida, e o fato das situações não urgentes em que é atribuída uma cor azul ou verde serem encaminhados para a área dos verdes que se encontra anexa ao SU constitui uma mais-valia pois reduz significativamente o número de pessoas dentro do SU, no entanto, esta área apenas funciona até às 24 horas, sendo encaminhados a partir dessa hora para a zona de espera dos amarelos.

Preconiza-se que o paciente que recorre ao SU se encontre com elevada instabilidade física e psicológica pelo que as qualificações do enfermeiro na triagem reveste-se da maior importância uma vez que é o primeiro profissional de saúde que doente e família encontra na admissão à urgência pelo que, é também função deste enfermeiro diminuir a ansiedade e promover a confiança, transmitindo segurança. O tempo de triagem apesar de breve, é muito complexo e requer raciocínio, conhecimento mas também intuição. Durante a triagem coloca-se em prática capacidades técnicas, científicas e relacionais pelo que se seja um enfermeiro com competências especializadas, devendo este ser considerado um perito na área da urgência. No entanto, o maior desafio do enfermeiro da triagem não está em atribuir uma pulseira laranja ou encaminhar a pessoa em estado crítico para a sala de emergência mas sim, em reconhecer indícios subtis de um problema grave, que pode agravar rapidamente, se não forem tomadas medidas de imediato.

As VV consistem em protocolos para o atendimento prioritário da pessoa em que se suspeita a presença de determinadas patologias que implicam atendimento imediato. São essenciais não só para melhorar as acessibilidades, como para permitir tratamentos mais eficazes e precoces, dado que o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é fundamental de forma a reduzir a mortalidade e morbilidade.

Define-se VV como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito nas fases pré, intra e inter-hospitalar, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações conforme o referenciado na Administração Regional de Saúde do Norte (2017). O protocolo de VV AVC é realizado no âmbito de uma equipa multidisciplinar e define-se como um conjunto de atividades assistenciais com o objetivo de reconhecer precocemente a sintomatologia sugestiva de AVC, atendendo à hora de início dos sintomas e se reúne critérios para trombólise, sendo a triagem um ponto fulcral

no desenvolvimento deste protocolo. Na queixa inicial é importante reconhecer sinais e sintomas de compromisso da circulação cerebral como dormência, fraqueza ou paralisia de um lado do corpo (pode ser um braço, perna ou parte inferior da pálpebra descaídos, ou a boca torta e salivante), fala arrastada ou dificuldade em encontrar palavras ou discurso incompreensível, visão subitamente enublada ou perda de visão para um dos lados (hemianopsia), confusão ou instabilidade e forte dor de cabeça. Nesta situação, é atribuído um fluxograma discriminador, encaminhando o paciente para a área laranja, é contactado o neurologista de serviço que observa o doente, são feitas as primeiras colheitas de sangue, registados os parâmetros vitais e acompanha-se o doente à tomografia axial computadorizada.

A VV coronária tem como objetivo a identificação precoce de EAM para um tratamento também precoce, os objetivos são o alívio dos sintomas, a preservação do miocárdio, a resolução de possíveis complicações e a repermeabilização precoce da artéria ocluída, que é primordial na limitação do dano miocárdico. Quando é ativado VV coronária o paciente é encaminhado logo para a realização de um ECG, ou quando acompanhado pelos membros do INEM para a sala de emergência.

A VV sépsis acaba por ser a que passa mais despercebida, no entanto na sala de triagem encontram-se afixados os critérios de ativação, quando no momento de triagem a pessoa apresente: temperatura superior a 38°C ou inferior a 36°C com taquicardia superior a 90 batimentos/min ou temperatura superior a 38°C ou inferior a 36°C com polipneia superior a 20 ciclos/min ou taquicardia superior a 90 batimentos/min com polipneia superior a 20 ciclos/min em simultâneo com: tosse e expetoração com dispneia ou dor pleurítica ou queixas urinarias baixas (disúria, polaquiúria) com dor lombar ou dor abdominal ou icterícia, ou diminuição aguda do estado de consciência, ou cefaleias com vômitos, ou sinais inflamatórios cutâneos extensos, ou então o critério clínico do responsável da triagem, confirmando mais uma vez a importância dos conhecimentos, experiência e capacidade de decisão do enfermeiro na triagem.

De acordo com a DGS (2010a), o trauma é sem dúvida uma importante causa de mortalidade e morbidade tanto em Portugal como no resto do mundo e tal como acontece para o AVC, EAM e a sépsis, também para o trauma existe um conjunto de medidas que se forem tomadas numa fase precoce reduzem as complicações e a mortalidade associadas à doença. A VV trauma tem como critérios de referenciação, ECG inferior a 14, instabilidade hemodinâmica com pressão artéria sistólica inferior a 90mmHg ou frequência respiratória inferior a 10 ou

superior a 29 ciclos/minuto, estes critérios só serão aplicados se estiverem disponíveis como dados de observação pré-hospitalar. Agravamento clínico desde o acidente, trauma penetrante da cabeça à bacia, trauma por arma de fogo, retalho costal, fratura de 2 ou mais ossos longos, fratura da bacia, fraturas de crânio aberta ou com afundamento, amputação proximal ao antebraço ou perna; esmagamento ou esfacelo grave proximal ao antebraço ou perna; lesão neurológica; queimaduras de face ou pescoço; trauma da face ou pescoço com dismorfia e /ou hemorragia; projeção pelo veículo ou ejeção do veículo; queda de altura superior a 3 metros; capotamento; trauma na grávida; sempre que o juízo clínico do enfermeiro na triagem decida que deve encaminhar a pessoa para a equipa de trauma.

No meu turno no Centro de Orientação de Doentes Urgentes, verifiquei as dificuldades dos operadores em conseguir obter as informações necessárias para uma correta triagem e acionamento de meios, o que dificulta uma assistência mais eficaz e um acionamento adequado. Os operadores do Centro de Orientação de Doentes Urgentes não pretendem efetuar diagnósticos, mas sim, identificar sinais de gravidade. Seguem um fluxograma tendo em conta a queixa principal, pelo que se torna indispensável a colaboração de quem faz a chamada para o 112. Os meios são selecionados de forma criteriosa de acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade do local da ocorrência e a acessibilidade ao local da ocorrência. O atendimento das chamadas e a triagem é a nível nacional, no entanto, o acionamento dos meios é a nível regional. Este turno, permitiu-me ter uma visão geral de como se processa o atendimento da chamada 112, após ser direcionada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Esta dificuldade em conseguir obter as informações necessárias para uma correta triagem e acionamento de meios vem da falta de informação da população em geral de como se processa a ativação do número europeu de emergência – 112, o que leva ao aumento do tempo da chamada e dificulta o envio dos meios adequados, ficando o operador impossibilitado de acorrer a outra chamada. Ao verificar esta necessidade de formação em conjunto com a responsável pelas formações da delegação Norte do INEM, desenvolvi uma formação para a comunidade que decorreu dia 27 de junho nas instalações da delegação Norte do INEM intitulada Informar para Salvar que abordou os serviços INEM, a cadeia de sobrevivência, as informações a dar numa chamada para o 112, como se processa o atendimento das chamadas e sobre o número da Saúde 24. Esta formação, esteve inserida numa visita de estudo realizada pelos alunos de uma escola de Celorico de Bastos à

delegação do INEM, **participando desta forma neste projeto institucional que visa fomentar a adequada utilização dos serviços e meios de emergência médica pré-hospitalares.** A pesquisa bibliográfica para a formação encontra-se no apêndice III e os diapositivos da sessão aparecem no anexo I pois pertencem ao INEM.

A OE (2008) refere que os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional nas boas práticas recomendadas de forma a prestar cuidados mais seguros, visíveis e eficazes. Sendo que boas práticas se traduzem em bons resultados, redução das IACS, segurança para o paciente/família e profissionais contribuindo eficazmente na minimização do erro e numa prestação de cuidados de com qualidade.

As situações de exceção foi um dos temas desenvolvidos durante as aulas do curso de mestrado em enfermagem com EEMC e sobre o qual achei importante me debruçar. No contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. Essa desigualdade vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento (INEM, 2012).

Em situações de catástrofe a triagem das vítimas é realizada tendo em conta se se trata de uma urgência absoluta, urgência relativa, ou não urgente. Os cartão de identificação têm quatro cores, vermelho, amarelo, verde e preto.

Ao INEM compete, no âmbito do Ministério da Saúde, coordenar as atividades em situações de exceção, substituindo as estruturas de saúde que possam ter ficado abaladas ou reforçando-as, durante a visita de estudo às instalações dos INEM em Gaia tive a oportunidade de ver uma viatura de intervenção em catástrofe que é utilizada em situações multi-vítimas. No seu interior transporta diverso material de SAV, que permite a montagem de um posto médico avançado. Este pequeno hospital de campanha está equipado com material igual ao da VMER e permite o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo. Este material é composto por monitores-desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas-infusoras, diversos fármacos, entre outros. Para além disso, está também equipada com uma célula de telecomunicações, que permite criar uma rede de comunicações entre o local do acidente, CODU e os hospitais da zona, (INEM, 2016).

O hospital de campanha é uma estrutura móvel composta por diversas partes que é armazenada num veículo longo (contentor) quando está inativa, de forma a permitir fácil transporte por vias terrestre, marítima ou aérea, constituído por 17 tendas insufláveis, com uma área de cerca de 2400 m², no qual se inclui além da estrutura hospitalar, a zona de alojamento da equipa e de suporte e a zona de comando da operação. Encontra-se dotada de equipamento que lhe garante autonomia logística - geradores, purificação de águas, iluminação, unidades de climatização, de pressão positiva, cozinhas de campanha, casas de banho, depósitos de água e combustível, etc. É acionado em situações de catástrofe ou calamidade (de origem natural ou tecnológica), e em caso de ataque terrorista ou acidente multi-vítimas. Possui as seguintes valências: admissão e triagem; reanimação, dotada de 3 camas com os respetivos ventiladores; ambulatório - destinado a doentes com patologias médicas ligeiras; pequena cirurgia/ ortopedia - estabilização e tratamento de fraturas, material de sutura para lesões da pele; serviço de observação - 8 camas, vigilância do doente e monitorização de parâmetros vitais; bloco operatório - equipado com todo o material que permite realizar intervenções cirúrgicas; UCI com 5 camas, dotado de equipamento que permite monitorização intensiva e invasiva e terapêuticas correspondentes; 4 enfermarias com 10 camas cada; imagiologia - permite realizar exames radiológicos e ecográficos; laboratório - permite realizar exames hematológicos e de bioquímica Tem uma capacidade total de 60 camas. (INEM, 2016).

Competências: Promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; Mantive, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; Refleti na e sobre a prática, de forma crítica; Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde encontrados; Demonstrei capacidade de atuação perante situações imprevistas e complexas na área de EEMC; Avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada; Demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; Incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

CONCLUSÃO

Nesta etapa final, após concretização da Unidade Curricular - Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica com vista à prestação de cuidados especializados e transculturais ao doente crítico, considero que foi fundamental todo o percurso realizado, assim como as opções efetuadas, que me possibilitou mobilizar conhecimento e desenvolver competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, resultando numa profunda compreensão de mim própria assim como da pessoa em situação crítica, inserida no seu ambiente.

O presente relatório, permitiu-me descrever o desenvolvimento de competências científicas, e técnicas assim como humanas e relacionais adquiridas, assim como, a evolução a nível da reflexão crítica, de tomada de decisão, autonomia, e criatividade, tendo em conta os domínios de atuação do enfermeiro especialista. Em relação aos contextos reais de trabalho, foram locais facilitadores para mobilizar, articular e colocar em prática os conhecimentos e adquiridos e valores necessários ao desempenho da profissão, pelo que, a atribuição do título de enfermeiro especialista deve estar consolidada numa experiência profissional adquirida nestes contextos.

No domínio da Responsabilidade Ética e Legal, relativamente ao direito do doente à autodeterminação, intimidade, confidencialidade, o respeito pelo sigilo profissional, o consentimento informado e presumido e os cuidados em fim de vida, analisei e refleti criticamente a adequação da minha prática, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, tendo por base a legislação existente sobre estas temáticas.

No que concerne ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, identifiquei situações passíveis de serem objeto de intervenção, tendo como eixo orientador a segurança do paciente. Desenvolvi competências na área da comunicação, e, no relacionamento com o paciente/família.

Quanto ao desenvolvimento de competências no domínio da Gestão de Cuidados, identifiquei as competências do enfermeiro especialista em EMC na gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais. Desenvolvi capacidade de trabalhar de forma articulada com a equipa multidisciplinar. Refleti sobre o *burnout*, tendo oferecido sugestões de melhoria nesta temática. Incentivei à discussão de assuntos como o controlo de infeção com vista a uma mudança de paradigma.

A nível do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, realizei uma revisão integrativa sobre o PICS, atuei como formadora oportuna em assuntos como as precauções básicas e adicionais no controlo de IACS, sensibilizei para a importância da gestão e controlo da dor e aprofundei conhecimentos sobre ECMO e SAV.

A possibilidade de efetuar estágio no Brasil permitiu-me o confronto com diferentes realidades, enriquecendo as minhas competências a diversos níveis, permitindo-me uma reflexão crítica sobre a organização de enfermagem, verificando os pontos fortes e fragilidades de uma prática num ambiente cultural diferente. Assim como a influência das crenças, cultura, economia e política na vivência dos processos saúde-doença e satisfação do paciente.

Considero ter alcançado os objetivos, na medida em que adquiri as competências definidas pela OE nos diferentes domínios, assim como, pela UCP, tendo sempre presente a preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, rigor, eficiência e eficácia das intervenções de enfermagem, promovendo a formação e desenvolvimento pessoal e profissional. A prestação de cuidados nas diferentes áreas proporcionou-me momentos de reflexão acerca das práticas realizadas, resultando daqui, a identificação de aspetos positivos e negativos. Pelas características intrínsecas, pela intensidade de trabalho, pela confrontação contínua com situações de risco de vida, a prestação de cuidados ao doente crítico é indutor de alguma despersonalização, pelo que se torna imperativo humanizar os cuidados.

A nível da minha atividade profissional de enfermagem considero que mobilizo um conjunto de saberes científicos, tecnológicos e relacionais, de forma a assumir uma função mais diferenciada no cuidar, de forma autónoma e interdependente, dando resposta a situações complexas da área de especialização em Enfermagem MédicoCirúrgica.

No futuro, e visto o Mestrado em Enfermagem com EEMC ser o ponto de partida para uma prática mais reflexiva e baseada na evidência científica, pretendo continuar a dar visibilidade

à Enfermagem como profissão e disciplina do conhecimento, por meio da publicação de artigos e participação em eventos com trabalhos fruto da investigação.

Foi na procura da excelência no exercício profissional, que me inscrevi no Curso de Mestrado em Enfermagem com EEMC e considero possuir conhecimentos e capacidade de compreensão na área de EEMC assim como capacidade de aplicar esses conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). *Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Sinais Vitais. Coimbra.
- Almeida, V. (2014). Dissertação de Mestrado, *Aplicação de dispositivos mecânicos na realização de compressões torácicas no pré-hospitalar*, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Acedido em 30 de junho de 2016, em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2874/1/ALMEIDA,%20VitorManuelSoares%20DM.pdf>.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2017) *Via Verde AVC*. Acedido em 6 de janeiro de 2017, em: <http://www.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Via%20Verde%20AVC%20na%20Regi%C3%A3o%20Norte.pdf>.
- Assis, M.; Jesus, W. (2012) *Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-2875, Acedido em 20 de setembro de 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>.
- Branco, M. (2015). *Potencial da ressuscitação cardiopulmonar assistida por ECMO na emergência pré-hospitalar* - Tese de Mestrado, II mestrado em enfermagem de médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. Acedido 30 de novembro de 2016, em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1359/1/M%C3%A1rio_Branco.pdf.
- Centers for Diseases Control and Prevention (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Acedido em 29 de setembro de 2016 em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- COREN (2001) *Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem*. São Paulo.

- COFEN (2016) Código de Ética. Acedido em 26 de Setembro de 2016 em <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen3112007>.
- Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (2016). Acedido em 20 de setembro de 2016 em <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidh-regionais/convbiologiaNOVO.htm>.
- Costa, M. (2009). *Refletindo a morte e o luto nos cuidados de saúde*. Nursing. Vol:nº251, pp. 3642
- Deakin, C., Nolan, J., Soar, J., Sunde, K., Koster, R., Smith, G., Perkins, G. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support*. [Versão eletrónica]. Journal: Resuscitation.
- Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, alterada pela Lei n.º 39/2016, de 19/12. Código Penal. Consultada em 3 de janeiro de 2017 em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&ficha=1&pagina=.
- Decreto-Lei nº 11/98, Diário da República, I, série A – nº 20 de 24 de janeiro de 1998.
- Decreto-Lei n.º 411/98 de de 30 de dezembro de 1998 - Inumação e trasladação de cadáveres, Acedido em 1 de junho de 2016 em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=246&tabela=leis.
- Decreto-Lei n.º 248/2009, Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de. 21 de Abril e posteriormente pela Lei n.º 156/2015, de 16/09. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, N.º 28 - 2.ª série — Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.
- DGS (2003) *A Dor como 5º Sinal Vital - Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Acedido em 20 de dezembro de 2016 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

- DGS (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Acedido em 28 de novembro de 2016, em: [file:///C:/Users/Eu/Downloads/i013077%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Eu/Downloads/i013077%20(2).pdf).
- DGS (2010a). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado* – Acedido em 20 de dezembro de 2016, em <http://www.dgs.pt/?cr=15763>.
- DGS (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor* Acedido em 5 de janeiro de 2017, em: [file:///C:/Users/Eu/Downloads/i019_565%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eu/Downloads/i019_565%20(1).pdf).
- DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde 2015-2020*. Acedido em 28 de maio de 2016, em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a2020.pdf.pdf>.
- European Pain Association (2016). *About Pain*. Acedido em 1 de dezembro de 2016, em: <http://www.efic.org/index.asp?sub=OEIX4QVHa073B4>.
- European Resuscitation Council, (2015). *Guidelines ERC 2015*. Acedido em 16 de Novembro de 2016 em: <https://cprguidelines.eu/>.
- Ferreira, N. ;Ramalho, E.; Lopes, J. (2015) *Non- pharmacological strategies to decrease anxiety in cardiac catheterization: integrative review*. Revista Brasileira de Enfermagem 2nov-dez (6): 1093-102
- Galvão, C., et al. (2004). *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 12, 549-556.
- Geada, A. (2003). *A Importância da lavagem/desinfecção das mãos*. Nursing Lisboa ISSN 0871- 6196. VOL181, p.41-44.
- INEM (2009) *Via verde para a Vida*, nº25. Acedido em 28 de Junho de 2016 em: <file:///C:/Users/Eu/Downloads/NL%20N25-MAIO%202009.pdf>
- INEM (2012). *Situações de exceções*. Acedido em 1 de Julho de 2016 em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172551542879.pdf>.

- INEM. (2016). Acedido em 16 de Junho de 2016, em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28164.
- International Council of Nurses (2010) - Caring For Families Information and Action Tool Kit. Acedido em 6 de Novembro de 2016 em: www.icn.com.
- Joint Commission International (JCI) (2016) Acedido em 28 de Novembro de 2016 em <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals>.
- Kwan, M.; Seah, A.; Soek T. (2013) *Music Therapy as a non-pharmacological adjunct to pain management: Experiences at an acute hospital in Singapore*. Progress Palliative care Vol.21 no.3 151-157. Acedido em 10 de setembro de 2016 em [http://eds.a.ebscohost.com/eds/resultsadvanced?sid=6b3deeb6-8511-499b-8525-60df110bf660%40sessionmgr4009&vid=4&hid=4210&bquery=\(\(Music+AND+Therapy\)\)+AND+\(non-pharmacological\)+AND+\(\(pain+AND+management\)\)&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBLWJyJnR5cGU9MSZzaXRIPWVkcylsaXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d](http://eds.a.ebscohost.com/eds/resultsadvanced?sid=6b3deeb6-8511-499b-8525-60df110bf660%40sessionmgr4009&vid=4&hid=4210&bquery=((Music+AND+Therapy))+AND+(non-pharmacological)+AND+((pain+AND+management))&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBLWJyJnR5cGU9MSZzaXRIPWVkcylsaXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d).
- Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Lei nº 15/2014 de 21 de março de 2014. Diário da República, 1.ª série — N.º 57 Direitos dos utentes no serviço de saúde. Lisboa
- Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro de 2009. Diário da República N.º 178, 1.ª série. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Lisboa
- Lei n.º 1/82, de 30 de setembro aprovada pelo Decreto de 10 de Abril de 1976, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 1/2005, de 12 de Janeiro Constituição da República Portuguesa. Acedido em 23 de Janeiro de 2016, em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=565&tabela=leis.
- Lei nº7.498 de 25 de junho de 1986, Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem Acedido em 15 de setembro de 2016 em http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.htm.
- Lei nº 33/2009 de 14 de julho– Direito dos acompanhantes nas urgências do Serviço Nacional de Saúde. Acedido em 6 de Janeiro de 2017 em <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/07/134>.

- Leininger M, Farland M. Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory. 2nd ed. Boston: Jones and Barlet Pubs;2006.
- Loreto, D. (2001). Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Oncologia. *Enfermagem Oncológica*. 20: 18-25
- Mezomo, J. (2001). Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Manole. São Paulo.
- Maslach, C. (2006). Understanding Job Burnout. In A. M. Rossi, P L. Perrewe & S. L. Sauter (Eds.), *Stress and quality of working life: Current perspectives in Occupational Health*.
- Maslach, C. (2009). Entendendo o burnout (Understanding burnout). In: *Ciência e Trabalho*. Ano 11. N.º 32.
- Oliveira, A.; Martins, J. (2013) - *Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências*. Rev. Enf. Ref. vol.serIII, n.9, pp. 115-124. ISSN 0874-0283. Acedido em 18 de junho de 2016 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100012
- OE, (2008) – *Conceptualização da prática clínica – Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados - comissão de formação*. Lisboa, ISSN 1646-2629 nº 30, p.24-29.
- OE, (2009). *Caderno Temático - Modelo de desenvolvimento Profissional*, Acedido a 18 de dezembro de 2016, em : [http://www.ordemenfermeiros .pt/documentos oficiais/documents/cadernostematicos1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/oficiais/documents/cadernostematicos1.pdf).
- OE (2009a) Cuidados paliativos para uma morte digna. Acedido em 10 de Dezembro de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents /CIPE_Cuidados %20Paliativos.pdf.
- OE (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido em 10 de novembro de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao /Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- OE (2011). *Padrões de Qualidade*. Acedido em 18 de Setembro de 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacao Critica.pdf>

- OE (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Vols. serie I, nº 6). (O. d. Enfermeiros, Ed.) s.l.: Artes Gráficas.
- Ordem dos Médicos (2009) *Normas de boa prática em trauma*. Centro Editor Livreiro. Ordem dos Médicos:Grupo de trabalho de Trauma.
- Ordem do Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008) *Recomendações do doente crítico*. Acedido em 6 de Outubro de 2016, em file:///C:/Users/Eu/Downloads/Recomendacoes_Doente_Critico (1).pdf
- Parecer nº 05/2013. Competências do enfermeiro para utilização do equipamento de oxigenação por membrana extracorporal- ECMO em unidade de cuidados intensivos. Acedido em 10 de dezembro de 2016 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20sobre%20as%20Compet%C3%A4ncias%20do%20Enfermeiro%20para%20Utiliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Equipamento%20de%20Oxigena%C3%A7%C3%A3o%20por%20Membrana%20Extracorporal.pdf>.
- Portaria n.º 87/2015 de 23 de março, Acedido em 3 de outubro de 2016 em https://dre.pt/home/-/dre/66807918/details/maximized?p_auth=qWM4vsD4
- Perrenoud, P. (2002). *Construir as competências desde a escola*. Artes Médicas. Porto Alegre
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência, Loures.
- Pereira, L., Galvão, C., Chanes, M. (2005). *Administração Hospitalar: Instrumentos para a gestão profissional*. Edições Lotola, Brasil.
- Pina, E. et al. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em linha]. Vol. 10, p. 27-39. Acedido em 3 de Dezembro de 2016 em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematicosegurancadodoente/4Infecoes%20associa das%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%0do%20doente.pdf>.
- Pires, A. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa. *Sisifo-revista de ciências de educação*. Acedido em 27 de Setembro de 2016 em <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/sisifo0201.pdf>

- Potter, P.; Perry A. (2006). *Assepsia e Controlo de infeção* in Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar.
- Processo de Bolonha, Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, n.º 176 – 1ª série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa. Acedido em 20 de junho de 2016 em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Queirós, A. (2001). *Ética e enfermagem*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Rush, C. (2001)– *Ensino ao doente. In enfermagem de urgência : da teoria á pratica*. Loures: Lusociencia.
- Soares, C. S. (2009). A Formação de supervisores para a supervisão em ensino clínico. Revista Sinais Vitais, Julho, 49-58.
- Spooner-Lane R, Patton W. (2003) Determinants of burnout among public hospital nurses. Acedido em 6 de dezembro de 2016 em: <http://www.ajan.com.au/Vol25/Vol25.1-1.pdf>.
- Tomey A, Alligood M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Lusociência. Loures.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. Universidade Católica Editora. Lisboa
- Vaz, C; Catita, P. (2002). *Cuidar no serviço de urgência*. Nursing. Lisboa. Vol.148
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures.
- Zengin, S.; Kabul, S.; Al, B.; Sarcan, E.; Dogan, M.; Yildirim, C. (2013) *Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing port catheter placement procedure*. Complementary Therapies in Medicine. 21, 689 – 696. Acedido em 10 de setembro de 2016 em [http://eds.a.ebscohost.com/eds/resultsadvanced?sid=6b3deeb6-8511-499b-8525-60df110bf660%40sessionmgr4009&vid=6&hid=4210&bquery=\(\(Music+AND+Therapy+AND+effects\)\)+AND+\(pain\)+AND+\(anxiety\)&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBLWJyJnR5cGU9MSZzaXRIPWVkey1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d](http://eds.a.ebscohost.com/eds/resultsadvanced?sid=6b3deeb6-8511-499b-8525-60df110bf660%40sessionmgr4009&vid=6&hid=4210&bquery=((Music+AND+Therapy+AND+effects))+AND+(pain)+AND+(anxiety)&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBLWJyJnR5cGU9MSZzaXRIPWVkey1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d).

APÊNDICES

APÊNDICE I – Precauções Básicas e Adicionais no Controlo de
Infeção – Revisão Bibliográfica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção

Por

Andreia Moreira

Porto, janeiro de 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção

Por

Andreia Moreira

Sob orientação de Mestre Lúcia Rocha

Porto, janeiro de 2017

LISTA DE ACRÓNIMOS/SIGLAS

EMC – Especialista em Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PBCI – Precauções Básicas no Controlo de Infecção

SABA – Solução Antiséptica de Base Alcoólica

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

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

Índice	Página
INTRODUÇÃO	101
1.PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO.....	105
1.1 Higiene das mãos.....	105
1.2. Equipamento de Proteção Individual – EPI.....	107
1.3 Controlo Ambiental.....	108
1.4 Saúde e Segurança dos Profissionais.....	109
2 PRECAUÇÕES ADICIONAIS DE ISOLAMENTO DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO.....	113
2.1 Via aérea.....	113
2.2 Gotícula.....	114
2.3 Contacto.....	115
CONCLUSÃO.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
APÊNDICE A- COLOCAÇÃO/REMOÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	125

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa bibliográfica surge no âmbito do estágio no Serviço de Urgência que faz parte do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com EEMC da Universidade Católica Portuguesa (UCP). A sua pertinência deve-se por um lado à necessidade crescente de proteger os profissionais de saúde e utentes de infeções potencialmente prevenidas com a aplicação das PBCI (Precauções Básicas de Controlo de Infeção) e adicionais dependentes das vias de transmissão, por outro lado pelo direito do utente a cuidados de saúde de excelência. Cada vez mais observa-se um aumento na exigência da prestação de cuidados de enfermagem, tanto pela complexidade dos cuidados a prestar como pelo contexto em que os enfermeiros exercem a sua atividade. Estando a sociedade cada vez mais informada espera dos enfermeiros cuidados seguros e de elevada qualidade. Neste sentido, os enfermeiros são responsáveis por assegurar e promover um aumento da qualidade, da eficácia e da eficiência dos cuidados de saúde.

No domínio da melhoria Contínua da Qualidade, a OE (2010) define a criação, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e promoção de um ambiente seguro. Sendo esperado que o Enfermeiro Especialista tenha um papel mais ativo neste âmbito.

As PBCI constituem uma estratégia de primeira linha, para o controlo das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o doente assim como o risco de exposição ao sangue ou outros fluidos orgânicos. Incluem um conjunto de práticas aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso e do local onde os cuidados são prestados, pelo que nas admissões às unidades de saúde deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado podendo constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão de infeção cruzada (DGS, 2013).

De acordo com Wilson (2003) os profissionais para além do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), devem ter cuidado com o equipamento e materiais utilizados durante a prestação de cuidados, controlo ambiental, manuseamento de resíduos hospitalares

e prevenção e controlo da infeção, tornando-se fundamental instituir medidas adicionais de isolamento, baseadas nas vias de transmissão (contato, gotículas ou via aérea). Nos casos específicos em que se conhece ou suspeita do envolvimento de determinado (s) microrganismo(s), como por ex: *Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, ou em caso de gripe ou bactérias multirresistentes.

Sendo a infeção a aquisição de um microrganismo por um hospedeiro. Na maioria dos casos há multiplicação no hospedeiro. A infeção associada aos cuidados de saúde pode ser definida como “(...) infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” (DGS, 2007, p. 4)

Pelo menos 20% da totalidade das IACS, serão evitáveis. A transmissão por contacto é a via mais comum e mais importante de transmissão de doenças infecciosas. A transmissão de microrganismos implica o contacto físico direto entre o profissional e a pessoa, ou mesmo entre doentes. A transmissão por contacto indireto envolve o contacto do doente com um objeto intermediário, geralmente inanimado, por exemplo objetos pessoais ou brinquedos. (Pina et al, 2010)

O impacto das IACS é um problema que preocupa instituições e profissionais de saúde, sendo os enfermeiros devido ao número de horas de cuidados diretos o grupo profissional com um papel fundamental nessa área e só com uma atitude preventiva e conhecimento das boas práticas se pode reduzir as IACS e melhorar qualidade dos cuidados prestados.

O objetivo primordial desta revisão bibliográfica foi divulgar junto da equipa multidisciplinar informação atualizada sobre a temática das PBCI e as precauções adicionais dependentes das vias de transmissão, de forma a melhorar os procedimentos da equipa multidisciplinar e reduzir os casos de IACS, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade e criação de um ambiente terapêutico e seguro.

Para a realização deste trabalho efetuei consulta nas bibliotecas da UCP procurando bibliografia sobre a temática em estudo, bem como em bases de dados como EBSCO, COCHRANE e B-ON, e consulta na intranet do Centro Hospitalar São João.

A formação tem um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas de comportamentos e atitudes. Assim, a formação contínua é fundamental para que os enfermeiros se mantenham atualizados, para uma

prestação de cuidados com qualidade permitindo o desenvolvimento da reflexão crítica sobre os cuidados que prestam, bem como a resolução de problemas.

A atualização continua dos conhecimentos decorre do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios, na procura permanente da excelência no exercício profissional, conforme a alínea a) do artigo 109º da Lei 156/2015 - Da Excelência do Exercício, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e, a alínea c) do mesmo artigo “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Na minha opinião é importante incentivar o aumento da excelência dos cuidados criando uma política a aquisição e atualização de conhecimentos de forma a motivar, capacitar e implementar procedimentos.

Neste sentido identifiquei algumas oportunidades de melhoria nomeadamente no cumprimento da utilização do EPI assim como na correta colocação e remoção do mesmo pelo que procurei momentos oportunos de transmissão de informação de forma a suscitar mudança de atitudes e comportamentos.

1.PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO DE INFEÇÃO

A aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) parte do princípio que todo o doente constitui um risco de transmissão de microrganismos e destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de possíveis fontes de infeção. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”.

Em cada admissão do doente à unidade de saúde, deve assumir-se por defeito que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção (DGS, 2013).

A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de contacto entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos. Incluem um conjunto de práticas de prevenção de infeção aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso e do local onde os cuidados são prestados. A sua implementação é determinante para a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com as unidades de saúde. Em casos específicos em que se conhece ou suspeita do envolvimento de determinado (s) microrganismo (s), como por ex: *Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, ou em caso de gripe ou bactérias multiresistentes, estão indicadas precauções dependentes das vias de transmissão (contacto gotículas ou via aérea).

1.1 Higiene das mãos

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados.

Podemos definir **lavagem das mãos** – higiene das mãos com água e sabão (comum ou com antimicrobiano). Esta técnica aplica-se às situações em que as mos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com

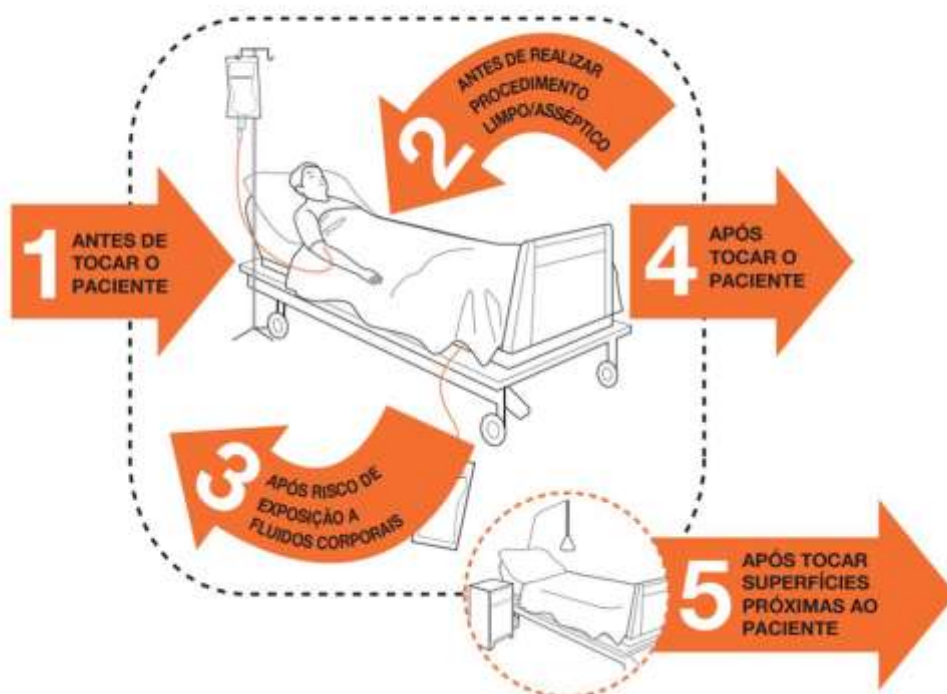
Clostridium Difficile, antes e após usar as instalações sanitárias. O procedimento demora cerca de 60 segundos. (DGS, 2010)

Fricção antisséptica das mãos refere-se à aplicação de SABA para fricção das mãos (a sua utilização não necessita de água nem toalhetes). Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos.

Princípios Fundamentais

- Deve ser efetuada exatamente onde se está a prestar cuidados ao doente;
- Existem 5 momentos em que é essencial proceder à higiene das mãos.
- A Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos, porque é mais acessível no local de prestação de cuidados, é mais rápida, mais efetiva e melhor tolerada.
- A lavagem das mãos com água e sabão fica restrita às seguintes situações: -quando os profissionais tenham as mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica; - nas situações consideradas “sociais”, tais como, antes e após as refeições e após a utilização das instalações sanitárias; - ao chegar e sair do local de trabalho e - na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*.
- Deve seguir a técnica adequada e a duração indicada
- Manter sempre as unhas limpas, curtas, sem verniz, extensões ou outros artefactos
- Retirar joias e adornos das mãos e antebraços (incluindo aliança). (DGS, 2013)

QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos



(Fonte: DGS, 2010)

1.2. Equipamento de Proteção Individual – EPI

São para utilizar sempre que na natureza e tipo de intervenção com o doente for previsível o contacto com sangue e fluidos orgânicos, para prevenir a contaminação da roupa e pele durante o processo de remoção do EPI e deve ser removido antes de sair da unidade do doente.

1.2.1 Luvas cirúrgicas, látex, palhaço, “ménage”, nitrilo e vinil;

O uso de luvas pode ser um fator de risco para a não adesão à higiene das mãos.

Usar luvas quando é possível antecipar o contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções e materiais contaminados, com membranas mucosas e pele não intacta ou pele intacta potencialmente contaminada (urina, fezes).

Lavar as mãos antes e depois de usar luvas;-

Mudar de luvas entre procedimentos no mesmo doente, quando mover as mãos de locais contaminados (área perineal) para um local limpo (face).

Não é necessário usar dois pares de luvas.

Cobrir cortes e outros ferimentos da pele antes de calçar as luvas (DGS, 2010).

1.2.2 Bata e/ou aventais de plástico.

Usar batas ou aventais, apropriados para a tarefa, para prevenir sujar ou contaminar a roupa durante atividades no doente;

Remover a bata/avental e lavar as mãos antes de sair da unidade do doente.

Não reutilizar a bata, mesmo em contatos frequentes no mesmo doente.

1.2.3 - Máscaras, óculos e máscaras com viseira

Usar proteção para a boca, nariz e olhos durante procedimentos e cuidados ao doente em que se prevê a formação de salpicos e aerossóis com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções.

Selecionar o EPI de acordo com a previsão da tarefa a desempenhar.

Durante broncoscopia, aspiração de secreções, entubação endotraqueal, para além de usar luvas e bata usar máscara com viseira que cubra a frente e os lados da face ou máscara e óculos.

Doentes com infeção ou suspeita de transmissão por via aérea usar **respirador de partículas**.

1.3 Controlo Ambiental

Uma boa higiene do ambiente nas unidades de saúde é um componente integral e importante na estratégia de prevenção da infeção nas instituições hospitalares.

O ambiente hospitalar deve estar visivelmente limpo, isento de pó e aceitável para o doente, visitas e profissionais de saúde. É importante desenvolver políticas e procedimentos de rotina, limpeza e desinfeção das superfícies manuseadas com mais frequência nas áreas de cuidados aos doentes e de acordo com o grau de sujidade.

1.3.1 Higienização de superfícies e manuseamento e processamento de equipamento;

Lavar e desinfetar as superfícies com maior probabilidade de contaminação com agentes patogénicos, incluindo as superfícies junto do doente (grades da cama, mesas de apoio) e as superfícies do ambiente frequentemente manuseadas (manípulos das portas, instalações sanitárias) com maior frequência do que as outras superfícies;

Utilizar os produtos de limpeza e desinfeção do ambiente de acordo com as instruções do fabricante;

Incluir os equipamentos eletrónicos, monitores, carros de trabalho na política e procedimentos de limpeza e desinfeção, principalmente os utilizados durante os cuidados ao doente, com frequência diária.

1.3.2 Manuseamento de têxteis e roupas;

Manusear com o mínimo de agitação de forma a prevenir a transferência de microrganismos para outros e para o ambiente;

A triagem da roupa do doente deve ser realizada junto do leito do mesmo.

1.3.3 Colocação de doentes

Doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco evitando-se deslocações desnecessárias. (DGS, 2013)

Dar prioridade de um quarto individual, se disponível, aos doentes:

- Com maior risco de transmissão de infeção para outros (respiratórias ou gastrointestinais),
- Com maior probabilidade de contaminar o ambiente (drenagem de feridas, dificuldade na contenção de secreções ou excreções);
- Maior risco de adquirir uma infeção.

1.4- Saúde e Segurança dos Profissionais

Aderir aos requisitos nacionais dos programas de saúde e segurança ocupacional para proteger os profissionais dos acidentes de exposição ao sangue:

- Contenção de corto-perfurantes imediatamente após utilização em contentores resistentes à perfuração.
- Vacinação dos profissionais;

1.4.1 Prevenção de acidentes com cortoperfurantes

Não reencapsular as agulhas;

Não retirar com a mão a agulha da seringa usada, utilizar a abertura própria do contentor;

Colocar as agulhas, lâminas de bisturi, etc. no contentor rígido adequado;

Fechar o contentor quando este estiver com cerca de $\frac{3}{4}$ da sua capacidade total;

Fazer a triagem correta do material corto-perfurante.

1.4.2 Práticas de injeção seguras

Utilizar técnica assética na preparação de injetáveis

Não administrar medicamentos de frasco/ampola de dose única em múltiplos doentes ou guardar as sobras para utilizar mais tarde.

1.4.3 Higiene respiratória/ etiqueta respiratória

Conjunto de medidas individuais a cumprir por doentes, visitantes, profissionais de saúde, voluntários e comunidade em geral, destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas

- Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
- Utilizar um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos próximo do doente;
- Em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço/manga evitando a dispersão de partículas, e a conseqüente contaminação das mãos;
- Higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- Evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz.

Os profissionais de saúde promovem a aplicação de medidas de etiqueta respiratória junto de todos os utentes, e de todas as pessoas que entram na unidade de saúde. Devem ainda, ajudar os que necessitam de apoio (ex. idosos, crianças) no seu cumprimento, fornecendo toalhetes, recipientes para os conter, SABA ou acesso a lavatório. Categoria II 1,

Nos períodos de maior prevalência de infecções respiratórias na comunidade (sazonalidade), os profissionais de saúde devem oferecer máscara cirúrgica aos indivíduos sintomáticos que acedam à unidade de saúde. Categoria IB (DGS, 2013)

2- PRECAUÇÕES ADICIONAIS DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

A transmissão da infecção numa unidade de saúde requer três elementos: uma fonte ou reservatório; um hospedeiro e as vias de transmissão dos microrganismos/infecção.

Para além do cumprimento das PBCI anteriormente descritas, existem as recomendações complementares ou adicionais - Precauções Dependentes das Vias de Transmissão. Estas precauções têm como objetivo, orientar os profissionais na prestação de cuidados seguros de acordo com a cadeia epidemiológica da infecção, das vias de transmissão e das patologias. As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão complementam as PBCI mas não as substituem, sendo fundamental a formação e treino para o seu cumprimento. As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão repartem-se por três vias: Via aérea, Gotículas e Contacto (direto e indireto) (PPCIRA, 2007).

2.1 Via Aérea

As precauções adicionais de transmissão por via aérea, aplicam-se a doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensão $< 5 \mu\text{m}$, que são transportadas pelo ar. Estes núcleos resultam da evaporação das gotículas contendo microrganismos e que permanecem suspensas no ar, podendo ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar. A transmissão ocorre quando as partículas contendo microrganismos são expelidas pela pessoa infetada. Pelo seu peso, estas partículas conseguem percorrer distâncias maiores do que as gotículas, através das correntes de ar, podendo ser inaladas por hospedeiros suscetíveis, no mesmo quarto ou a grande distância da fonte, dependendo de fatores ambientais. (PPCIRA, 2007)

Este tipo de isolamento aplica-se em doenças, como: Sarampo, Varicela, Tuberculose, Herpes Zooster disseminado ou herpes localizado em doentes imunodeprimidos, SRAS.

As medidas específicas que se devem respeitar neste tipo de isolamento fazem referência ao uso de máscara facial, às características do quarto, à educação do doente e família, à gestão

adequada dos resíduos, à descontaminação e às precauções no transporte de doentes infetados.

Para este tipo de isolamento protagoniza-se:

- Quarto individual, com pressão negativa e porta fechada e caso não exista disponível, colocar esse doente num quarto (enfermaria) com outro doente com infeção ativa pelo mesmo agente, sem outras infeções a não ser que exista alguma recomendação em contrário. Nas situações em que não são possíveis estas condições, deverão ser utilizados quartos em locais mais altos, com sol e mantendo as janelas abertas o máximo de horas que a temperatura o permita. Ter sempre o cuidado de fechar as janelas antes de abrir a porta. (PPCIRA, 2007)

- Proteção respiratória (Respirador P1/P2 para os profissionais e visitas);

- Avisar os profissionais do local do exame para as precauções a seguir;

A educação do paciente e família baseia-se, na sensibilização para o uso de medidas de precaução e à sua responsabilização à adesão.

- Informar a família/visitas dos cuidados a ter antes e depois de entrar no quarto, lavar as mãos ao entrar e sair do quarto, colocar máscara antes de entrar no quarto, abrir a porta o mínimo de vezes possível e restringir o número de visitantes.

- O paciente deve ser instruído a utilizar lenços de papel para expetorar e tapar a boca quando tosse ou espirra, colocar máscara quando sai do quarto, higienizar as mãos após tossir, espirrar, assoar-se.

- Fazer a contenção na fonte com individualização de material.

No SU devem adotar-se medidas de isolamento para evitar a transmissão pelo ar no Serviço de Urgência perante a suspeita de tuberculose respiratória, sobretudo perante sintomas e sinais sugestivos de tuberculose ativa: tosse com mais de 3 semanas, expetoração hemoptoica, doença já diagnosticada de tuberculose que tenha sido abandonado o tratamento. (PPCIRA, 2007)

2.2 Gotículas

Aplicam-se a pacientes com infeção suspeita ou confirmada por microorganismos transmitidos por gotículas (partículas de dimensões superiores a 5 µm) e que podem ser

geradas durante a tosse, o espirro, a fala ou determinados procedimentos de risco geradores de aerossóis como aspiração de secreções, broncoscopia, cinesiterapia respiratória.

Pelo seu peso estas partículas só conseguem percorrer distâncias normalmente não superiores a 1 metro. As medidas de isolamento para evitar a transmissão por gotículas aplicam-se a todos os tipos de isolamento, particularmente em pacientes que se conheça ou se suspeite de doenças como: Doença estreptocócica em crianças (escarlatina, faringite, pneumonia); Gripe; Meningite por *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*; Parotidite; Tosse convulsa; Difteria faríngea; Rubéola, Pneumonia (*Haemophilus influenzae* em crianças, *Mycoplasma*, Adenovírus). (PPCIRA, 2007)

As medidas específicas que se devem respeitar neste tipo de isolamento é a colocação do paciente num quarto individual. Se não existir quarto individual disponível, colocar o doente num quarto (enfermaria) com outros doentes com infeção ativa pelo mesmo agente, mas sem outras infeções (coorte). Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, manter separação espacial (cortinas) de pelo menos um metro entre o doente infetado e os outros doentes e visitantes. A porta do quarto pode permanecer aberta. No entanto, em situação de pandemia de gripe aconselha-se a manter a porta fechada. (PPCIRA, 2007)

O equipamento de proteção individual recomendado é máscara e proteção ocular se permanecer a menos de 1 metro do paciente, para proteger as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

Realizar contenção na fonte com individualização de material. Transportar o paciente com máscara de procedimento e avisar os profissionais do local do exame para as precauções a seguir.

A educação do doente / família baseia-se, essencialmente, na sensibilização dos mesmos ao uso de medidas de precaução e, na sua responsabilização para a adesão (PPCIRA, 2007).

2.3 Contato

Para além das PBCI em todos os pacientes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microrganismos epidemiologicamente importantes, que possam ser transmitidos por contacto direto (pele-a-pele, através das mãos dos profissionais de saúde)

ou indiretamente, por contato das mãos com as superfícies ou utensílios do ambiente do paciente. Como as infecções ou colonizações gastrointestinais, respiratórias ou cutâneas por bactérias consideradas multi-resistentes, tais como: - *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e *Staphylococcus coagulase-negativo* resistentes à Meticilina; - *Enterococcus* resistentes à Vancomicina (EVR), aminoglicosídeos ou betalactâmicos; - Bacilos entéricos Gram-negativo resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos ou quinolonas (*Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Providencia*, *Morganella* e *Citrobacter*); - *Pseudomonas aeruginosa* resistente à Piperacilina, Ceftazidima, Carbapenemes ou Aminoglicosídeos; - *Streptococcus pneumoniae* com níveis altos resistentes à Penicilina; - *Clostridium difficile*. Assim como situações que impõem a aplicação das precauções de contacto as infecções entéricas, em doentes incontinentes, por *Escherichia coli* enterohemorrágica, por *Shigella*, vírus da hepatite A ou Rotavírus (PPCIRA, 2007).

As medidas específicas que se devem respeitar neste tipo de isolamento fazem referência à higienização das mãos; ao uso adequado de luvas, bata ou avental, à higiene do doente, à individualização de materiais e equipamentos, à descontaminação adequada da unidade do doente, dos resíduos e roupa e às precauções durante o transporte do doente.

Se possível deve ser colocado num quarto individual, principalmente quando se trata de um doente com uma infecção ou colonização por microrganismos multirresistentes, se indisponível colocar o paciente num quarto (enfermaria) com outros (s) pacientes (s) com infecção pelo mesmo agente, mas sem outras infecções (isolamento em coorte). Se o paciente ficar numa enfermaria deve ser colocado o mais longe possível da porta e de locais de passagem, criar uma contenção física com cortinados e manter distância mínima de 1 metro entre camas e outros equipamentos. (PPCIRA, 2007)

É fundamental o uso de luvas e a higiene das mãos, tendo em consideração que as luvas (que não precisam de ser estéreis) devem calçar-se à entrada do quarto ou área de isolamento e retiradas antes de sair do quarto, higienizar as mãos imediatamente após retirar as luvas, depois de descalçar as luvas e lavar as mãos, assegurar-se que não toca em nenhum objeto ou superfície potencialmente contaminada, trocar de luvas após contacto com material infetante que possa conter grandes concentrações de microrganismos (material fecal ou drenado de feridas). O uso de bata (limpa, não esterilizada) quando, ao entrar no quarto, se prevê um contacto próximo com o doente, com superfícies do meio ambiente ou com objetos

utilizados pelo doente, ou ainda se o doente está incontinente, se tem diarreia, uma ileostomia, colostomia ou se a drenagem da ferida não está protegida. Retirar a bata ou avental antes de sair do quarto. Após retirar a bata, tem que haver o cuidado de evitar que a roupa não contate com superfícies potencialmente contaminadas para se evitar a transferência de microrganismos para outros doentes ou para outros ambientes.

Para a higiene dos doentes com infecção ou colonização por bactérias multirresistentes poderá ser necessário utilizar um sabão antisséptico, sempre que a situação do doente o exija (descolonização), de forma ponderada.

A educação do doente / família baseia-se, essencialmente, na sensibilização dos mesmos ao uso de medidas de precaução e à sua responsabilidade à adesão. As medidas de precaução a ensinar, são: a importância de restringir as visitas; friccionar as mãos com SABA, ao entrar e sair do quarto, no caso do *Clostridium difficile* é fundamental a lavagem mecânica das mãos com água e sabão, não partilhar objetos pessoais nem revistas e sempre que possível manter a porta fechada.

Evitar o transporte do doente e quando imprescindível deve-se tapar feridas extensas, colocar roupa limpa, avisar os intervenientes no transporte e receção do doente sobre as precauções a adotar na prestação de cuidados a estes doentes. O paciente deve ser instruído a utilizar lenços de papel para expetorar e tapar a boca quando tosse ou espirra, colocar máscara cirúrgica quando sai do quarto e higienizar as mãos após tossir, espirrar, assoar-se.

O equipamento “não crítico” deve ser exclusivo do doente, o restante deve ser limpo e desinfetado adequadamente antes de ser utilizado noutra doente. Se não for possível o doente deve ser o último a utilizar o equipamento e este deve ser descontaminado no final de ser usado (PPCIRA, 2007).

CONCLUSÃO

O cumprimento das PBCI assim como as adicionais nos casos em que se aplicam deve ser visto como um dever por todos aqueles que entram em contato com o doente. A adesão ao uso dos equipamentos de proteção necessários aos cuidados ao doente resulta no controlo da transmissão de micro-organismos no ambiente hospitalar, menor transmissão de doenças infecciosas, menor tempo e custo de internamento para os doentes acometidos, apresentando ganhos em saúde. Deve ser transmitida a informação ao paciente, para que este não se sinta isolado pela sua condição de saúde e aos familiares para que sejam envolvidos na prevenção de doenças transmissíveis. A adoção de medidas como a prática da higienização das mãos associada ao uso dos equipamentos de proteção necessários e informações claras, garante um cuidado seguro, com maior qualidade na assistência prestada e satisfação do doente.

A higienização das mãos integrada no conjunto das PBCI, constitui a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção. Para além do exposto, também se considera uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos. (DGS,2010)

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre as PBCI e adicionais dependentes das vias de transmissão de forma a sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do cumprimento das mesmas, promovendo mudança de comportamentos no sentido de reduzir as IACS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS (2007). – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido em 3 de Dezembro de 2016 http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf;
 - DGS (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Acedido em 28 de novembro de 2016, em: [file:///C:/Users/Eu/Downloads/i013077%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Eu/Downloads/i013077%20(2).pdf).
 - DGS. (2013). *Precauções Básicas no Controlo de Infecção*. Acedido em 3 de Dezembro de 2016 em [file:///C:/Users/Eu/Downloads/i019467%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Eu/Downloads/i019467%20(3).pdf).
 - Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
 - OE 2010- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido em 3 de Dezembro de 2016 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf;
 - Pina, E. et al. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 10, p. 27-39. Acedido em 3 de Dezembro de 2016 em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-deapoio/cdi/cdi/sectodepublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-segurancadodoente/4Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%0do%20doente.pdf>.
 - PPCIRA (2007) Recomendações para as precauções de isolamento precauções básicas e dependentes das vias de transmissão. Acedido em 3 de Janeiro de 2017 em: <file:///C:/Users/Eu/Downloads/i008550.pdf>
- Wilson, J. 2003. - Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2ª Edição. Loures: Lusociência;

Apêndice A – Sequência de Colocação/Remoção do Equipamento
de Proteção Individual

Sequência de como colocar o EPI (Equipamento de Proteção Individual)

1ª Bata

- Selecionar tipo e tamanho apropriado
- Aberturas ficam viradas para as costas
- Apertar no pescoço e cintura
- Se bata muito pequena utilize duas, a 1ª aberta a frente, a 2ª aberta atrás.

2ª Máscara

- Coloque sobre o nariz, boca e queixo
- Ajuste a banda flexível com do nariz
- Prenda-a a cabeça com arcos ou elásticos;
- Ajuste-a a face.

Respirador

- Selecione a Classe de Respirador (P1 ou P2)
- Coloque sobre o nariz, boca e queixo
- Ajuste a banda flexível com do nariz
- Prenda-o a cabeça com os elásticos
- Ajuste-o bem a face
- Realize o teste de ajuste
- Inspire = o respirador deverá colapsar
- Expire = verifique se há fuga a volta da face.

3ª Óculos

- Coloque os óculos e prenda-os com as hastes.

4ª Luvas

- Selecione o tipo e tamanho adequados
- Calce as luvas de modo a que sobreponham o punho da bata de isolamento.

A Retirar:

- Manter as mãos afastadas da sua face;
- Limitar o contacto com superfícies;
- Trocar de luvas sempre que perderam integridade ou estejam demasiado sujas;

Sequência de como remover o EPI (Equipamento de Proteção Individual)

1ª Luvas (o exterior das Luvas está contaminado)

- Pegue no Bordo da Luva, junto ao punho
- Retire da mão virando de dentro para fora
- Segure com a mão oposta
- Meta o dedo da mão sem luva por debaixo de outra luva e remova-a
- Vire a luva do avesso criando uma bola para ambas as luvas
- Descarte as luvas para contentor apropriado

Óculos (o exterior dos Óculos está contaminado)

- Retire os óculos e proteção facial sem luvas.
- Afaste da face
- Coloque em local apropriado.

3ª Bata (a frente e as mangas da bata estão contaminadas)

- Desaperte os arcos
- Puxe a bata pelos ombros
- Vire-a do avesso, enrole e descarte.

4ª Máscara (a parte dianteira da máscara ou respirador estão contaminados)

- Desaperte o arco de baixo e depois o de cima
- Retire da face e descarte

Respirador

- Levante o elástico do fundo sobre o de cima
- Levante o de cima

Adaptado de “Guidance for the selection and use of personal protective equipment in health care settings” /Center for disease control and prevention).

Disponível em <http://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppeslides6-29-04.pdf>

APÊNDICE II – POST INTENSIVE CARE SYNDROME – REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

POST INTENSIVE CARE SYNDROME
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Por, Andreia Moreira

Porto, novembro de 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

POST INTENSIVE CARE SYNDROME
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Por, Andreia Moreira

Sob orientação de: Mestre Lúcia Rocha

Porto, novembro de 2016

RESUMO

Problemática: Cuidados sensíveis à prática de enfermagem para prevenção do PICS

Objetivo: Quais são os cuidados sensíveis à prática de enfermagem para prevenção do PICS

Desenho: Revisão da Literatura, pelo método de PI[C]OD.

Método: Foram incluídos 7 estudos a partir da pesquisa por via (EBSCO) nas base de dados Medline e CINAHL.

Conclusão: O enfermeiro deve monitorizar continuamente a dor, agitação e *delirium* assim como avaliar diariamente o paciente no sentido de reduzir a sedação e promover estados de vigília diários de forma a reduzir o número de dias em ventilação mecânica invasiva assim como iniciar precocemente mobilizações ativas. O controlo da glicemia do doente crítico, também está associado aos bons resultados e redução das comorbilidades, potenciando a recuperação do doente e promovendo a sua qualidade de vida

Palavras-chave: Post Intensive Care Syndrome, prevent, nursing.

ABSTRACT

Problematic: Nursing-sensitive care for PICS prevention

Objective: To understand which nursing care is sensitive to the prevention of PICS

Design: Systematic Literature Review, by method of PI [C] OD.

Method: We included 7 studies from the search by route (EBSCO) in the Medline and CINAHL databases

Conclusion: The nurse should continuously monitor pain, agitation and delirium as well as assess daily the patient in order to reduce sedation and promote daily awakenings to reduce the number of days in invasive mechanical ventilation and to potentiate the onset of early active mobilizations. The control of glycemia in critically ill patients is also associated with good results and reduced comorbidities, enhancing patient recovery and promoting their quality of life

Keywords: Post Intensive Care Syndrome; prevent, nursing.

INTRODUÇÃO

O doente internado em UCI está constantemente exposto a intenso sofrimento físico e psíquico causado pelo medo, ansiedade face ao seu estado e recuperação, distúrbios do sono-vigília, manipulações invasivas, imobilidade no leito e ausência do seu ambiente familiar. Estas circunstâncias podem desencadear quadros psicóticos com agitação leve ou mesmo agressividade e violência, colocando em risco a integridade física do próprio como da equipa, podendo comprometer a sua recuperação e aumentar o tempo de internamento. Estudando esta problemática surgiu o Post-Intensive Care Syndrome (PICS) que é um termo recente criado pela Society of Critical Care Medicine (SCCM) para abranger os problemas cognitivos, psicológicos e físicos que os doentes enfrentam após admissão numa UCI e o termo Post Intensive Care Syndrome-Family (PICS-F) que se refere à resposta das famílias a situações críticas.

Visto o PICS ser um problema gerador de grandes comorbilidades e sofrimento para os doentes e família interferindo com o tempo de recuperação e prolongando o tempo de internamento, no sentido de melhorar os cuidados prestados e permitir ganhos em saúde senti necessidade de aprofundar conhecimentos sobre esta temática de forma a identificar quais os cuidados sensíveis à prática de enfermagem para prevenção do PICS e refletir sobre a importância dos cuidados de enfermagem na sua prevenção de forma a ter uma atuação com base na evidência científica maximizando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

MÉTODO

Para o desenvolvimento deste revisão integrativa da literatura, determinei com pertinência a construção de uma pergunta de partida, através do método de PI[C]OD:

“Quais os cuidados sensíveis à prática de enfermagem (I) em doentes internados em cuidados intensivos (P) para prevenção do PICS (O)?”

Depois de formulada a questão encetou-se o processo de investigação, cujos aspetos metodológicos e resultados passo a apresentar.

Quadro 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Cuidados sensíveis à prática de enfermagem	Ser anterior a 2012
Apresentar-se em texto integral (<i>full text</i>)	Não ter sido analisado por especialistas

A pesquisa bibliográfica foi realizada durante o mês de Setembro de 2016, em bases de dados eletrónicas tal como *Web of Science* (SciELO) e por via EBSCO, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

De acordo com a temática, decidi associar as seguintes palavras-chave como descritores de pesquisa: *Post Intensive Care Syndrome, prevent, nursing*. Estas foram combinadas através da expressão booleana AND da seguinte forma.

- 1. Por via EBSCO – *Post Intensive Care* (no título) and *prevent* (ao longo do artigo) and *nursing* (ao longo do artigo), em bases de dados eletrónicas: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; MedicLatina (via EBSCO), com data de publicação entre 2012 e setembro de 2016 – O resultado foram 76 artigos. Ao refinar a pesquisa para os artigos apresentados ser em full text e ser**

analisado por especialistas o resultado foram 13 artigos que foram lidos integralmente devido a ser uma amostra reduzida. Destes foram selecionados 7. A exclusão dos 6 artigos deveu-se ao fato de após a sua leitura foi verificado tratar-se de reabilitação feita por outros profissionais de saúde que não enfermeiros e 2 artigos serem repetidos.

2. Por via SciELO - *Síndrome* (no título) and *cuidados intensivos* (no título), and *enfermagem* (ao longo do artigo) com data de publicação entre 2010 e 2016 – não foram encontrados artigos.

A decisão por não alargar a minha pesquisa a outros descritores deveu-se ao fato de, o meu objetivo ser o de encontrar, artigos que abordem exclusivamente o PICS e, os cuidados sensíveis à prática de enfermagem para a sua prevenção.

Origem	Título do artigo	Autores	Periódico	Temática
Artigo nº1 Medline	Post-Intensive Care Syndrome Preventing complications and improving long-term outcomes	Scruth, Elizabeth A. PhD, MPH, RN, CCNS, CCRN	Clinical Nurse Specialist, January /February 2014	Complicações mais comuns após internamento nos cuidados intensivos. Prevenção do PICS.
Artigo nº2 CINAHL	Medication Management to Ameliorate Post-Intensive Care Syndrome	Stollings, Joanna; Bloom, Sarah; Huggins, Elizabeth; Grayson, Scottie; Jackson, James, <u>Sevin</u> , <u>Carla</u>	AACN Advanced Critical Care, volume 27, numero 2, pp.133-140 Setembro 2016	Fatores de risco relacionados com a medicação que estão associados com o desenvolvimento de compromisso cognitivo em pacientes críticos, incluindo a desregulação da glicose, o delírio e farnacos.

Artigo nº3 CINAHL	Patient and family Post-Intensive Care Syndrome	Davidson, Judy; Harvey, Maurene	AACN Advanced Critical Care, volume 27, numero 2,pp 184-186, Setembro 2016	Identificar e promover estratégias para consciencializar para o PICS e PICS-F após alta dos cuidados intensivos.
Artigo nº4 CINAHL	Implementing a Mobility Program to Minimize Post-Intensive Care Syndrome	Hopkins, R.; Mitchell, L.; Thomsen, G.; Schafer, M.; LinK, M.; Brown, S.	AACN Advanced Critical Care, volume 27, numero 2, pp187-203, setembro 2016	A reabilitação baseada na mobilidade precoce diminui o tempo de internamento e no hospital, reduz o delírio e aumenta a força muscular e a capacidade de deambular.
Artigo nº5 CINAHL	Developing a Diary Program to Minimize Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome.	Locke, M.; Eccleston, S.; Ryan, C.; Byrnes, T.; Mount, C.; McCarthy, M..	AACN Advanced Critical Care, volume 27, número 2, pp 212-220, setembro 2016	A implementação do diário em UCI foi desenvolvido para ajudar a mitigar os efeitos negativos de PICS / PICS-F. Escrever no diário é uma estratégia de coping para lidar com as lutas diárias em torno da progressão clínica ou regressão.
Artigo nº6 CINAHL	Peer Support as a Novel Strategy to Mitigate Post-Intensive Care Syndrome	Mikkelsen, M.; Jackson, J.; Hopkins, R.; Thompson, C.; Andrews, A.; Netzer, G.; Bates, D.; Bunnell, A.; Christie, L.; Greenberg, S.; Lamas,	AACN Advanced Critical Care. volume. 27 numero 2. pp 221-229, 2016	Uma estratégia inovadora para mitigar o risco de compromisso neuropsicológico e funcional comum após doença crítica é a utilização de grupos de apoio entre pares.

		D.; Sevin, C.; Weinhouse, G.; Iwashyna, T.		
Artigo nº7 CINAHL	Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it	Davidson, Judy; Harvey, Maurene; Schuller, Jessica; Black Gary	American Nurse Today, volume 8, numero 5, maio 2013 –	Tem como objetivos identificar a prevalência e os efeitos do PICS nos pacientes e seus familiares, descrever como mitigar PICS na UCI.e realizar uma discussão sobre como garantir uma transição mais eficaz do paciente da UCI e do hospital.

RESULTADOS

Passo a apresentar os quadros das evidências encontradas em cada estudo.

Artigo 1- Post-Intensive Care Syndrome Preventing complications and improving long-term outcomes

Objetivo	Resultados
Prevenir as complicações e melhorar os resultados a longo prazo do PICS	A sedação, a imobilidade e a ventilação mecânica são potencialmente os maiores contributos para o PICS.

Em 2010 a SCCM reconheceu a necessidade de obter respostas sobre o PICS pelo se organizaram nesse sentido, sendo o maior contributo das enfermeiras “de cabeceira” ou seja assistenciais e especialistas foi reconhecer essas questões e depois utilizar a pratica baseada na evidência para sua prevenção.

Limitar a sedação com base nas avaliações de risco realizadas pela enfermeira de cabeceira usando ferramentas próprias, assim como limitar o uso de benzodiazepinas para uma diminuição do *delirium* e de sintomas psiquiátricos e habilitar o paciente para uma mobilização mais livre. É necessário uma avaliação diária dos pacientes em ventilação mecânica invasiva para verificar a possibilidade de extubação.

Um protocolo existente na literatura ABCDE bundle que foi projetado para minimizar a sedação, reduzir o delirium e prevenir a imobilidade.

Artigo 2 - Medication Management to Ameliorate Post-Intensive Care Syndrome

Objetivo	Resultados
Identificar as estratégias medicamentosas na UCI, após UCI e após alta para prevenir ou ajudar a gerenciar o PICS	São muitos os fatores de risco relacionados com a medicação que estão associados com o desenvolvimento de compromisso cognitivo em pacientes críticos, incluindo a desregulação da glicose, o delírio e fãmacos. Os fãrmacos também foram associados à fraqueza neuromuscular aguda após internamento em UCI

A hiperglicemia e hipoglicemia estão associadas com disfunção cognitiva nos pacientes críticos. A hiperglicemia diminui o fluxo sanguíneo cerebral, prejudica o endotélio vascular, aumenta a permeabilidade da barreira hematoencefálica e aumenta a liberação de neurotransmissores excitatórios que resulta na morte neuronal, sendo ainda um fator de risco para polineuropatia e miopatia do paciente crítico. A insulina tem efeitos anti-inflamatórios, protege o endotélio, melhora o metabolismo dos lípidos, Segundo a bibliografia está indicado a insulino terapia intensiva mantendo níveis de glucose no sangue entre os 80-100mg/dl.

A PAD (Pain, Agitation, Delirium) Guidelines - dor, agitação e delírio foi publicada em 2013 pela Society of Critical Care e resume a melhor evidência para fornecer conforto físico e psicológico através da gestão da PAD. Um inadequado controlo da dor está associado a inúmeras complicações nomeadamente infeções nosocomiais, aumento do tempo de ventilação mecânica invasiva e *delirium*. O tratamento da dor com opiáceos em alguns estudos está relacionado com o aumento do risco de *delirium* no entanto em outros com a diminuição do risco de *delirium*. Embora outros medicamentos como a gabapentina, anti-inflamatórios não esteroides e o acetaminofeno são boas terapias adjuvantes, os opioides são a classe farmacológica de eleição.

Em vários estudos as benzodiazepinas têm sido associadas com o desenvolvimento do *delirium*. As guidelines PAD recomendam o uso de outras estratégias para sedação como o dexmedetomidine. Outros fármacos como a dopamina e anticolinérgicos também podem aumentar o risco de *delirium*.

Artigo 3 - Patient and family Post-Intensive Care Syndrome

Objetivos	Resultados
Identificar e promover estratégias para consciencializar para o PICS e PICS-F após alta dos cuidados intensivos, assim como estimular a adoção de estratégias para melhorar o cuidado centrado na família e diminuir os fatores de risco modificáveis do PICS.	Diminuir os fatores de risco modificáveis do PICS através do ABCDE bundle como sendo o <i>delirium</i> , imobilidade, sedação e duração da ventilação mecânica invasiva. A utilização do diário na UCI ajuda pacientes e familiares a ultrapassar o PICS.

É do conhecimento geral que os pacientes que sobreviveram a doenças críticas não retomaram o seu estado de saúde original com consequência a longo prazo, pelo que em 2010 a SCCM reuniu para examinar as consequências a longo prazo da doença crítica, definindo o agravamento da saúde mental, física e cognitiva após internamento em UCI é definido como PICS. Quando afeta os membros da família dos pacientes, um "F" é adicionado e o termo torna-se PICS-F.

Posteriormente apresentaram ABCDE bundle que aborda os fatores de risco para o PICS como sendo o *delirium*, imobilidade, sedação e duração da ventilação mecânica invasiva.

Artigo 4 - Implementing a Mobility Program to Minimize Post-Intensive Care Syndrome

Objetivo	Resultados
Implementar um programa de mobilidade para minimizar o PICS	A imobilidade na UCI está associada com enfraquecimento neuromuscular, PICS, limitações funcionais e custos elevados. A reabilitação baseada na mobilidade precoce diminui o tempo de internamento e no hospital, reduz o delírio e aumenta a força muscular e a capacidade de deambular. Os efeitos a longo prazo incluem a autonomia, uma recuperação mais rápida e redução da readmissão hospitalar e morte.

O PICS pode persistir por anos após o paciente deixar a UCI.

A imobilidade na UCI está associada com fraqueza neuromuscular, PICS, limitações funcionais e custos elevados. A mobilização precoce na UCI é viável e segura e diminui o número de dias de ventilação mecânica invasiva, no entanto para mobilizar os pacientes com sucesso, é necessária avaliação diária para reduzir a sedação, melhorar o sono e diminuir o delírium para facilitar a reabilitação baseada na mobilidade. A maioria dos protocolos de mobilidade ou reabilitação física da UCI reduz a sedação através de interrupções diárias de sedação e / ou alteração dos medicamentos sedativos utilizados.

Evidencia-se a acumulação dos benefícios a curto e longo prazo da redução da sedação, incluindo diminuição do delírium em pacientes críticos e aumento da deambulação.

Artigo 5 - Developing a Diary Program to Minimize Patient and Family Post- Intensive Care Syndrome.

Objetivo	Resultados
Explicar e educar para os benefícios do diário como um complemento em UCI	A implementação do diário em UCI foi desenvolvido para ajudar a mitigar os efeitos negativos de PICS / PICS-F, no entanto também se verificou ser uma fonte de inspiração para o paciente, a família do paciente e os membros da equipa. Escrever no diário sobre o progresso do paciente na UCI foi visto como terapêutico, especialmente quando o que estava escrito incluía a eventual remoção do ventilador e, em última instância, a transferência da unidade. O programa foi, e continua a ser, um meio para as famílias dos pacientes lidarem com a situação; É uma estratégia de coping para lidar com as lutas diárias em torno da progressão clínica ou regressão.

O PICS é um fenômeno cada vez mais comum que engloba problemas físicos, neurológicos, cognitivos e emocionais que afetam os pacientes mesmo após a alta da UCI.

Todos os anos, milhões de pacientes são admitidos nas UCI e um terço deles necessitam de ventilação mecânica invasiva, estando frequentemente inconscientes ou sedados. Os sobreviventes da UCI têm elevada incidência de uma variedade de sintomas de saúde mental que podem afetar a sua recuperação, incluindo pesadelos, pensamentos e lembranças indesejáveis, ansiedade ou depressão e síndrome de *stress* pós-traumático. Essas memórias contêm eventos reais ocorridos durante o internamento na UCI como ilusões. Descrevem memórias e sonhos que muitas vezes são incapazes de compreender e que levam a uma redução na sua qualidade de vida. A bibliografia refere que os pacientes afetados e seus familiares podem beneficiar de um documento escrito com os registos dos eventos ocorridos

para refletir sobre sua experiência na UCI., permitindo que eles se movam lentamente para além das memórias delirantes e dos equívocos que se formaram na mente desorientada.

Estratégias como horário de visitas flexíveis, envolvimento da família na prestação de cuidados e participação na manutenção de um diário durante o internamento na UCI têm sido consideradas benéficas no sentido de ajudar os familiares a oferecer apoio a si mesmos e ao paciente.

Este programa foi implementando usando a Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. De acordo com a literatura sugere que os enfermeiros devem iniciar os diários em pacientes que foram intubados por mais de 24 horas, e / ou classificado como positivo para delírio na escala (CAM-ICU). Para este programa, a enfermeira responsável pelo paciente deve fazer o registo inicial, que incluiu uma breve explicação do motivo de admissão, os registos seguintes devem ser escritos durante o turno pela enfermeira responsável pelo paciente e equipa multidisciplinar. A participação no programa de diário da UCI deve ser voluntária. Os enfermeiros foram incentivados a contribuir com pelo menos um registo por turno assim como as famílias e amigos foram convidados a completar as inscrições também. A equipa acreditava que a sua participação no diário iria ajudar os pacientes a verificar melhor o apoio prestado durante todo o internamento. O diário permaneceu sempre com o paciente mesmo aquando a transferência ou alta.

Embora este programa de diário na UCI foi desenvolvido para ajudar a mitigar os efeitos negativos de PICS / PICS-F, foi também uma fonte de inspiração para o paciente, família e equipa multidisciplinar. Escrever registos diários sobre a evolução do paciente na UCI foi visto como terapêutico, especialmente quando o que estava escrito incluía o desmame ventilatório e extubação e em última instância, a transferência da unidade. O programa foi, e continua a ser, um meio para as famílias dos pacientes lidarem com as circunstâncias de seus entes queridos. Surgiu como uma estratégia de coping para lidar com as lutas diárias em torno da progressão clínica ou regressão. Uma das grandes satisfações na profissão de enfermagem em cuidados intensivos é salvar as vidas dos pacientes e vê-los sair da UCI, mas é vital entender que este é apenas um passo no processo de cura e recuperação.

Era importante melhorar este programa de forma a obter o feedback dos pacientes e seus familiares para compreender como o diário da UCI ajudou na sua recuperação e retorno à vida quotidiana.

Artigo 6 - Peer Support as a Novel Strategy to Mitigate Post-Intensive Care Syndrome

Objetivo	Resultados
Preencher a lacuna entre o que os sobreviventes de doença crítica vivenciam e o que atualmente temos para oferecer.	São necessárias novas estratégias para mitigar o risco de compromisso neuropsicológico e funcional comum após doença crítica e para preparar e apoiar os sobreviventes no seu caminho para a recuperação. Uma estratégia inovadora é a utilização de grupos de apoio entre pares para atender com mais eficácia as necessidades dos sobreviventes de cuidados intensivos e mitigar o PICS.

O PICS é uma condição definida por um agravamento da função cognitiva, da saúde mental e da função física após uma doença crítica que engloba frequentemente dor crônica, disfunção sexual, deficiência, perda e incapacidade de voltar ao trabalho que culminam na redução da qualidade de vida. Os sobreviventes e seus cuidadores anseiam por informações em cada etapa da recuperação, mas frequentemente carecem dos conhecimentos necessários para entender o que eles experimentaram e o que esperar. Os sobreviventes lutam com o impacto duradouro das doenças críticas sobre a sua própria saúde e o impacto sobre os cuidadores. Eles lamentam a falta de apoio após a alta para aprender a lidar com as suas necessidades de saúde e falta de independência.

São urgentes novas estratégias para mitigar o risco de declínio neuropsicológico e funcional após uma doença crítica e para preparar e apoiar os sobreviventes em suas vidas. A evidência disponível fornece um modelo que desempenha um papel crucial na melhoria da recuperação dos sobreviventes através do processo de fornecer empatia, conselhos e partilhar histórias entre os sobreviventes da UCI, que se designa de apoio dos pares baseando-se nos princípios de que dar e receber apoio pode ser a cura se feito com respeito mútuo. O apoio dos pares é centrado na noção de que os sobreviventes podem ajudar uns aos outros através da partilha de experiências estabelecendo uma comunidade que promove a saúde e o bem-estar. Os benefícios potenciais, aplicados aos sobreviventes de doenças críticas, são muitos: esperança, otimismo, partilha de informações e conselhos práticos que não estão prontamente disponíveis para os profissionais de saúde.

Artigo 7 - Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it

Objetivos	Resultados
Identificar a prevalência e os efeitos do PICS nos pacientes e seus familiares; Descrever como mitigar PICS na UCI; Realizar uma discussão sobre como garantir uma transição mais eficaz do paciente da UCI e do hospital.	A comunicação e a informação ajudam a minimizar resultados adversos. A forma como a informação é transmitida e percebida pelos pacientes e famílias são fatores que parecem afetar as consequências a longo prazo da doença crítica, assim como a mobilidade precoce minimiza os problemas físicos e o delírio em pacientes na UCI

O PICS geralmente causa problemas funcionais, cognitivos e psicossociais. Os enfermeiros podem ter um impacto positivo em vários cenários ao longo dos cuidados e não apenas na UCI. A evidência apoia que para as famílias e os pacientes na UCI, a comunicação e a informação ajudam a minimizar resultados adversos. O que os enfermeiros dizem, como eles dizem, quão cedo, quantas vezes e como é percebido pelos pacientes e famílias são fatores que parecem afetar as consequências a longo prazo da doença crítica. Sabe-se que a mobilidade precoce minimiza os problemas físicos e o delírio em pacientes na UCI.

O ABCDE *bundle*, aborda os fatores de risco PICS, *delirium*, imobilidade, sedação e duração da ventilação mecânica, foi aprovado como um método de minimização de PICS.

ABCDE- Awakening and Breathing Coordination of Daily sedation and ventilator removal trials; Choice of sedative or analgesic exposure; Delirium monitoring and Management; and Early mobility and exercise, ou seja, coordenação entre despertar e tentativa de ventilação espontânea diária; escolha do melhor alvo de sedação e tipo de sedativo ou analgésicos; monitorização e controle do *delirium* e mobilidade e exercícios precoces.

Posteriormente surge o ABCDEF bundle, Assess, prevent and manage pain, Both spontaneous awakening trials (SAT) and spontaneous Breathing trials (SBT), Choise of analgesia and sedation, Delirium . assess, prevent and manage, Early mobility and exercise, Family engagement and empoeerment. Criado 2014 (post-PAD Guidelines). Que já envolve a família, com o focus na avaliação, prevenção e controlo da dor, ensaios de despertar espontâneo (SAT) e ensaios de respiração espontânea (SBT), uso de escalas validadas de sedação e delírio, envolve e capacita a família. Atualmente foi adicionado à mnemónica

ABCDE um FGH para resolver as questões relacionadas com a família e transições– Family follow-up referrals and functional reconciliations, Good handoff communication ,and Handout educational materials on PICS and PICS-F. Sendo que, F, significa referências de acompanhamento, reconciliação funcional e envolvimento familiar, o G diz respeito a uma comunicação efetiva e transferência de informação, e H, significa entregar ao paciente e à família, material didático.

Muitos sobreviventes do PICS e suas famílias têm necessidades de longo prazo para conversar com os profissionais de saúde sobre seus problemas persistentes após a alta, de forma a ajudar a atender a essa necessidade de comunicação, os membros da equipa da UCI devem considerar fazer chamadas telefônicas de follow-up.

Os diários mantidos conjuntamente com a família e equipa multidisciplinar da UCI e usados para sessões de esclarecimento posteriores mostraram diminuir os problemas de saúde mental para os pacientes e famílias. Os profissionais de saúde precisam ir além de salvar as vidas de pacientes criticamente doentes, sabendo as potenciais consequências a longo prazo dos internamentos em UCI é imperioso dedicar mais tempo, esforço e atenção para otimizar a saúde física, cognitiva e mental dos pacientes em UCI e suas famílias de forma a garantir os melhores resultados possíveis.

DISCUSSÃO

O enfermeiro tem um papel de relevo na prevenção do PICS sendo este um trabalho em equipa. O PICS pode causar problemas físicos e cognitivos durante anos, os problemas cognitivos afetam cerca de 30% a 80% dos sobreviventes da UCI e diz respeito a problemas relacionados com a lembrança, atenção, resolução de problemas, organização e trabalho em tarefas complexas e tem como fatores de risco a desregulação da glicemia, hipotensão, sedação, medicação e *delirium* (2,3).

Existe um consenso relativamente aos fatores de risco para o desenvolvimento do PICS, a sedação, imobilidade e *delirium* (2,3,4,7) sendo a ventilação mecânica invasiva também referida (3,1). O *delirium*, consiste num síndrome de confusão aguda com grande impacto na morbi-mortalidade dos doentes internados em UCI e deve ser rapidamente monitorizado e instituídas medidas preventivas farmacológicas e não farmacológicas, de forma a reduzir a sua incidência. Pelo que a sua monitorização é fundamental, não apenas como um indicador de uma disfunção orgânica inicial, mas também para prevenção de lesões acidentais, promovendo um cuidado seguro e permitindo à equipa da UCI a implementação de medidas preventivas e terapêuticas para proporcionar reabilitação adequada e potencialmente diminuir as perdas relativas à qualidade de vida.

A evidência científica sugere que a gestão da sedação e *delirium* podem ter efeitos importantes nos resultados dos pacientes tratados em UCI. A sedação deve ser mantida no mínimo necessário para conforto e segurança do doente, evitando o uso de benzodiazepinas. O uso de um protocolo em que avalie a profundidade da sedação, e a presença de dor e *delirium* sejam rotineiramente monitorizados e prontamente tratados.

Uma sedação mais leve permite que o doente seja mobilizado com maior liberdade e reporte a dor de forma mais efetiva oferecendo uma oportunidade para a família se envolver. Os doentes ventilados mecanicamente necessitam de uma avaliação diária para aferir a possibilidade de uma extubação precoce, a este nível muito se tem evoluído, existindo atualmente ventiladores que se sincronizam com o doente reduzindo a necessidade de uma sedação profunda.

Neste sentido é importante promover a mobilização precoce e reabilitação, o autocuidado e a independência e evitar equipamentos que diminuam a mobilidade (sondas vesicais, soroterapia), reavaliando diariamente a sua necessidade o que contribui para o aumento o número de dias livres de ventilação e reduziu a readmissão hospitalar. Outro aspeto a ter em consideração é a restrição física, assim como a contenção no leito deve ser evitada, pois agrava a agitação e é causa potencial de trauma. A imobilidade nas UCI está associada a fraqueza neuromuscular, SPICI, limitação funcional e altos custos. A mobilização precoce e reabilitação é praticável e segura. (5)

Sempre que possível evitar o uso de benzodiazepinas que estão associadas com o desenvolvimento do *delirium*, são vários os estudos que comprovam a eficácia do uso de dexmedetomidina em substituição com uma redução da prevalência diária de *delirium* em comparação com benzodiazepinas. (1,2)

Uma das estratégias é a avaliação da dor, agitação e *delirium* “tríade de UCI” é um pilar no atendimento ao doente crítico. A dor é a memória mais comum durante o tempo de permanência na UCI. A agitação pode precipitar a remoção acidental do tubo endotraqueal, de cateteres endovasculares quer para administração de terapêutica, quer de monitorizações invasivas pelo que é comum a administração de sedativos e analgésicos. (1,3,7)

Na prestação de cuidados depararmo-nos frequentemente com a dificuldade do doente em colaborar na avaliação da dor, uma vez que esta capacidade é influenciada por problemas sensoriais tais como défices cognitivos, períodos de desorientação, agitação ou ansiedade, pelo que foram desenvolvidas escalas para mensurar especificamente a intensidade da dor em doentes sedados, com ventilação mecânica e inconscientes. A maioria dos doentes internados em UCI apresentam incapacidade de comunicar devido a alterações do nível de consciência, devido a sedação, presença de tubo endotraqueal e se encontrarem ventilados. As Guidelines PAD recomendam o uso das escalas Behavioral Pain Scale (BPS) desenvolvida por Payen, ou a escala critical care pain observation tool em UCI em pacientes que não conseguem reportar a sua dor, são escalas para a heteroavaliação da dor. (1,2) A BPS é usada para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica. Ela consiste na avaliação de três aspetos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica.

Outra escala muito utilizada é a escala numérica, quando o doente se encontra capaz de verbalizar e descrever a dor, e as comportamentais que permitem avaliar as consequências da dor na vida do doente.

Uma inadequada gestão da dor está associada com inúmeras complicações, incluindo infeções nosocomiais, aumento do tempo de ventilação mecânica e *delirium*. (2)

Muitos sobreviventes do PICS e suas famílias têm necessidades de a longo prazo conversar com os profissionais de saúde sobre seus problemas persistentes após a alta, pelo que se torna pertinente a realização de consultas de follow-up. Apresentam alta incidência de uma variedade de sintomas de saúde mental que podem afetar sua recuperação, incluindo pesadelos, pensamentos e lembranças indesejáveis, ansiedade, depressão e síndrome de stresse pós-traumático, que é uma condição desencadeada pela experiência a um evento traumático. (6,5)

Os horários de visita flexíveis, envolvimento da família na assistência de enfermagem e a sua participação na manutenção de um diário como estratégias destinadas a ajudar os familiares a providenciarem apoio a si mesmos e ao paciente. (3,5,7). Os diários têm sido amplamente utilizados nos países europeus como uma tecnologia de baixo custo para melhorar a qualidade de vida após a doença crítica. São realizados pela equipa de saúde da UCI e descreve as atividades diárias do paciente, das visitas e das respostas do paciente a essas atividades. O diário permite aos pacientes avaliar sua recuperação e melhora a comunicação com suas famílias sobre suas experiências, mantendo assim o cuidado centrado na família. Além disso, os diários mantidos em conjunto pela família, equipa de saúde das UCI e usados posteriormente para sessões de esclarecimento mostraram diminuir os problemas de saúde mental nos doentes e seus familiares. (3,5,7)

O controlo da glicemia é outra estratégia sensível aos cuidados de enfermagem para prevenção das comorbilidades associadas ao PICS uma vez que, a hiperglicemia e a hipoglicemia estão associadas com disfunção cognitiva nos doentes críticos. (2) A hiperglicemia diminui o fluxo sanguíneo cerebral, prejudica o endotélio vascular, aumenta a permeabilidade da barreira hematoencefálica e aumenta a libertação do neurotransmissor excitatório, resultando na morte neuronal. (2) A insulina tem um efeito anti-inflamatório, protetor do endotélio, melhora o metabolismo dos lípidos e é uma hormona anabolizante. (2)

Uma outra estratégia para ultrapassar o PICS documentada na bibliografia é o apoio dos pares que é definido como o processo de proporcionar empatia, oferecer conselhos e

compartilhar histórias entre os sobreviventes da UCI. Não se trata de um modelo clínico, sendo o papel dos profissionais de saúde ajudar a fornecer o espaço seguro onde os sobreviventes podem ajudar uns aos outros compartilhando as suas vivências, educando e preparando para o processo de recuperação. Sendo os potenciais benefícios do apoio dos pares o estabelecimento de uma comunidade que promove a saúde e o bem-estar através da experiência compartilhada de doença e recuperação. (6) Sendo a espiritualidade e a religião aspectos importantes nas redes de apoio aos sobreviventes e dada a relutância dos prestadores de cuidados de saúde em envolverem-se nestes aspectos espirituais da doença e da recuperação, estes grupos de apoio podem ser um veículo através do qual estes aspectos podem ser explorados e reconhecidos. (6)

Após avaliar os fatores de risco do paciente e da família para PICS e PICS-F, respetivamente, torna-se imperioso implementar estratégias para mitigar esses fatores.

Segundo vários estudos, os cuidados de enfermagem vão muito para além do momento da alta hospitalar, uma vez que o PICS permanece mesmo após a alta hospitalar, pelo que os profissionais de saúde precisam ir mais além do que salvar a vida dos doentes críticos. É de extrema importância prevenir as consequências a longo prazo dos internamentos em UCI, pelo que é imperioso dedicar mais tempo, esforço e atenção para otimizar a saúde física, cognitiva e mental dos doentes em UCI e suas famílias para garantir os melhores resultados possíveis. (3,4,5,6)

CONCLUSÃO

O maior contributo da enfermagem é reconhecer precocemente o PICS e, utilizar as práticas baseadas na evidência científica para sua prevenção, de forma a maximizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nas UCI.

Os sobreviventes e seus cuidadores anseiam por informações em cada etapa da recuperação, carecem de conhecimentos necessários para entender o que eles experimentaram e o que os espera. Realizam uma luta diária com o impacto duradouro do internamento em UCI, sobre a sua saúde e dos seus cuidadores. Os enfermeiros pelas suas capacidades comunicacionais e por serem o grupo de profissionais da área da saúde que mais tempo passa com o doente/família encontram-se numa posição primordial para prestar as informações necessárias, de forma a reduzir a ansiedade e estabelecendo uma relação de confiança entre o enfermeiro e o doente/família.

Estratégias como o controlo da glicemia, a prevenção e monitorização do delírio e da dor, a mobilização precoce, o desmame ventilatório também precoce com uma redução da sedação ao mínimo necessário, assim como o uso adequado de medicamentos são estratégias sensíveis à prática de enfermagem para prevenir o PICS. Algumas estratégias não-farmacológicas passam por controlar fatores de risco modificáveis pelo que é fundamental realizar intervenções no sentido de tornar o ambiente da UCI menos hostil, permitindo uma melhor perceção do ambiente por parte do doente como a transferência para um quarto com luz natural, para ter noção de noite e dia, acesso a próteses visuais e auditivas para um melhor entendimento do ambiente envolvente e intervenções para permitir um sono tranquilo com redução de ruído, ajuste de horários das medicações de forma a evitar horários noturnos e terapias de relaxamento como musicoterapia e técnicas de massagem podem ser efetivas para minimizar a privação de sono.

Podem ser usadas estratégias de reorientação e intervenção comportamental como permitir a presença de familiares, realizar orientações ao paciente. O contato pessoal e a comunicação são fundamentais, utilizando-se instruções verbais simples e contato ocular, o uso de calendários, relógios e esquema de horários, assim como evitar mudanças no ambiente e mesmo da equipa de saúde.

Além disso, a presença de suporte à vida invasivo, tubos, cateteres e drenos também são considerados fatores de risco, e devem ser removidos logo que possível.

Outro problema que surge após a permanência nas UCI é o da identidade. Os sobreviventes lidam com questões relacionadas com quem são após a alta das UCI. Conscientes de novos défices cognitivos, mudanças de personalidade e limitações físicas, surgem por vezes sentimentos de frustração, culpa e arrependimento por decisões de saúde precárias que levaram ao desenvolvimento da doença ou por contribuírem para o sofrimento dos membros da família.

Os artigos encontrados são muito recentes, o que se verifica uma preocupação crescente sobre esta temática no entanto existe ainda um longo caminho a percorrer e é importante que se investigue mais sobre o PICS. Tona-se claro que para existir uma continuidade dos cuidados após alta hospitalar é imprescindível melhorar a comunicação entre os cuidados diferenciados e os cuidados primários, sendo que os registos eletrónicos integrados uma importante melhoria do processo. Sem dúvida que este é o momento oportuno para os enfermeiros pesquisarem sobre estas síndromes potencialmente devastadoras como o PICS e PICS-F e implementarem intervenções baseadas na evidência científica de forma a minimizarem as comorbilidades associadas reduzindo custos em tratamentos e reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Scruth, Elizabeth A.. Legal and Ethical. Post Intensive Care Syndrome. Preventing complications and improving long-term outcomes. Clinical Nurse Specialist. January/February 2014
- (2) Stollings, Joanna; Bloom, Sarah; Huggins, Elizabeth; Grayson, Scottie; Jackson, James; Sevin, Carla. Medication Management to ameliorate Post-Intensive Care Syndrome. AACN Advanced Critical Care vol. 27, nº2, Abril-Junho 2016
- (3) Davidson, Judy; Harvey, Maurene. Patient and family Post Intensive Care Syndrome. AACN Advanced Critical Care. 2016. 27 (2) 184-186
- (4) HopKins, Ramona; Mitchell, Lorie; Thomsen, George; Schafer, Michele; Link, Maggie; Brown, Samuel. Implementing a mobility Program to Minimize Post – Intensive Care Syndrome. AACN Advanced Critical Care, 2016; 27 (2) 187-203
- (5) Locke, Meaghan; Eccleston, Sarah; Ryan, Claire; Byrnes, Tiffany, Mount, Cristin; McCarthy, Mary. Developing a Diary Program to Minimize Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome. 2016. AACN Advanced Critical Care. 27 (2);212-220
- (6) Mikkelsen, Mark; Jackson, James; Hopkins, Ramona; Thompson, Carol; Andrews, Adair; Netzer, Giora; Bates, Dina; Bunnell, Aaron; Christie, LeeAnn; Greenberg, Steven; Lamas, Daniela; Sevin, Carla; Weinhouse, Gerald; Iwashyna, Theodore. Peer Support as a Novel Strategy to Mitigate Post-Intensive Care Syndrome. AACN Advanced Critical Care. 2016. 27 (2) 221-229
- (7) Davidson, Judy; Harvey, Maurene; Schuller, Jessica; Black, Gary. Post-intensive care syndrome: What is and how to help prevent it. American nurse today. 2013, 8 (5): 32-37.

APÊNDICE III – INFORMAR PARA SALVAR - FORMAÇÃO À
COMUNIDADE



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Formação à comunidade - Informar para Salvar

Por, Andreia Moreira

Porto, Junho de 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Formação à comunidade - Informar para Salvar

Por, Andreia Moreira

Sob Orientação: Mestre Lúcia Rocha

Porto, Junho de 2016

LISTA DE ACRÓNIMOS/ SIGLAS

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CIAV – Centro de Informação Antiveneno

CIPSE - Centro de Intervenção para Situações de Exceção

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERC - European Resuscitation Council

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PMA – Posto Médico Avançado

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

TAE – Tripulante de Ambulância de Emergência

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

Introdução.....	171
1. Serviços do INEM.....	173
2.Cadeia de Sobrevivência.....	175
3.Chamada 112	177
4.Linha Saúde 24.....	179
Referências Bibliográficas.....	181

Anexos

Formação à Comunidade “Informar para Salvar”

Introdução

Esta formação surge como um dos objetivos do meu projeto de estágio em Assistência Pré-hospitalar que decorre na delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e faz parte do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa.

O INEM, é o organismo do Ministério da Saúde, responsável por definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento, no território de Portugal Continental, Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O funcionamento do SIEM é acionado quando alguém liga 112 (INEM, 2016). O atendimento das chamadas é realizado pela PSP nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a área da saúde, a mesma é encaminhada para o Centro de Orientação de doentes Urgentes (CODU). Durante um turno no CODU verifiquei existir ainda muita desinformação tanto sobre quem realiza o atendimento das chamadas para o 112, como que informação deve ser dada ao operador do CODU. Este desconhecimento leva a uma difícil e demorada triagem da situação assim como do envio dos meios. Neste sentido e aproveitando uma visita de estudo de uma escola de Celorico de Bastos às instalações da Delegação Norte do INEM, realizei uma formação intitulado “Informar para Salvar” em conjunto com a Isabel (Operadora CODU), sobre os meios INEM, a cadeia de sobrevivência, a chamada para o 112 e a Linha Saúde 24, **participando desta forma neste projeto institucional que visa fomentar a adequada utilização dos serviços e meios de emergência médica pré-hospitalares.**

Sem dúvida que as crianças são uma aposta para o futuro e deveria se apostar na formação numa idade mais precoce.

A Organização Mundial de Saúde aprovou uma declaração conjunta da EuPSF (European Patient Safety Foundation), do European Resuscitation Council (ERC), da ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) e da WFSA (World Federation of Societies of Anaesthesiologists). Esta declaração destaca a importância do ensino da RCP a todas as crianças, em idade escolar, em todo o mundo. O documento realça o impacto que a RCP precoce pode ter na sobrevivência após paragem cardíaca, um problema que causa por dia 2.000 mortes em todo o mundo (Concelho Português de Resuscitação, 2016).

1. Serviços do INEM

O INEM, tem ao dispor da população portuguesa vários serviços:

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes, são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência – 112. Aqui é feita uma triagem da situação, e decidido, sob o ponto de vista clínico, qual é o tipo de resposta necessária a dar à situação (INEM, 2016)

CODU-MAR - Centro de Orientação de Doentes Urgentes no MAR, garante a prestação de aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações, nomeadamente procedimentos e terapêutica a administrar à vítima, podendo também acionar a evacuação do doente, organizar o acolhimento em terra, e posterior encaminhamento para o serviço hospitalar adequado (idem, Ibidem).

CIAV – Centro de Informação Antiveneno, presta em tempo útil, as informações necessárias e adequadas a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação. O número de contacto neste caso é o 808 250 143 (idem, Ibidem).

Helicópteros de Emergência Médica, são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde (transporte secundário) ou, entre o local da ocorrência e a unidade de saúde (transporte primário) (idem, Ibidem).

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência, acionada pelo CODU, intervêm com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros (INEM,2016);

Mota de Emergência Médica, vocacionada para o trânsito citadino, transporta um aparelho de DAE, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicémia capilar e outros materiais de SBV (Ibidem, idem)

Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), agora também designadas de AEM – a tripulação é composta por 2 TAE que não estão autorizados a efetuar procedimentos invasivos, têm como objetivo a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma unidade de Saúde (Idem, ibidem).

Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), tem como tripulantes um Enfermeiro e um TAE. O equipamento das SIV, permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais. Permite a administração de fármacos, segundo protocolos ou após validação com o médico do CODU. Têm como missão, garantir cuidados de Saúde diferenciados e transporte inter-hospitalar de doentes críticos (Idem, ibidem).

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), é um veículo de Intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local para onde foi ativada. Esta equipa é constituída por médico e enfermeiro e dispõe de equipamento para o Suporte Avançado de Vida em situações do foro médico ou traumatológico, atuando na dependência direta do CODU e têm base hospitalar (INEM, 2016);

O transporte de recém-nascidos de alto risco e pediátrico, é um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico, entre Unidades de Saúde. São ambulâncias especializadas, com uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. Estão equipadas com todo o material necessário à estabilização e transporte de doentes dos 0 aos 18 anos de idade (Idem, ibidem). CIPSE – Centro de Intervenção para Situações de Exceção, compete o planeamento e coordenação estratégica de operações de emergência médica em cenários de exceção assim como a coordenação de equipas do INEM destacadas em missões internacionais. Para isso dispõe de Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), que permitem a montagem de um Posto Médico Avançado (PMA) com capacidade para o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo, e um Hospital de Campanha, constituído por 17 tendas insufláveis. (Idem, ibidem)

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise, é formado por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe (INEM, 2016);

2.Cadeia de Sobrevivência

A Cadeia de Sobrevivência representa, simbolicamente, o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardio-respiratória. Para que o resultado final possa ser, efetivamente, uma vida salva, cada um dos elos da cadeia é vital e todos devem ter a mesma força. Todos os elos da cadeia são igualmente importantes: de nada serve ter o melhor SAV se quem presencia a PCR não souber ligar 112. (INEM, 2016) A cadeia tem a força do elo mais fraco.

Os quatro elos da cadeia de sobrevivência são:

1. Acesso precoce ao Sistema Integrado de Emergência Médica - 112
2. Suporte Básico de Vida
3. Desfibrilhação precoce
4. Cuidados pós-reanimação



Fonte: INEM (2012)

1. Acesso Precoce

O rápido acesso ao SIEM assegura o início da Cadeia de Sobrevivência. Cada minuto sem se chamar o socorro reduz a possibilidade de sobrevivência da vítima. Para o funcionamento adequado deste elo é fundamental que quem presencia uma determinada ocorrência seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba ativar o sistema, ligando adequadamente 112 (para poder informar o quê, onde, como e quem).

A incapacidade de adotar estes procedimentos significa falta de formação. A consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais cedo possível na vida de cada cidadão.

2. Suporte Básico de Vida Precoce

Para que uma vítima em perigo de vida tenha maior hipótese de sobrevivência é fundamental que sejam iniciadas, de imediato e no local onde ocorreu a situação, manobras de SBV. Isto só se consegue se quem presencia a situação tiver a capacidade de iniciar o SBV.

O SBV permite ganhar tempo, mantendo alguma circulação e alguma ventilação na vítima, até à chegada de socorro mais diferenciado para instituir os procedimentos de SAV.

3. Desfibrilhação precoce

Na maioria dos casos de PCR o ritmo de paragem é a Fibrilhação Ventricular (FV). O único tratamento eficaz para a FV é a administração de um choque elétrico (desfibrilhação). A probabilidade de sucesso da desfibrilhação decresce entre 7 a 10% por minuto após o colapso, a não ser que o SBV seja realizado.

4. Cuidados pós reanimação

Após uma reanimação com sucesso os reanimadores podem aumentar as possibilidades de recuperação. Para os leigos, isto pode passar apenas pela colocação da vítima em posição lateral de segurança. Os profissionais de saúde devem usar técnicas diferenciadas para otimizar a recuperação.

(INEM, 2012)

3. Chamada para o 112

Para ligar para o 112 deve, antes de mais, ter um motivo, pois infelizmente sabemos que há quem ligue ‘por piada’, e isso pode sair caro, principalmente porque se ocupa uma linha que pode ser vital para alguém em necessidade. Portanto, sejam responsáveis ao utilizar o 112.

Pode ligar para o 112 caso esteja envolvido ou testemunhe algum género de emergência como acidentes, doenças súbitas, agressões, intoxicações, assaltos, incêndios, entre outras situações.

A chamada será atendida por um operador da Central de Emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP). Esta chamada é gratuita e pode fazê-la a partir de telefones fixos ou de rede móvel, e em qualquer país de União Europeia. Devemos indicar, logo de seguida, o endereço e número de telefone ao operador que nos atende.

Quem nos atende irá fazer a triagem da situação, dará conselhos sobre como devemos proceder em seguida, e irá acionar os meios de emergência adequados à situação.

As chamadas que são emergência médica, são reencaminhadas para o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) pertencente ao INEM.

Assim que liga para o número 112, é fundamental saber o que dizer de forma clara e sem dúvidas, pois assim é meio caminho andado para uma boa compreensão por parte de quem está do outro lado, e também para que, cheguem ao local, os meios mais adequados.

- Indique o número de telefone a partir do qual está a ligar.
- Indique a sua localização exata, referindo pontos de referência (ex: perto de um edifício importante).
- Indique o género de situação, como doença, acidente, parto, agressão, etc.
- Indique qual é a aparente gravidade da situação.
- Deve também dizer qual o número de pessoas que necessitam de socorro, bem como o sexo e idade.
- Refira quais as queixas e sintomas da pessoa a socorrer, bem como possíveis alterações que vá observando.
- Deve ainda indicar ao operador determinadas situações específicas, por exemplo um perigo de incêndio que exija acionar outros meios no local.
- Desligue a chamada somente quando o operador o indicar.

4.Linha Saúde 24

A Linha Saúde 24 é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa dar resposta às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento dos utentes para as instituições do Serviço Nacional de Saúde mais adequadas. É uma linha de triagem, aconselhamento e encaminhamento, para chamadas de não emergência, quando não são necessários os meios de emergência no local. Caso ligue para o 112 e se verifique que não é uma situação de emergência, a chamada será reencaminhada para a Linha Saúde 24. Pode ligar para a Linha Saúde 24, marcando o número 808 24 24 24, com um custo de uma chamada local. O atendimento é feito por enfermeiros que dão aconselhamento profissional de forma a se saber lidar com a situação de saúde em questão. No início da chamada, é pedido o número de cartão de utente, sendo fundamental ter esses dados.

Referências Bibliográficas

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) Acedido em 18 de maio de 2016 em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162319930581.pdf>.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2016) Acedido em 18 de maio de 2016 em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28164

Concelho Português de Ressuscitação – (2016) acedido em 18 de maio de 2016 http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27625

CPR- <file:///C:/Users/Eu/Downloads/Kids%20Save%20Lives.pdf> - OMS

ANEXOS

Anexo I – Formação para a Comunidade “Informar para Salvar”



Organização INEM/SIEM

2014



Organização da Emergência Médica Pré-hospitalar

INEM - garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde
- **Sistema Integrado de Emergência Médica**.

- prestação de socorros no local da ocorrência
- transporte assistido das vítimas

O INEM, através do **Número Europeu de Emergência 112**, dispõe de vários serviços e meios para responder a situações de emergência médica.





Organização da Emergência Médica Pré-hospitalar



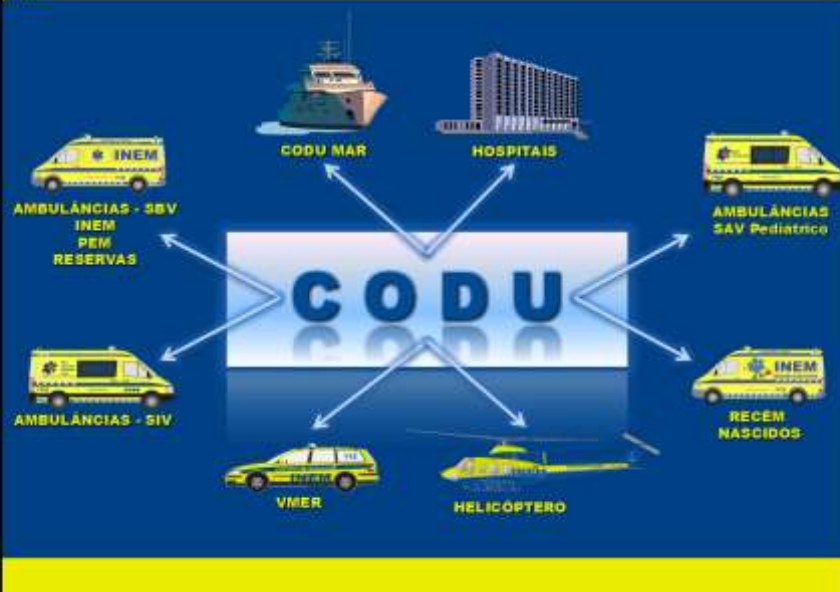
Que informação devo dar à pessoa que atende a chamada de emergência?

- Tipo de situação
(doença; acidente; parto; etc)
- O número sexo e idade aparente das pessoas a necessitar de socorro
- As queixas principais e as alterações que observa
- O número de telefone do qual está a ligar
- A localização exacta e se possível com pontos de referência
- A existência de qualquer situação que exija outros meios (libertação de gases; perigo de incêndio; etc)





Sistema Integrado de Emergência Médica - SIEM



Centro de Orientação de Doentes Urgentes - CODU

Os **Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)** do INEM asseguram a medicalização do **Número Europeu de Emergência 112** na área da emergência médica. O seu funcionamento é assegurado por médicos e operadores de central com formação específica.

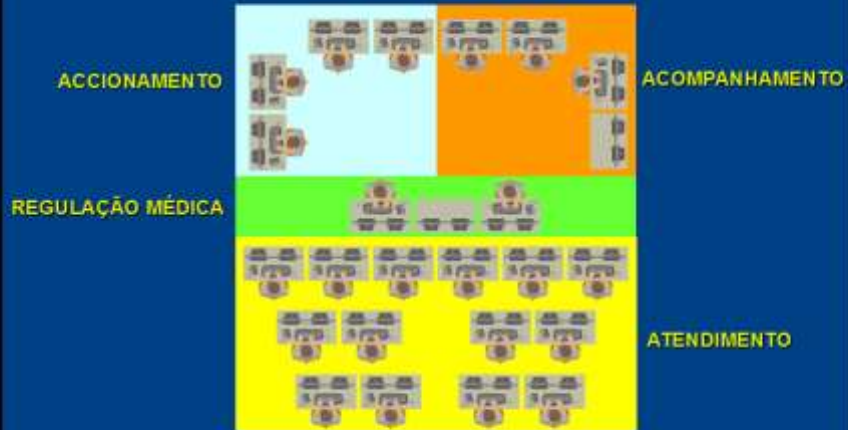
Compete aos **CODU**:

- **A TRIAGEM** e avaliação dos pedidos de socorro efectuados através do 112
- **O ENVIO** dos meios de Socorro adequados
- **O ACOMPANHAMENTO** das equipas de socorro no terreno
- **O CONTACTO** com as unidades de saúde





COBERTURA DOS CODU





Navios

- Portugueses
- Águas Territoriais
- Aconselhamento médico
- Evacuação



Centro médico de informação toxicológica

- Diagnóstico
- Toxicidade
- Terapêutica
- Prognóstico

INTOXICAÇÕES

808 250 143



Serviço de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco



**Recém-nascidos em risco
Prematuros**

Transporte para hospitais
com Neonatologia

Tripulação
+
Equipamento



**Estabilização
e transporte**



Serviço de Transporte SAV Pediátrico



**Transporte de Doentes
Críticos em Pediatria**

Transporte para hospitais com
Unidades de Cuidados Intensivos
Pediátricos "UCIP"

Tripulação
+
Equipamento



**Estabilização
e transporte**



Psicólogos



Situações Especiais

Atendimento diferenciado

Estabilização
+
Intervenção



Melhora do Atendimento



Motos de Emergência



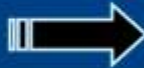
Estabilização

Chegada ambulância

Tripulação
+
Equipamento



Suporte Básico de Vida



Desfibrilhação Automática Externa



Ambulâncias de Suporte Básico de Vida - SBV



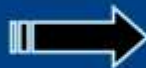
Estabilização e transporte

Doentes que necessitam assistência durante o Transporte

Tripulação
+
Equipamento



Suporte Básico de Vida



Desfibrilhação Automática Externa



Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida - SIV



Estabilização e transporte

Doentes que necessitam assistência durante o Transporte

Tripulação
+
Equipamento



Suporte Imediato de Vida



Monitor-desfibrilhador, diversos fármacos, transmissão de electrocardiograma e sinais vitais



Viatura Médica de Emergência e Reanimação - VMER



Transporte de equipa médica
Acompanhamento no transporte

Tripulação
+
Equipamento



Suporte Avançado de Vida



Serviço de Helicópteros de Emergência



Transporte doentes graves

- Entre unidades hospitalares
- Do local da ocorrência para o hospital

Tripulação
+
Equipamento



Suporte Avançado de Vida



SIGA O INEM NO
[facebook](#) ↗

www.inem.pt
inem@inem.pt

Anexo II - LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986

LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

O presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º – A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º – O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4º – A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 5º – (vetado)

§ 1º (vetado)

§ 2º (vetado)

Art. 6º – São enfermeiros:

I – o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as

leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;

IV – aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea “d” do Art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º – São técnicos de Enfermagem:

I – o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II – o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º – São Auxiliares de Enfermagem:

I – o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II – o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III – o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do Art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV – o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V – o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI – o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º – São Parteiras:

I – a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II – a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 – (vetado)

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) (VETADO);

e) (VETADO);

f) (VETADO);

g) (VETADO);

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

§ 1º Participar da programação da assistência de Enfermagem;

§ 2º Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;

§ 3º Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;

§ 4º Participar da equipe de saúde.

Art. 13 – O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

§ 1º Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;

§ 2º Executar ações de tratamento simples;

§ 3º Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;

§ 4º Participar da equipe de saúde.

Art. 14 – (vetado)

Art. 15 – As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 – (vetado)

Art. 17 – (vetado)

Art. 18 – (vetado)

Parágrafo único. (vetado)

Art. 19 – (vetado)

Art. 20 – Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único – Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 – (vetado)

Art. 22 – (vetado)

Art. 23 – O pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observado o disposto no Art. 15 desta Lei.

Parágrafo único – A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

Art. 24 – (vetado)

Parágrafo único – (vetado)

Art. 25 – O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 – Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República

José Sarney

Almir Pazzianotto Pinto

Lei nº 7.498, de 25.06.86

publicada no DOU de 26.06.86

Seção I – fls. 9.273 a 9.275

Acedido em 15 de setembro de 2016 em http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html