

**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **Cuidar da pessoa em situação crítica: Desenvolvimento de competências especializadas**

**Nádia Suzi Gomes Correia**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para a obtenção de mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.**

**Funchal**

**2017**





Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **Cuidar da pessoa em situação crítica: Desenvolvimento de competências especializadas**

**Nádia Suzi Gomes Correia**

**Orientadora: Prof. Doutora Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos**

**Coorientador: Prof. Mestre Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para a obtenção de mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.**

**Funchal**

**2017**



A principal meta da educação é criar homens que sejam capazes de fazer coisas novas, não simplesmente repetir o que outras gerações já fizeram. Homens que sejam criadores, inventores, descobridores. A segunda meta da educação é formar mentes que estejam em condições de criticar, verificar e não aceitar tudo que a elas se propõe.

Jean Piaget



## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração deste trabalho culmina num longo processo de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e académico, razão porque não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas, sem as quais esta meta a que me propus alcançar não teria sido possível de concretizar.

À Professora Doutora Merícia Bettencourt, coordenadora deste mestrado, pelo seu rigor e profissionalismo na coordenação e gestão destes três semestres de curso, assim como aos restantes professores.

Agradeço ainda encarecidamente à minha orientadora e coorientadora, Professora Doutora Luísa Santos e à Professora Mestre Noélia Pimenta, pela orientação científica que sempre me dispensaram, totalmente pautada por rigor e exigência, assim como pela sua simpatia e disponibilidade sempre patenteada.

Às instituições de saúde que me permitiram a realização dos estágios. Aos enfermeiros tutores: Enf. Ana Lúcia Fernandes, Enf. David Assis e Enf. Lénia Ferreira, assim como restante equipa multidisciplinar da UCIP do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., EMIR e SIV-Tondela, por todas as oportunidades de aprendizagem que proporcionaram, permitindo-me o desenvolvimento das competências adquiridas.

Ao Enf. Ludgero Gonçalves, chefe do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélcio Mendonça e a todos os colegas deste serviço, por estes anos decorridos, que me permitiram desenvolver conhecimentos e competências fundamentais que me caracterizam enquanto pessoa e enfermeira.

Aos meus pais e às minhas irmãs, agradeço especialmente por tudo o que me deram, mantendo-se sempre ao meu lado, apoiaram-me e encorajaram-me, dando-me aquela força especial que foi necessário para continuar e nunca desistir nos momentos mais difíceis.

E ainda à minha gatinha, que passava grande parte do tempo ao meu lado, por vezes atrapalhando, mas, outras transmitindo-me confiança, com os seus olhos azuis, fazendo-me companhia pelas noites adentro.

A todos o meu muito e sincero OBRIGADA





## **RESUMO**

O presente relatório insere-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e reporta-se à unidade curricular Relatório de Estágio, ministrado na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, no referente ano letivo 2015/2016 e 2016/2017.

Este relatório descreve o percurso realizado, desde o relato da experiência profissional em urgência até as práticas clínicas em contexto de cuidados intensivos e opção no pré-hospitalar, para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem em Médico-Cirúrgica.

Com a sua elaboração pretende-se demonstrar o trabalho desenvolvido ao longo das práticas clínicas e experiência profissional; aludir às competências especializadas adquiridas/desenvolvidas na assistência de enfermagem ao doente em estado crítico e refletir sobre as situações de aprendizagem vivenciadas.

A prática de urgência - Estágio I, foi creditado pela Concelho Técnico-científico da escola, atendendo às competências adquiridas durante o meu exercício profissional no Serviço de Urgência. Por sua vez o Estágio II - Cuidados Intensivos, ocorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospitalar Tondela - Viseu e o Estágio III - Opcional, incidiu no pré-hospitalar e decorreu na Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira e no Instituto Nacional de Emergência Médica. A minha opção deveu-se não só a uma questão de interesse pessoal por esta área, mas ao facto de considerar que é mais-valia na minha formação profissional a aquisição de competências na abordagem ao doente neste contexto.

Nos Cuidados Intensivos desenvolvi competências no cuidar do doente submetido a ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica invasiva, gestão e administração de protocolos terapêuticos. No pré-hospitalar, desenvolvi habilidades práticas na abordagem à pessoa em situação crítica, identifiquei o papel do enfermeiro especialista na abordagem à pessoa em situação crítica neste contexto, entre outros.

Em conclusão, desenvolvi competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nomeadamente no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e ao nível da prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, especialista, pessoa em situação crítica.

## ABSTRACT

The present Report is inserted in the 1st Course of surgical-Medical Master's degree in Nursing, and 2015/2017 it turns back to the unity curricular Report of Traineeship, administered in the College of Nursing S. José de Cluny, in the referring academic year.

This report describes the fulfilled distance, from the report of the professional experience in urgency up to the clinical practices in context of intensive cares and option hospital-daily pay for the acquisition of the common and specific competences of the Nurse Specialist and Master in Nursing in surgical-Medical.

With its elaboration it is tried to demonstrate the work developed along the clinical practices and professional experience; refer to the specialized skills acquired/developed in nursing care for the critically ill patient and to reflect on the learning situations experienced.

The urgency practice - Traineeship I, was credited by the Technical School Scientific Council, paying attention to the competences acquired during my professional service in the Service of Urgency. For his time the Traineeship II - Intensive Cares took place in the Unity of Polyvalent Intensive Cares of the Hospital Center Tondela-Viseu and the Traineeship III - Optionally, happened in the hospital-daily pay and passed in the National Institute of Medical Emergence and Civil Protection of the Autonomous Region of the Madeira. My option was due not only to a matter of personal interest in this area, but to the fact of thinking that it is a surplus value in my professional formation to competences acquisition in the approach to a patient in this context.

In the Intensive Cares I developed competences in taking care of the patient subjected the mechanical ventilation, hemodynamic invasive motorization, management and administration of therapeutic protocols. In the hospital-daily pay, I developed practical skills in the approach to the person in critical situation, identified the paper of the nurse specialist in the approach to the person in critical situation in this context, between others.

In conclusion, I have developed common and specific competences of the specialist nurse, namely in the care of the individual to experience complex processes of critical illness and/or organic bankruptcy, in the dynamization of the response to situations of catastrophic or emergency multi-victim and in the level of the prevention and control of the infection Before the person in critical situation and / or organic bankruptcy.

**Keywords:** Nurse, specialist, person in critical situation.

## **ABREVIATURAS, SIGLAS OU SÍMBOLOS**

CI – Cuidados Intensivos

CIC - CROS – Centro Integrado de Comunicações do Centro Regional de Operações de Socorro

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE – Desfibrilhador Automático Externa

DGS – Direção Geral de Saúde

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada a Intubação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PICCO – Pulse-induced Contour Cardiac Output

PV – Prótese Ventilatória

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

s.d. – Sem data

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Sala de Observação

SpO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigénio periférico

SRPC – Serviço Regional de Proteção Civil

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TOT – Tubo Orotraqueal

TVM – Traumatismo vertebro-medular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA</b> .....	15
<b>CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b> .....	21
<b>2.1. Estágio I – Urgência</b> .....	23
<b>2.2. Estágio II – Cuidados Intensivos</b> .....	38
2.2.1. Consecução dos objetivos, desenvolvimento de competências e atividades instituídas .....	40
<b>2.3. Estágio III - Opção</b> .....	55
2.3.1. Consecução dos objetivos, desenvolvimento de competências e atividades instituídas .....	58
<b>CONCLUSÃO</b> .....	73
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	75
<b>ANEXOS</b> .....	i
<b>ANEXO A - GESTÃO DE CUIDADOS: PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO Á ALGALIAÇÃO</b> .....	iii



## **INTRODUÇÃO**

O presente Relatório insere-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e reporta-se à unidade curricular Relatório de Estágio, ministrado na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no referente ano letivo 2015/2016 e 2016/2017, conducente à atribuição do grau de Mestre.

De acordo com o Ministério de Educação e Ciência, no Decreto-Lei nº115/2013 (2013), o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, deve integrar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (p.4752).

Posto isto, surge o relatório de estágio, que sistematiza todo o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo das práticas clínicas em contexto de cuidados intensivos, opção pré-hospitalar e experiência profissional em urgência para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem em Médico-Cirúrgica.

A Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) define o doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p.9).

Com a elaboração deste relatório tenho como objetivos: demonstrar o trabalho desenvolvido ao longo das práticas clínicas e experiência profissional; aludir às competências especializadas adquiridas e desenvolvidas na assistência de enfermagem ao doente em estado crítico e refletir sobre as situações de aprendizagem vivenciadas, tendo por base os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas.

O plano de estudos preconizado pela escola contempla três estágios obrigatórios, o Estágio I – Urgência, Estágio II – Cuidados Intensivos e o Estágio III - Opção.

O Estágio I foi creditado pela Concelho Técnico-científico da escola, atendendo às competências adquiridas pela experiência profissional ao desempenhar funções no Serviço de Urgência há seis anos, cuidando de doentes em situação urgente/emergente. O Estágio II realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, pelo facto de ser considerado um dos hospitais de referência em Cuidados Intensivos a nível da Região Centro.

Por sua vez, o Estágio III, de opção, incidiu na emergência pré-hospitalar realizado na Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira no Serviço de Emergência

Médica da Região acompanhando a Equipa Médica de Intervenção Rápida e no Instituto Nacional de Emergência Médica no meio de Suporte Imediato de Vida. A minha opção deveu-se não só por uma questão de interesse pessoal por esta área, mas também pelo facto de considerar ser uma mais-valia na minha formação profissional com a aquisição de competências na abordagem ao doente crítico neste contexto.

Devido à organização e estrutura do curso numa primeira fase foi efetuado o estágio nos Cuidados Intensivos, seguindo-se o do Pré-hospitalar, sequência esta que se veio a revelar uma mais-valia, na medida em que o estágio dos cuidados intensivos permitiu adquirir/consolidar novos conhecimentos, que se tornaram fundamentais no desempenho das minhas funções no pré-hospitalar, onde o ambiente por ser menos controlado se torna mais exigente.

Posto isto, destaca-se que, em todas as práticas clínicas, foram-me garantidas condições favoráveis para aprendizagem, tendo sido acompanhada por enfermeiros especialistas e peritos na sua área de intervenção, contribuindo assim para uma prática sustentada.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho regeu-se pela forma descritiva recorrendo à pesquisa bibliográfica e à reflexão crítica das experiências vivenciadas para fundamentação das bases do conhecimento.

Em termos estruturais, o presente trabalho encontra-se dividido em dois grandes capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se uma breve contextualização das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O segundo capítulo reserva-se à análise crítica das competências adquiridas/desenvolvidas nos diferentes contextos da prática, face às atividades delineadas e concretizadas e à luz dos objetivos criados para campo de estágio.



**CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS  
E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA**



Quando se fala de competências, por norma, emergem várias expressões, nomeadamente “integração”, “saber, saber fazer e saber ser”.

Segundo Le Boterf (2005), a competência não se constitui como um conjunto de resultados observáveis, sustentado num desempenho, todavia, o desempenho pode assumir-se como uma demonstração de uma competência.

Ainda na perspetiva do autor citado, a competência relaciona-se com uma ideia de ação, sem que se confine à mesma, uma vez que se isso acontecesse, estar-se-ia a reduzir a noção de competência a uma mera atividade. A competência associa-se a uma ideia de integração de conhecimentos, capacidades e atitudes, não se referindo ao somatório de saberes e/ou conhecimentos, saber fazer e/ou capacidades e saber ser e/ou atitudes, pelo contrário, deve assentar numa perspetiva holística da atividade intelectual (Le Boterf, 2005).

Por outro lado, o mesmo autor considera que a competência está relacionada com a ideia de situação, com um grau de complexidade. Uma pessoa competente age perante uma ação, percebendo o porquê de como age.

Tendo em conta estes pressupostos, considera-se que um profissional competente consiste naquele que é capaz de agir com pertinência numa dada situação, bem como compreende o porquê de como agir. Deste modo, deve ter a compreensão da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz (Le Boterf, 2005).

Esta perceção das situações e o conhecimento de si próprio pressupõem que o profissional competente tenha um distanciamento necessário de modo a poder refletir sobre as suas práticas profissionais e, por conseguinte, poder melhorá-las. O processo de reflexividade não se restringe unicamente à mera reprodução de como agir ou dos recursos que se utiliza, mas também fazer uma reconstrução da realidade vivenciada, o que contribuirá para a construção do profissionalismo, que se pretende que esteja fundamentado num modelo rigoroso, assente no que se entende por agir com competência, como defende Le Boterf (2005).

Transpondo este enquadramento teórico para a profissão de enfermagem, definida como sendo a profissão da área da saúde cuja finalidade passa por prestar cuidados de enfermagem ao ser humano e aos grupos sociais em que ele está integrado, são ou doente, ao longo do ciclo vital, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ministério da Saúde, 2015, Lei nº156/2015, p.8061) pode-se evidenciar a importância das

competências para a profissão, competências científicas, técnicas e humanas que só assim garantiram a qualidade dos cuidados prestados.

A profissão de enfermagem tem evoluído nas últimas décadas, pelo que, no sentido de responder aos vários desafios que o campo da saúde impõe, os enfermeiros têm desenvolvido cada vez mais conhecimentos, capacidades e competências pessoais que lhes possibilitem uma maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança nas suas tomadas de decisão (Teixeira, 2015).

Ainda em conformidade com o mesmo autor, ao desenvolverem o pensamento crítico e refletido no contexto da sua prática, os enfermeiros caminham em direção a uma melhoria contínua do seu exercício profissional com a finalidade de proporcionar aos doentes cuidados de qualidade.

Estes pressupostos em combinação com a evolução da complexidade dos cuidados, em consonância com a complexidade das situações em que os enfermeiros prestam a sua ação concreta, tem levado à crescente necessidade de áreas de especialização, marcada pela formação contínua e pela formação especializada. O enfermeiro especialista, legitimado e reconhecido como o mais qualificado para o desempenho da profissão numa determinada área, terá de ser, por excelência, o gerente da qualidade dos cuidados.

Deste modo, um enfermeiro especialista em enfermagem, por definição, consiste no profissional com “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, sendo as suas competências um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, Regulamento n.º 122/2011, p.8648).

A definição referida anteriormente foi aprovada pela Assembleia Geral da OE a 29 de maio de 2010, sob proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, sendo publicado em Diário da República 2ª Série nº 35, a 18 de fevereiro de 2011. Está definido que, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialista partilham quatro domínios de competências comuns, que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, as quais são demonstradas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo “exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2011, p.8649).

Os domínios de competências comuns são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para cada competência, correspondem unidades de

competências e critérios de avaliação definidos nos regulamentos das competências comuns e específicas de cada área de especialidade.

Deste modo, é com base na certificação das competências clínicas especializadas que o enfermeiro especialista demonstra que dispõe de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que é capaz de mobilizar em contexto de prática clínica.

As competências específicas, de acordo com a OE (2011) “São as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 8649).

O Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE (2011), define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que em conjunto com o perfil das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e paliativa integram as competências clínicas especializadas para à prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste relatório irei debruçar-me essencialmente nas competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica, uma vez que todo o meu percurso foi nesse sentido. Assim, de acordo com a OE, Regulamento n.º 124/2011 (2011), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica consistem em: “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”; “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”; “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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” (p. 8656).

Mediante o exposto, refiro que as competências adquiridas ao nível da enfermagem em pessoa em situação crítica se assumem na minha forma de agir profissional, o que requer que, na futura prática, esteja sempre consciente da responsabilidade que posso vir a assumir nas mais variadas situações. Este foi o ponto de partida para a minha aposta na formação especializada, objetivando a aquisição e o desenvolvimento de competências, as quais considero essenciais à qualidade e segurança do doente em situação crítica, possibilitando-me a identificação mais precoce e uma resposta mais eficaz e eficiente no suprimir das necessidades do doente crítico.

A resposta do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica face a cada situação é uma ferramenta que tende a cuidados de enfermagem de qualidade. Como refere Benner (2005) “os cuidados de enfermagens competentes necessitam de programas de educação bem planejados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas” (p. 24). Foi nesta linha que desenvolvi os ensinamentos clínicos, os quais passo a apresentar no capítulo seguinte, tendo em conta os objetivos e as atividades delineadas e as competências alcançadas.

Tendo em conta que a OE (2011) define a pessoa em situação crítica como sendo “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 8656), os meus cuidados de enfermagem a estes doentes, ao longo dos estágios, pautaram-se por ser altamente qualificados, sendo prestados de forma contínua, possibilitando manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, como se descreve no capítulo seguinte.

**CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**





O Enfermeiro especialista é aquele que vê reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (Ministério da Saúde, 2015, p.8061).

Atendendo que o curso de mestrado frequentado visava o desenvolvimento destas competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas, o presente capítulo pretende traduzir todo o trabalho efetuado ao longo dos três estágios, contemplados no plano de estudos, de forma a expor todo o procedo que me levou a desenvolver novas competências/aprendizagens e de as transferir para a futura prática profissional, na qualidade de enfermeira especialista.

Desta forma, este capítulo encontra-se organizado pelos contextos onde desenvolvi as minhas práticas clínicas. O primeiro subcapítulo refere-se ao Serviço de Urgência (SU), o segundo aos Cuidados Intensivos (CI) e o terceiro ao Pré-hospitalar. Esta ordem de apresentação prende-se com a sequência delineada pelo plano de estudos do curso, disposição esta pela qual foram realizados os estágios.

### **2.1. Estágio I – Urgência**

Ao longo do tempo a filosofia dos cuidados de urgência expandiu-se a ponto de considerar o conceito de que “uma emergência é tudo aquilo que o doente ou família considerem como tal” (Patrick, 2011, p. 3). Deste modo, o SU enquadra-se como sendo um serviço que apresenta uma resposta face às necessidades da pessoa, ao qual os indivíduos recorrem em situação de doença e em que são satisfeitas as suas necessidades face a recursos da tecnologia e a especialidades médicas e/ou cirúrgicas.

Inerente à prática de enfermagem está subjacente um conjunto de ações sequenciais, nomeadamente a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a intervenção ou o tratamento e, por fim, a avaliação final dos cuidados prestados ao utente/doente/cliente/família. Neste processo e, no contexto do SU, o saber-fazer deve ser mobilizado de forma correta, rápida e objetiva, nunca descurando a qualidade de cuidados a serem prestados, onde a resolução das necessidades podem implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais (Patrick, 2011).

Os enfermeiros que trabalham nos SU têm, assim, de estar devidamente preparados, capacitados e contextualizados, na medida em que os utentes/clientes e

famílias são cada vez mais exigentes e informados. Por ser verdade, os indivíduos que recorrem a este tipo de estruturas/serviços não dependem, somente, de uma disponibilização tecnológica mais avançada, mas também, de respostas humanas capazes de responder às suas necessidades (Moreira, 2010).

Por tal, os enfermeiros de urgência prestam cuidados a todas as populações, independentemente da sua idade e/ou patologia. Asseguram também medidas de salvamento à vida e de prevenção de lesões (Patrick, 2011). É também crucial que se entenda que o âmbito da prática da enfermagem de urgência envolve, num curto espaço de tempo, uma avaliação prévia, um diagnóstico, um tratamento e uma avaliação final de inúmeros problemas que podem ser percecionados, reais ou potenciais, súbitos ou urgentes e físicos ou psicossociais, sendo, no entanto e na grande maioria das vezes, episódicos ou agudos.

A enfermagem de urgência é, portanto, pluridimensional, pois inclui o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem (Patrick, 2011).

Assim, de acordo com Macphail, (2011), o enfermeiro de urgência “é um enfermeiro com especialização em cuidados de urgência, obtida por formação académica e experiência clínica” (p. 5). Este deve revelar “os seus conhecimentos técnicos através de um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade” (p.5). Os enfermeiros da urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de enfermagem, “afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento” (p. 6).

Atendendo a esta especificidade e, reportando ao Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, a área de urgência surge como algo impreterível, pelo que é contemplado no plano de estudos como uma Unidade Curricular, denominada de Estágio I – Urgência, ocupando um total de 250 horas de estudo (140 horas de contacto e 110 horas de tempo individual do estudante).

No que se refere a este meu estágio, o mesmo foi creditado pelo Concelho Técnico-científico da escola, pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny com o Regulamento n.º 506/2014 (2014), após a análise do *curriculum vitae*, portefólio profissional e relatório das competências adquiridas após os seis anos de experiência no desempenho de funções profissionais no âmbito do SU Geral do Hospital Dr. Nélio Mendonça – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM).

Atualmente este SU, devido ao seu nível de diferenciação nas respostas às situações de urgência e emergência, é definido como um SU polivalente, sendo ainda um centro de trauma, pois é o responsável por dar a resposta mais diferenciada a todas as situações de urgência/emergência da Região Autónoma da Madeira (RAM) e Porto Santo.

Em atividade durante as 24 horas do dia, ao funcionar de forma autónoma, este tem como finalidade assegurar os cuidados de saúde globais e especializados, onde se atende às reais ou potenciais ameaças às funções vitais de qualquer indivíduo que se dirija a este.

A nível de estrutura física, este localiza-se no andar técnico do Hospital Dr. Nélio Mendonça, sendo constituído por catorze espaços físicos distintos, todos eles se articulam de modo a garantirem uma boa prestação de cuidados a todos os doentes que recorrem a este serviço.

Dotada de quatro áreas distintas: área médica, área cirúrgica, área ortopédica e área obstétrica (estando esta num espaço físico distinto e à responsabilidade de uma equipa especializada), sendo estas são garantidas por uma equipa, em presença física, de médicos especialistas em medicina interna, cirurgia geral e ortopedia, estando todas as restantes especialidades em regime de prevenção.

Segundo o relatório de indicadores do SU, fornecido pelo enfermeiro chefe de serviço, no ano de 2015, deram entrada cerca de 349 doentes por dias, distribuídos pelas diferentes áreas, sendo a mais abrangente a área médica, seguindo-se a cirurgia e a ortopédica.

Os diferentes espaços físicos passam pela: Secretaria, Triagem, Acolhimento/Sala de Espera, Gabinete de Atendimento Médico, Sala de Tratamento, Sala de Recuperação, Sala Aberta, Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Cirurgia, Ortopedia, Sala de Observação (SO), Sala de Cuidados Especiais, Sala Zero e Imagiologia.

A triagem preconizada baseia-se no método de Triagem de prioridades de Manchester, que consiste em identificar a queixa inicial do utente e seguir o respetivo fluxograma, estabelecendo prioridades de atendimento de cada doente, sendo esta prioridade estabelecidas por cores: vermelho - casos emergentes; laranja - casos muito urgentes; amarelo - casos urgentes; verde - casos considerados pouco urgentes; azul - casos considerados não urgentes (Grupo Português de Triagem, 2002).

É na triagem que é ativada a Via Verde (VV), segundo critérios pré-definidos, podendo-se ativar a VV Coronária, VV Acidente Vascular Cerebral, VV Sépsis ou VV Trauma.

Pelo que se posso observar no dia-a-dia, os discriminadores de triagem mais frequentes são a indisposição do adulto, dispneia e vômitos na área médica, dor abdominal, feridas e trauma na área cirúrgica e problemas nos membros e dor lombar a nível da ortopedia.

No SU usa-se o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro é distribuído por cada área específica. No entanto e, apesar do método de trabalho, verifica-se uma constante colaboração e interagida entre todos os profissionais das diferentes áreas.

Dotado de uma equipa multidisciplinar, que apesar de cada um ter a sua função, todos eles têm como objetivo prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a quem ali acorra em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. Esta equipa é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, entre outros. No que se refere à equipa de enfermagem esta, atualmente, é constituída por 77 enfermeiros, dos quais 16 enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sete são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, três especialistas em Enfermagem Comunitária e um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Fazendo uma breve resenha do meu percurso profissional, iniciei as minhas funções, como enfermeira de cuidados gerais, no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, na cidade do Funchal, em maio de 2010, vindo, desde então, a desenvolver especialmente a minha experiência na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência e emergência. Ao longo do desempenho da minha atividade profissional, tenho-me confrontado diariamente com a oportunidade da prestação de cuidados a doentes, que apresentam as mais diversas condições de saúde e no âmbito de todas as subespecialidades Médicas e Cirúrgicas.

Assim sendo, tenho vindo a desempenhar diariamente funções em todos os setores e/ou salas, desde a Sala de Tratamentos, Sala Aberta, Sala de Ortopedia, Sala de Cirurgia, Sala de Pequena-Cirurgia, Sala de Recuperação, SO, Sala de Cuidados Especiais e Sala de Zero, assumindo nesta última as funções do elemento A, B ou C, sendo estas distribuídas pelo enfermeiro responsável pela gestão da equipa de enfermagem no turno.

De acordo com as normas do SU, ao elemento A cabe a coordenação da equipa, sendo considerado *team-líder* da equipa de enfermagem. Este é o responsável pela avaliação primária do doente, estabelecendo prioridades. Fica à cabeça do doente, responsável pela via aérea e respiração/ventilação do doente, assim como a vigilância da

monitorização dos parâmetros vitais. Após a saída do doente da Sala Zero, repõe todo o material usado e providencia a limpeza da sala o mais rápido possível.

O elemento B é responsável pela colocação da monitorização, garante acessos venosos periféricos, administra toda a terapêutica prescrita. Em suma, este elemento é o responsável por prestar todos os cuidados diretos ao doente, em função das suas necessidades, assim como fazer o acompanhamento deste aos exames auxiliares de diagnóstico e unidades de tratamento.

Quanto ao elemento C, compete-lhe ser o elemento circulante. Este é o responsável por preparar todo o material necessário para a prestação de cuidados, assim como colabora nessa mesma prestação, prepara a terapêutica e é o responsável por validar e garantir o envio dos produtos biológicos para análise. Este elemento é ainda o responsável por realizar o espólio de valores do doente, registos e estabelecer a comunicação com a família/acompanhante.

Sendo o maior alvo da minha atenção, a pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, a minha atuação tem assentado primordialmente num processo precoce, sistémico e contínuo, visando colher o máximo de dados sobre o utente.

O principal objetivo da minha intervenção no SU consiste assim em detetar e prevenir, em tempo útil, possíveis complicações que possam advir, promovendo atempadamente uma resposta precisa e eficiente, visando a manutenção das funções vitais, precavendo complicações e visando o impedimento de incapacidades, assim como o restabelecimento e a recuperação total, tanto quanto possível.

Durante o exercício da minha função profissional, é frequente o deparar-me e lidar com situações de pessoas que expressam um quadro crítico e/ou falência multiorgânica, o que, nestas situações, me confronta com a complexidade desta realidade, expondo-me à obrigatoriedade de saber dar resposta a tais situações, visando ultrapassá-las em tempo útil e de forma holística.

Ao refletir sobre a minha experiência prática, posso concluir que as várias situações vivenciadas no serviço me levaram a desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, competências estas que, analisando à luz das competências definidas pela OE (2011), em tudo se enquadram.

Desta forma e refletindo sobre todo o meu percurso desenvolvido ao longo do tempo, passo a descrevê-lo face às competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e unidades de competência definidas pela OE em 2011.

Focando a competência inerente ao cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, desenvolvi as seguintes unidades de competências:

*Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em situações emergentes e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*

No meu exercício profissional, diariamente dão entrada doentes em situação crítica que carecem de uma rápida abordagem, no sentido de identificar prontamente possíveis lesões e futuras complicações.

Os achados durante a avaliação física e a informação colhida (história da vítima e/ou do incidente), são determinantes para o estabelecimento das prioridades de tratamento, onde o desenvolvimento de rotinas de avaliação sistematizada para todas as vítimas, asseguram que as condições que colocam em risco a vida, serão abordadas de forma prioritária (Valente et al, 2012).

Esta avaliação deverá ser efetuada em dois momentos, numa fase inicial com a avaliação primária, seguindo-se de uma avaliação secundária.

Segundo esta metodologia, a avaliação primária tem como objetivo principal a identificação e correção das situações que colocam a vida da vítima em risco, garantindo assim a identificação como doente crítico e a resolução das situações potencialmente fatais. No que à avaliação secundária diz respeito, esta tem como objetivo identificar e corrigir o maior número possível de alterações, focando-se nas queixas do doente e nas alterações entretanto encontradas, sem perder a noção do indivíduo como um todo (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2013).

Desta forma, ao longo do meu desempenho profissional tenho vindo a desenvolver uma observação cuidada, pormenorizada e sistematizada na abordagem do doente, sendo esta fundamental para a deteção dos problemas que carecem de prestação de cuidados específicos e, altamente complexos, antecipando os possíveis focos de instabilidade, que podem comprometer a sobrevivência do doente. Saliento ainda que ao longo do desenvolvimento desta competência, também verifiquei a importância das posteriores reavaliações após cada intervenção, pois estas são fundamentais para a continuidade de todo o cuidado desenvolvido.

De todas as situações críticas e complexas que surgem no SU, aquelas que me despertam mais interesse são as Paragem Cardiorrespiratórias (PCR), pois ao serem situações de limite na sobrevivência do doente, estes estão totalmente dependentes dos

profissionais de saúde e de técnicas invasivas para a sua sobrevivência, fazendo com que todo o trabalho em equipa seja fundamental para o sucesso das intervenções. Neste seguimento, sempre fiz por desenvolver esta área do conhecimento inerente aos cuidados do suporte avançado de vida (SAV), quer com a experiência prática de colaborar e aplicar os princípios, quer na consolidação dos conhecimentos através de pesquisas científica, quer com a realização de formação específica, como foi o caso do Curso de Suporte Imediato de Vida (SIV), em 2010, aquando do início das minhas funções no SU, onde adquiri competências a nível do Suporte Básico de Vida (SBV), abordagem da via aérea, SAV e do programa de reanimação intra-hospitalar, ou como o Curso de *Advanced Cardiovascular Life Support*, em 2012, consolidei essas mesmas competências na abordagem da paragem cardíaca e nas emergências cardiorrespiratórias.

Além das formações anteriormente referidas também frequentei com aproveitamento o Curso Avançado de Interpretação de Traçado eletrocardiográfico e o Curso da Pós-Graduação de Enfermagem de Urgência e Emergência, no ano de 2011, onde realizei estágios em CI, SU, SU pediátrico e pré-hospitalar, onde, no decorrer desta formação realizei também o curso de *Trauma Nursing Care Course* (curso que compreende a abordagem ao trauma da responsabilidade da *Emergency Nurses Association*).

#### *Gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos*

A gestão da administração terapêutica é fundamental na prevenção e/ou tratamento de situações críticas. A correta preparação terapêutica e administração em tempo útil são fundamentais para o cuidado ao doente em situação crítica.

Ao longo destes anos, na minha prática diária tem vindo a desenvolver competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos considerando que diariamente a preparação e administração terapêutica é uma constante.

A administração de terapêutica é uma atividade inerente ao trabalho dos enfermeiros que requer maior atenção e responsabilidade, pelo impacto que pode ter no agravamento do estado clínico, ou seja, que um erro pode provocar. Esta premissa é basilar para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 refere que “para evitar o erro é necessário implementar uma cultura de segurança, isto é, uma cultura de gestão do imprevisto, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais e, onde a preocupação com o erro

deve estar sempre presente decorrente da complexidade dos procedimentos clínicos” (Garcia, 2015, p 46).

Desta forma, com os anos de experiência, fui desenvolvendo competências específicas na preparação e administração de terapêutica, mas foi perante a consciencialização do que é um doente crítico que me apercebi da importância dos protocolos terapêuticos complexos, pelo que desde cedo me preocupei em compreender e aplicar esses mesmos protocolos, assim como toda a sua envolvência, desde a sua implementação e avaliação dos efeitos da mesma, como na deteção precoce das complicações associadas.

Um dos exemplos que retrata esta situação, diz respeito à gestão dos protocolos da dos vasopressores, nomeadamente a Noradrenalina, pois, apesar dos conhecimentos teóricos do fármaco a administrar, foi com a consolidação desse conhecimento e com a experiência prática em manuseá-los, que me permitiu adquirir a segurança necessária para saber gerir esses mesmos protocolos, conseguindo diagnosticar as complicações resultantes, implementando respostas apropriadas e avaliando a adequação das respostas face aos problemas identificados.

*Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica/falência orgânica otimizando as respostas*

No que diz respeito a esta unidade de competência, durante a minha prática mantenho sempre uma visão holística do doente a cuidar, permitindo a identificação das evidências fisiológicas e emocionais do mal-estar, mobilizando conhecimentos e habilidades no alívio da dor, na promoção do bem-estar psicossocial e espiritual, na gestão da ansiedade e dos medos vividos pelo doente.

Ao abordar um doente com dor é fundamental perceber a causa desse desconforto, se está associada a uma etiologia física, ou se há uma componente emocional a interferir na exacerbação do sintoma, pois consoante a etiologia da dor, assim dependerá o meu desempenho, recorrendo a meios técnicos para o alívio rápido da dor (farmacológicos e não farmacológicos) e/ou confortar o doente dando-lhe o apoio emocional necessário.

No que ao alívio da dor diz respeito, tenho sempre em conta que as medidas farmacológicas podem não ser o suficiente, tentando sempre contribuir com alguma intervenção não farmacológica para ajudar, como por exemplo o posicionar um doente com limitações físicas, o proporcionar um ambiente mais calmo, o prestar apoio emocional, entre outras. Independentemente das ações adotadas, a reavaliação das



intervenções é fundamental para a continuidade dos cuidados, pois desta podem estar dependentes novas intervenções a realizar.

Esta minha atuação está em conformidade com o defendido por Briggs (2010), segundo a qual, a dor é um foco de atenção do exercício profissional dos enfermeiros, tendo em conta a sua avaliação, para efeitos da sua caracterização, promovendo a sua monitorização, que vai desde a avaliação inicial até à avaliação da eficácia das intervenções. Sendo uma experiência multidimensional, a dor requer uma abordagem global, situando o acesso ao diagnóstico, muito para além dos dados de localização e intensidade (Briggs, 2010).

Na minha prática diária sempre que cuido de um doente que demonstre sinais de dor, tento sempre perceber a origem de tal desconforto. Se o doente não tiver limitações a nível do diálogo, a linguagem verbal é o vetor mais útil para a colheita da informação pretendida, mas se caso este não conseguir exprimir o seu desconforto torna-se impreterível recorrer a outras estratégias para poder perceber a origem de tal desconforto. Perante um doente com dor, a minha conduta passa por fazer uma correta avaliação deste sintoma, para poder implementar intervenções de enfermagem, recorrendo a medidas de tratamento não farmacológico, como, por exemplo, a mudança de um decúbito, uma massagem relaxante, ou mesmo tentar controlar o meio, como o diminuir a intensidade de luz ou o ruído, assim como a nível farmacológico com a gesto dos protocolos terapêuticos no que diz respeito aos analgésicos, culminando com a reavaliação das intervenções realizadas e ajuste do plano de cuidados.

*Assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais e na gestão da comunicação interpessoal face a situações de alta complexidade*

A comunicação e a relação terapêutica são evidentes domínios de competência de todos os profissionais de saúde cujo exercício profissional incida no contacto com doentes/família (Barreto & Dores, 2011).

Um dos aspetos de extrema relevância na minha prática é nunca descurar a família de qualquer doente cujo bem-estar possa estar em risco, quer seja ou não uma situação crítica/falência orgânica.

Durante o desempenho da profissão esta é um dos pontos que tenho sempre em primazia, procurando dar a informação permitida, dentro da segurança e dos códigos de ética a que sou sujeita, para que a família tenha o devido acompanhamento e informação sobre o utente, assim como o apoio emocional que me seja possível prestar e que entenda

que necessitem, indo ao encontro do postulado por Sá, Botelho e Henriques (2015), segundo os quais a família da pessoa em situação crítica enfrenta desafios significativos, requerendo ser também ela o centro dos cuidados.

As mesmas autoras referem ainda que “os enfermeiros são os profissionais de saúde com presença assídua e com competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família devido à relação única que criam com ambos. Cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência” (Sá, Botelho e Henriques, 2015, p. 31).

Um exemplo que demonstra esta evidência científica prende-se com a forma como a família percebe a informação que lhe é transmitida. Várias são as vezes em que assisto aos médicos a informar as famílias dos diagnósticos/prognósticos dos seus entes, sendo evidentes que estes não entendem o que lhes está a ser transmitido. Reportando este exemplo para um caso concreto, lembro-me de uma situação em que no SU estava um doente crítico com prognóstico bastante reservado e quando a família foi informada da situação não conseguiram perceber o que estava a acontecer, referindo que tinham que ir embora tratar de assuntos doméstico e que mais tarde voltariam para se atualizarem do estado do seu familiar. Atendendo que o doente poderia não sobreviver por muito mais tempo e, já tendo percebido a dinâmica familiar destes, tive a necessidade de assistir aquela família fazendo-os entender da gravidade da situação e que seria importante permanecerem junto do seu ente querido nesta fase crítica. Mais tarde, quando o doente faleceu, os familiares, depois do choque inicial, vieram agradecer-me por lhes ter permitido ficar junto do seu ente querido, situação esta, assim como muitas outras, que me levaram a desenvolver esta competência de forma a que no futuro consiga lidar com situações semelhantes que acarretam uma pesada componente psicológica no processo de cuidar.

Tal como em todo o processo de cuidar e na assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais, a comunicação sugue como principal meio de trabalho.

A implementação de uma comunicação efetiva num SU pode deparar-se com várias barreiras. No entanto, desde o início da minha profissão, tenho sempre pugnado por adaptar a minha comunicação à complexidade da situação vivenciada pelo doente/família, recorrendo tanto o quanto possível a várias formas de comunicação, que promovam uma relação de ajuda, pois esta é fundamental para a continuidade e compreensão dos cuidados, no sentido de dar apoio ao doente/família sobre a situação vivenciada no momento, assim como também no que possa advir dessa situação.

Deste modo, não é possível falar-se sobre qualidade em saúde sem se referir a qualidade da interação e da comunicação entre os enfermeiros/doentes/família aos quais prestam cuidados. O ato de cuidar implica o estabelecimento de uma interação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, sendo a comunicação um importante alicerce para o estabelecimento de uma relação de cuidado efetiva e eficaz (Patrício, 2012).

*Estabelecimento da Relação terapêutica perante a pessoa/família  
em situação crítica e ou falência orgânica*

É minha diretriz fundamental procurar sempre promover uma relação terapêutica, ajustada às necessidades e limitações particulares do doente/família.

Esta minha prática substancia-se no preconizado por Phaneuf (2005), segundo a qual, o enfermeiro deve apresentar-se aberto e leal em relação à pessoa doente, isto é, procedendo de maneira a: manter a confiança da pessoa na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de a ajudar e de agir no seu melhor interesse; manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre; criar com a pessoa cuidada uma aliança terapêutica onde os objetivos a perseguir são partilhados e testemunham uma confiança recíproca; manter-se aberto às perceções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada. Em suma, o enfermeiro deve honrar os compromissos tomados em relação à pessoa cuidada prestando-lhe todo o apoio.

Estas habilidades comunicacionais devem ser adaptadas às necessidades dos doentes, que procuram cada vez mais cuidados de saúde personalizados, o que exige que os enfermeiros possuam as competências/habilidades para serem sensíveis às preferências e perspectivas dos seus doentes (Butalid, Verhaak, Boeije & Bensing, 2012).

Assim sendo, é necessário que o enfermeiro e os doentes construam uma relação que possibilite a abertura para o aconselhamento, alicerçada em boas habilidades comunicacionais (Bechtel & Ness, 2010; McCormack, Dewing, J. & McCance, 2011).

Na minha prática diária, o que verifico é que o próprio doente crítico, apresenta inúmeros receios sobre a sua condição e, em inúmeras situações, já me dei conta que mais importante que os cuidados técnicos, o ficar com o doente explicando-lhe a sua situação e a necessidade das técnicas a realizar, são fundamentais para uma mais rápida resolução do problema, pelo que assim se evidencia a importância de estabelecer a relação de ajuda o mais precocemente. Neste sentido, procuro sempre estabelecer uma relação empática com o doente/família, transmitindo-lhes confiança, explicando-lhes os procedimentos a efetuar,

mostrando total disponibilidade para retirar todas e quaisquer dúvidas, ou mesmo ajudando-os a ultrapassar alguns problemas, de outra natureza, que possam surgir.

Frequentemente sou abordada, não só pelos doentes, mas também por familiares que chegam ansiosos, com dúvidas e medos sobre o estado clínico dos seus entes queridos, procurando junto de mim algum conforto. Desta forma, procuro estabelecer uma relação de empática no sentido de lhe proporcionar o apoio que estes procuram, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades.

Após fazer alusão à competência inerente ao cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e respetivas unidades de competências, passo a fundamentar a aquisição da segunda competência estipulada pela OE (2011) referente à dinamização da resposta a situações de catástrofe e ou emergência multivítimas.

Atendendo que iniciei funções no SU em abril de 2010, depois da RAM ter passado pelo célebre “20 de fevereiro”, uma das preocupações durante a minha integração no SU foi o conhecer os planos e os princípios de ativação do Plano de Catástrofe do serviço e instituição, sendo que posteriormente procurei conhecer e compreender o Plano de Catástrofe da RAM.

No que diz respeito a uma situação de catástrofe, não só tive a oportunidade de conhecer o Plano de Emergência e Catástrofe, como já entrevi na sua dinamização. Em uma das ocorrências em que foi decretado a ativação do plano de catástrofe foi chamada para o serviço de modo a poder atuar em conformidade, tendo sido na altura destacada pelo chefe de equipa para um área vermelha, onde, numa primeira fase colaborei na evacuação e organização do serviço de forma a poder receber as vítimas, tendo posteriormente tido a oportunidade de gerir os cuidados em prol das prioridades estabelecidas, perante a gravidade das situações, sistematizando as ações, segundo essas mesmas prioridades.

Apesar das situações de catástrofe serem pouco comuns, atendendo que o SU ser considerado um centro de trauma, as ocorrências de multivítimas, tornam-se mais frequentes, pelo que ao longo deste período fui capaz estabelecer graus de urgência adequados, de optar por uma sequência lógica de ações, estabelecendo prioridades e respeitando a equidade nos cuidados a prestar às vítimas.

Uma das situações que me marcou diz respeito a um acidente de viação envolvendo nove vítimas. Devido ao elevado número de vítimas e às condições que estas se encontravam, foi necessário reorganizar o serviço assim como os postos de trabalho dos

elementos de enfermagem. Desta forma, colaborei ativamente com o enfermeiro responsável de turno na reorganização do espaço físico do serviço, encaminhando os doentes para outras áreas, de forma a libertar a área necessária para a receção das vítimas.

Aquando da chegada destas o SU, devido à atribuição de prioridades de cuidados, assumi a posição do elemento A na abordagem a uma das vítimas em situação crítica. Após a primeira avaliação verifiquei que se encontrava estável, pelo que geri a equipa, disponibilizando um dos elementos para colaborar com outra equipa, ficando assim a minha equipa apenas com dois elementos, tendo uma responsabilidade acrescida nos cuidados a prestar.

Agora, refletindo sobre estas situações face às competências do enfermeiro especializa tem pessoa em situação crítica, consigo realçar a importância da aquisição/consolidação do conhecimento científico, técnico e humano pretendido, pois é nestas situações em que a nossa atuação objetiva e precisa se evidencia, não havendo espaço de manobra para perdas de tempo, ou mesmo prestar cuidados que no momento não sejam extremamente necessários, pois tempo a mais com algo que seja supérfluo pode custar a vida de outra vítima.

Atendendo que as situações de catástrofe são pouco comuns e, tendo surgido a oportunidade, frequentei um curso direcionado para a intervenção em catástrofe (*Medical Response to Major Incidents*) em 2015, que veio a revelar-se uma mais-valia, na medida em que permitiu adquirir/consolidar conhecimento acerca da intervenção em catástrofe, não só a nível teórico, mas também prático com a componente de simulação, tendo na altura sido destacada para a cena, podendo intervir a nível da triagem secundária das vítimas, assim como na prestação dos cuidados emergentes, segundo as prioridades estabelecidas e os recursos disponíveis.

Para completar a reflexão sobre as competências desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional, falta evidenciar a última competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente do doente crítico, que diz respeito à prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Atendendo à complexidade das situações e aos recursos materiais/condições estruturais disponíveis no serviço e, sabendo que nem sempre é possível detetar as medidas inerentes ao controlo de infeção, pelo que a minha preocupação passa por procurar otimizar sempre a minha intervenção, no sentido de prevenir e controlar o risco de infeção nos doentes.

As infecções adquiridas no hospital, também designadas IACS, ou simplesmente infecções hospitalares, ocorrem durante um período de permanência no hospital, não estavam presentes até ao momento da admissão hospitalar nem em período de incubação nesse momento. Estas surgem apenas em doentes hospitalizados durante 48 horas ou períodos mais longos (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Estas infecções ocorrem após exposição aos cuidados de saúde, muitas vezes como consequência desta exposição. São infecções presentes aquando da admissão hospitalar ou que surgem até às 48 horas de internamento, em doentes que nos 30 dias anteriores ao diagnóstico de infeção receberam cuidados domiciliários como terapêutica intravenosa, tratamento de feridas ou cuidados de enfermagem especializados, doentes em hemodiálise ou com antecedentes de internamento hospitalar (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Perante o que é apresentado por estes autores e sabendo de todas as implicações que uma infeção pode causar não só para o agravamento da situação do doente, mas para a instituição da saúde a nível de dias de internamentos, antibioterapias, entre outros, procuro adequar a minha prática clínica no sentido minimizar o risco de transição de microrganismos, valorizando as intervenções a nível da prevenção e controle das infeções.

Atendendo às características do SU e à sua elevada afluência, uma das minhas preocupações constantes diz respeito à higienização das mãos. Assim sendo, procuro cumprir constantemente os cinco momentos de higienização das mãos, exaltando a importância deste procedimento no ambiente de SU.

Outra das minhas preocupações relativamente à prevenção das IACS e, tendo em conta que o serviço colabora no Projeto Stop Infeção a nível da prevenção das infeções associadas ao cateter vesical, diariamente procuro cumprir todo o procedimento aquando das algalições, assim como assegurar todos os feixes de intervenção durante a sua manipulação.

Tendo em conta a especificidade do doente crítico e à suscetibilidade que este tem inerente, no meu exercício profissional tenho cuidados acrescidos na prestação de cuidados minimizando o risco de infeção, recorrendo a técnicas específicas, como a utilização de técnicas acéticas para a aspiração de secreções numa situação de este estar ventilado, na manipulação de cateter invasivos como a cateter venoso central e/ou cateter arterial, no uso de equipamento de proteção individual, entre outros.

Ainda dentro deste campo, durante dois anos foi colaboradora no Risco Não Clínico sendo responsável pelo *Projeto do Material Cirúrgico*, o qual tinha como principal objetivo, gerir o material cirúrgico existente no SU. Desta forma, sempre procurei garantir

uma boa limpeza e desinfecção do material a esterilizar, encaminhando-o para a central de esterilização em boas condições, tendo o cuidado posterior em acondicioná-lo de forma segura.

Ao refletir sobre esta temática concluo que esta é uma das competências que mais trabalho diariamente, pois no ambiente de SU, onde há inúmeras patologias infecciosas, procuro garantir que em todos os cuidados prestados haja o mínimo risco da transmissão de infecções.

Após fazer alusão às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica torna-se importante fazer uma alusão às competências comuns do enfermeiro especialista, uma vez que com a experiência no SU tive ainda oportunidade de desenvolver outras habilidades.

Durante este período e refletindo sobre o meu desempenho profissional, posso afirmar que em conjunto com as competências desenvolvidas a nível das competências no cuidar da pessoa em situação crítica, tive a oportunidade de ir desenvolvendo competências comuns dos enfermeiros especialistas.

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, sempre regí a minha conduta segundo o Código deontológico da profissão. Neste sentido, considero que o processo de tomada de decisão é um pressuposto intrínseco à prática de cuidados de enfermagem. Durante a prática clínica, somos sempre confrontados com problemas de difícil resolução, os quais exigem uma análise criteriosa da nossa parte. Assim, ao longo do meu percurso tenho interiorizado princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, designadamente na liberdade e dignidade do doente, vendo-o como ser singular com as suas características próprias, procurando que todos os meus cuidados respeitem os valores universais da igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça e o altruísmo e a solidariedades, tal como os princípios básicos, sobretudo os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, o que me faz reconhecer a dignidade da vida humana.

A responsabilidade profissional, ética e legal é algo impreterível aos cuidados, pelo que foi algo que sempre tive o cuidado de respeitar, garantido que os direitos dos doentes que recorrem ao SU, respeitando a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual, garantindo que lhes sejam prestados cuidados de excelência, sendo informados e esclarecidos, assim como garantido o seu sigilo, tudo isto com o intuito de dignificar a profissão, respeitando os doentes e familiares no seus contextos.

A gestão dos cuidados, sendo esta outra das competências comuns ao enfermeiro especialista, torna-se fundamental para uma boa prática. Deste modo, sempre tenho feito questão de trabalhar em equipa e, dentro do que me é possível, trabalhar com os diferentes elementos multidisciplinares, assim gerir os recursos face às situações e ao contexto encontrado, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados, situações estas que vão ao encontro das competências definidas pela OE.

Em termos da gestão de cuidados, tenho procurado sempre ajudar a proporcionar um ambiente seguro e promover cuidados de saúde multiprofissionais, uma vez que é requerido ao enfermeiro especialista otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Neste sentido, na minha prática clínica, mais uma vez, dá primazia à avaliação e identificação das necessidades dos cuidados a prestar, criando intervenções de forma e evitar riscos, assim como a detetar, resolver ou minimizar precocemente problemas potenciais ou reais.

No nível da competência do domínio das aprendizagens profissionais, tenho procurado desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a minha *praxis* clínica em consistentes e robustos padrões de conhecimento.

Assim, considero que o meu investimento pessoal tem servido para me manter atualizada cientificamente, sempre com a finalidade de crescer profissionalmente, o que culmina igualmente minha maturação pessoal.

## **2.2. Estágio II – Cuidados Intensivos**

O estágio referente foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, E.P.E., no período de 1 a 31 de agosto, perfazendo o total das 250 horas.

A Ordem dos médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) define o doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p. 9).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011), os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem ser qualificados e contínuos, dando resposta às necessidades afetadas, garantindo as funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, e como finalidade a recuperação total.



Este campo de estágio constituiu um excelente campo de formação, proporcionando um conjunto de experiências na área do cuidar do doente crítico.

A UCIP do Centro Hospitalar Tondela-Viseu iniciou a sua atividade em agosto de 1997, com o surgimento do novo hospital, mantendo-se desde então em funcionamento de forma ininterrupta até à presente data. Localizada no 3º piso do Hospital São Teotónio, esta é um serviço autónomo com regulamento próprio.

No que se refere aos recursos humanos é dotada de uma equipa multidisciplinar, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. No que diz respeito à equipa médica, esta é constituída por seis médicos, que garantem uma cobertura de 24 horas por dia.

A equipa de enfermagem é composta por vinte e três elementos, dos quais, um elemento desempenha a função de chefia, uma enfermeira especialista em reabilitação (desempenhando funções como tal) e nove enfermeiros especializados em enfermagem médico-cirúrgica, sendo os restantes enfermeiros de cuidados gerais. Estes encontram-se distribuídos pelos diferentes turnos, com um rácio de cinco enfermeiro na manhã e quatro no turno da tarde e noite, mantendo uma cobertura constituída por sete assistentes operacionais e uma secretária clínica exclusiva da unidade.

Quanto à admissão dos doentes na UCIP, estes são provenientes do SU, do bloco operatório ou de qualquer serviço de internamento, cuja situação clínica se agravou, sendo critério de internamento a necessidade de uma maior vigilância hemodinâmica e estabilidade das suas funções vitais.

Segundo o livro de registos de admissões na UCIP, os diagnósticos de internamento mais comuns são a PCR, Pneumonia, Insuficiência respiratória, Trauma, Choque (dos vários tipos), Sepsis, Síndrome Hellp, entre outros, sendo ainda admitidos os pós-operatórios de cirurgias major.

Acresce ainda a importância do seguimento do doente após a alta dos CI através do projeto “consulta follow up”, onde se realizam quatro consultas de enfermagem ao doente após a alta, sendo a primeira consulta ao primeiro dia de alta da unidade (onde os enfermeiros se deslocam ao serviço onde o doente ficou internado de forma a avaliá-lo), a segunda ao sexto dia, a terceira após um mês e a quarta e última após seis meses.

Tendo em conta a orgânica e complexidade da UCIP, é da responsabilidade de cada enfermeiro o compromisso da autoformação no sentido do seu crescimento pessoal e profissional na busca da prestação de cuidados de qualidade, sendo este um pressuposto

subjacente à realização do meu estágio, cujos objetivos, atividades e competências alcançadas apresento seguidamente.

### 2.2.1. Consecução dos objetivos, desenvolvimento de competências e atividades instituídas

O desenvolvimento de competências iniciou-se com a preparação do estágio, ao delinear um plano de atividades e objetivos, tendo este em foco alcançar as competências a desenvolver. Desta forma, neste subcapítulo apresenta-se os objetivos delineados para o estágio II, refletindo sobre a sua consecução face as competências esperadas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

#### *Desenvolver competências a nível do cuidar do doente submetido a ventilação mecânica*

Para desenvolver competências a este nível, a consulta e o conhecimento dos manuais/protocolos do serviço relativamente ao cuidar do doente sob ventilação mecânica, tornou-se uma atividade fundamental para o meu desempenho durante o estágio.

De acordo com Melo et al (2014) este tipo de suporte é essencial “em utentes com alterações da função respiratória, que incapacitem a realização das trocas gasosas e fornecimento de oxigénio para a perfusão tecidual e ocorrência das reações celulares” (p. 56). A ventilação mecânica é um recurso de suporte à vida utilizado na UCIP, ou seja, é um método que assiste ou substitui a respiração espontânea por meio de um equipamento designado de “ventilador”, que é acoplado ao doente através de uma via artificial, seja um Tubo Orotraqueal (TOT) ou Traqueostomia.

A monitorização dos doentes com suporte ventilatório assume-se como um fator de grande importância. A partir da integração de dados colhidos dos testes funcionais, com recurso a uma observação clínica contínua, pode agir-se em conformidade, com a finalidade de prevenir complicações letais, bem como com o objetivo de aumentar as probabilidades de sucesso no tratamento destes doentes (Melo et al, 2014).

Atendendo a alta complexidade que está inerente aos cuidados de enfermagem a um doente submetido a ventilação invasiva, uma das minhas prioridades foi perceber do que esta se tratava e em que os cuidados de enfermagem estava implícito. Assim, numa primeira fase, procurei conhecer em que consiste cada modo ventilatório e a forma como estes ajudavam o doente, para então levantar diagnósticos de enfermagem, nomeadamente

o de padrão respiratório alterado, e respectivas intervenções e reavaliações, que me permitiram verificar se estava ou não adaptado aquele padrão respiratório, bem como se estava ou não ajustada às suas necessidades.

Uma das situações em que pude desenvolver estas competências foi ao prestar cuidados a um doente com diagnóstico de Traumatismo Vertebral Medular (TVM). Este doente em questão, devido à gravidade do seu estado clínico, permaneceu durante alguns dias sob sedação e conectado a prótese ventilatória (PV), no entanto quando levantada a sedação, constatou-se que devido à sua lesão, este havia perdido o reflexo da tosse e consequentemente ficou incapacitado de libertar as secreções, levando à acumulação destas no TOT. Desta forma, tinha a necessidade de aspirar frequentemente as secreções e prestar os cuidados de higiene inerentes, pois com a acumulação de secreções o doente apresentava-se desadaptado à PV, levando à necessidade de reajustar frequentemente os parâmetros ventilatórios.

Os doentes com ventilação mecânica invasiva têm a tendência para acumular secreções respiratórias, em resultado da tosse ineficaz, em detrimento do não fechamento da glote e do prejuízo no transporte do muco pela presença do tubo (Rosa, Roese, Savi, Dias, & Monteiro, 2007). De acordo com os mesmos autores, a retenção de secreções contribui para a hipoxémia e atelectasia.

Por conseguinte, a intervenção do enfermeiro deve atender à permeabilidade das vias aéreas do doente, já que, quando este se encontra com ventilação mecânica, vê-se impossibilitado de expetorar eficazmente as secreções retidas nas vias aéreas superiores e inferiores (Vaz, Maia, Castro e Melo & Rocha, 2011). Esta foi a conduta que mantive perante os doentes de quem cuidei, pois frequentemente durante o turno havia a necessidade de aspiração de secreções, tendo o cuidado de usar a técnica asséptica, assim como na gestão da terapêutica expetorante, tal como recorrer a cinesioterapia para ajudar o doente a libertar-se das secreções, tudo isto de forma a prevenir complicações associadas à ventilação invasiva.

Relativamente os modos ventilatórios, constatei que os mais utilizados na unidade era o modo de Volume Controlado e o de Pressão de Suporte.

A ideia com que saí deste estágio, relativamente a este foco, é que mais importante do que saber em que cada modo ventilatório consiste, é saber que, no caso de o doente não estar adaptado a tal, há sempre algo que pode ser feito para minimizar os riscos/consequências. Por exemplo, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, mais do que saber qual é o modo ventilatório sobre o qual o doente está a ser ventilado, é saber

se este está adaptado, ou não, a tal, e se não está, qual a causa dessa desadaptação, gerindo assim os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do doente.

Na situação referenciada do doente com TVM, constatei que cada vez que o doente se encontrava desadaptado, uma vez que se apresentou bradipneico, com descidas bruscas de saturação de oxigénio periférico (SpO<sub>2</sub>) chegando a fazer períodos de apneias. Perante isto, eu tinha a necessidade avaliar o motivo de tal desadaptação, verificando frequentemente que as secreções, ao acumularem-se no TOT, dificultavam as trocas gasosas fazendo com que o doente ficasse mais cansado, pelo que a intervenção primordial passava por de realizar aspirações constantes, assim como prestar cuidados de conforto com posicionamentos de forma a facilitar a libertação de secreções.

Neste seguimento há ainda a salientar a aspiração de secreções que, tal como preconizado, só deve ser feita quando o doente o exigir, sendo esta uma das principais causas da desadaptação dos doentes ao ventilador, o que implicou que estivesse em alerta, uma vez que o doente nem sempre poderá ter presente o reflexo da tosse.

Relativamente a este ponto tão específico, o que retirei deste estágio foi a importância de manter a técnica asséptica durante a aspiração de secreções, mesmo que não se tenha o material desejado à mão, pois ao ter-se uma porta direta para o pulmão é essencial prevenir possíveis complicações, nomeadamente as infeções associadas à intubação (PAI).

Durante este estágio, no que se refere à prevenção da PAI, tive ainda a oportunidades de colocar em prática a *bundle* existente no serviço, onde com tês cuidados tão simples, como o controlo da pressão do *cuff* do TOT, higiene oral com aplicação de Clorexidina em gel 1 vez por turno e SOS e elevação da cabeceira entre 30° a 45°, se conseguem prevenir complicação com uma taxa de morbilidade e mortalidade tão altas como se têm visto documentadas.

Na prestação de cuidados ao doente em situação crítica atuei de forma holística e individual, nomeadamente a doentes submetidos a ventilação mecânica tendo mobilizado os conhecimentos científico para o contexto real. Reforço ainda que, para intervir junto de utentes com ventilação mecânica, tive de ampliar os meus conhecimentos, a fim de oferecer assistência qualificada, reduzindo os riscos e agravamentos ao doente, o que requereu uma apurada pesquisa científica sobre a ventilação mecânica e acerca dos cuidados de enfermagem específicos, para fundamentar a minha prática.

Ao refletir nas atividades desenvolvidas, concluo que este objetivo me levou a desenvolver competências específicas que vão ao encontro das que são definidas pelo

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica, permitindo assim desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente crítico, nomeadamente na antecipação dos focos e instabilidade e na monitorização e avaliação das respostas aos problemas identificados.

*Desenvolver competências a nível da monitorização hemodinâmica invasiva*

Os doentes em situação crítica necessitam de uma contínua vigilância, uma vez que é frequente terem alterações, ou apresentarem risco potencial de doença ou complicações, cardiovasculares, o que exige aos enfermeiros competências na avaliação da função cardíaca e de todos fatores que lhes estão associados. A avaliação precoce de doentes com patologias potencialmente fatais é indispensável para uma atuação eficaz (Silva & Lage, 2010).

Embora se assista a um significativo avanço das técnicas de monitorização não invasiva, a monitorização hemodinâmica invasiva é essencial nas unidades de CI, cabendo ao enfermeiro escolher o método mais correto para essa monitorização, respeitando a individualidade de cada doente (Azeredo & Oliveira, 2013).

Blair (2010) refere que a monitorização hemodinâmica invasiva é um contributo para a descoberta do diagnóstico dos doentes, possibilitando conduzir o tratamento. Todavia, Azeredo e Oliveira (2013) salientam que se deve ter em conta que tais parâmetros invasivos só resultarão em benefícios evidentes, caso os dados sejam fidedignos.

As UCIP's caracterizam-se também por um grande suporte tecnológico, entre os quais, os dispositivos de monitorização hemodinâmica, destacando-se os métodos invasivos (Silva & Lage, 2010).

Tendo em conta a definição de doente crítico, a sua monitorização invasiva é fundamental e uma realidade imprescindível para a avaliação da estabilidade destes doentes.

Assim sendo, esta temática foi um dos pormenores que desenvolvi, na medida em que pude avaliar e registar parâmetros vitais, correlacionando os valores com o estado clínico do doente e os objetivos terapêuticos.

Numa primeira fase, a prestação de cuidados de enfermagem a doentes com monitorização invasiva implicou a consulta e conhecimento dos protocolos da unidade relacionados com a inserção dos vários tipos de cateter (material utilizado, colocação e manutenção), tendo esta estratégias sido complementada com a oportunidade de observar e

colaborar na prestação de cuidados de enfermagem inerentes à colocação de cateteres venosos centrais e cateteres arteriais, assim como na sua manutenção.

Especificando a monitorização da pressão arterial, considerado como um dos principais sinais vitais, importa referir que a sua avaliação de forma invasiva se faz através do cateter arterial, possibilitando uma monitorização contínua, um facto que possibilita assegurar uma pressão de perfusão adequada para uma boa perfusão tecidual (Silva & Lage, 2010). De acordo com os mesmos autores, o cateter arterial deve ser inserido numa artéria periférica, tendo importância o diâmetro da artéria que deve ser proporcional ao diâmetro do cateter, diminuindo, deste modo, o risco de oclusão ou trombose.

Atendendo a toda esta especificidade, uma das minhas preocupações foi a interpretação dos valores apresentados face ao estado clínico do doente, pelo que se tornou importante aprender a interpretar o traçado elétrico da linha arterial, bem como a gerir os cuidados de enfermagem, tendo em conta a posição do transdutor face ao posicionamento do doente e a manutenção do cateter e respetivo sistema, implicando a avaliação da pressão existente na manga de pressão, o posicionamento do membro em que está inserido o cateter, a possibilidade de o sistema estar obstruído, entre outros.

Desta forma, sempre que prestava cuidados ao doente crítico no âmbito da monitoração da pressão arterial, garanti a validade da informação, sendo para tal indispensável saber interpretar as morfologias das ondas, para que as pudesse analisar e responder adequadamente aos valores apresentados no ecrã.

Neste âmbito, Azeredo e Oliveira (2013) referem que os erros na leitura e interpretação dos valores obtidos, os problemas na permeabilidade do sistema ou os erros na calibragem do sistema, podem resultar na aquisição de valores não fiáveis, os quais podem resultar em complicações na assistência prestada ao doente.

Tendo em consideração os autores e a minha atuação, considero que cuidar de um doente com este tipo de monitorização não se assume como uma tarefa fácil, o que requereu uma atenção redobrada. Isso reforça a importância do enfermeiro como responsável por garantir essa fidedignidade dos dados apresentados no monitor, exigindo, como referem Azeredo e Oliveira (2013), conhecimento quer ao nível das técnicas necessárias a uma boa monitorização invasiva, quer ao nível do conhecimento teórico e científico que lhe permita fazer uma avaliação crítica do doente.

Uma das situações que vivenciei, foi a de um utente que se encontrava na UCIP com diagnóstico de sépsis, encontrando-se muito instável a nível hemodinâmico. Nesta situação tive a oportunidade de monitorizar continuamente as funções vitais, ajustando os

protocolos terapêuticos (nomeadamente o protocolo dos vasopressores) de acordo com as indicações médicas, mas principalmente de acordo com a situação do doente. Esta situação foi uma muito enriquecedora porque constatei o quanto a monitorização invasiva continua é importante para a vigilância do doente crítico, pois esta permite avaliar constantemente a estabilidade/instabilidade do doente, permitindo-me prever possíveis complicações e assim gerir os cuidados prestados.

Outra das formas de monitorização invasiva que tive a oportunidade de realizar, refere-se à avaliação da pressão venosa central.

Ao que a esta diz respeito, a consulta de referências bibliográficas e consulta de protocolos e procedimentos de serviço foram fundamentais para a fundamentação dos cuidados inerentes, considerando que é algo que não estava assim tão familiarizada.

Esta consiste assim na avaliação da pressão venosa sistémica, medida ao nível da aurícula direita, tornando-se importante para determinar o excesso ou o défice de volume de líquidos, bem como a função do ventrículo direito e o retorno do sangue para o mesmo (Silva & Lage, 2010).

Tal como na avaliação da pressão arterial, também aqui desenvolvi competências na avaliação e interpretação dos valores apresentados face ao estado do doente, na gestão das medidas terapêuticas, assim como nos cuidados inerentes à manutenção do sistema e cateter venoso central.

Durante o estágio não tive a oportunidade de prestar cuidados a utentes com necessidade monitorização através da análise do contorno da onda de pulso arterial ou sistema *Pulse-induced Contour Cardiac Output* (PICCO), no entanto de forma a ultrapassar esse facto realizei pesquisas bibliográficas no sentido de colmatar essa falta.

De acordo com Robles, Pachón e Veja (2010), a aplicação da monitorização PICCO tem-se ampliado progressivamente, na medida em que demonstra ser mais vantajosa e menos invasiva comparativamente ao cateter da artéria pulmonar, um método anteriormente mais utilizado na avaliação do débito cardíaco em CI.

Após realizar as pesquisas acerca do cateter PICCO, questionei a enfermeira tutora no sentido de esclarecer algumas dúvidas, o que se tornou uma mais valia porque me auxiliou a consolidar e adquirir conhecimentos sobre este tipo de monitorização.

Segundo Stocoo, Crozeta, Labronici, Maftum e Meier (2011), com os progressivos avanços tecnológicos e terapêuticos ocorridos, torna-se necessária formação contínua e constante dos enfermeiros, para que sejam adquiridas competências técnico-científicas no cuidado ao doente crítico. Deste modo, o período de estágio na UCIP

assumiu-se como muito importante para interiorização e desenvolvimento de conceitos relacionados com a monitorização invasiva, bem como para a aquisição de competências relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na antevisão de focos de instabilidade e risco de falência orgânica.

*Desenvolver competências a nível da gestão e administração de protocolos terapêuticos*

A complexidade da terapêutica, a qual se relaciona com o uso de muitos medicamentos potencialmente perigosos administrados na UCIP, associados à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, requer uma atenção redobrada, de modo a evitarem-se consequências dos erros de medicação, que podem ser danosos.

Como referem Moyen, Camiré e Henry (2012), a medicação segura deve ser implementada através da otimização da segurança do processo de medicação, suprimindo, deste modo, os fatores de risco situacionais e facultando estratégias, para que se possa intercetar erros e minimizar as suas consequências.

Relativamente ao desenvolvimento de competências ao nível da gestão e administração de protocolos terapêuticos, comecei por fazer uma pesquisa científica sobre a administração de terapêutica em cuidados intensivos, tendo igualmente consultado e conhecido os protocolos de administração dos fármacos. Procedi à despistagem de efeitos secundários e atuei de forma a minimizá-los.

A minha experiência profissional e a realização deste estágio mostraram-me que, na fase crítica em que o doente dá entrada no serviço, a maioria destes encontram-se sob analgesia e sedação, tendo em situações pontuais que se recorrer a curarização.

Este ponto em específico fez-me refletir sobre a importância da analgesia e a sua relação com a sedação, uma vez que este pode ser a causa principal para a descompensação de outros sintomas, sendo que por vezes a sua gestão impede a necessidade de ter de sedar os doentes.

A manipulação destas “drogas” fez-me ver a importância das escalas já existentes e validadas, pois, só com estas é que se consegue gerir as doses necessárias para os alvos estipulados. No decorrer deste estágio tive a oportunidade de aplicar a escala de agitação e sedação (Escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)), assim como as escalas de avaliação da dor (Escala Visual Analógica, para os doentes conscientes, e a Escala de Condutas Indicadoras de Dor para doentes inconscientes). O facto de utilizar diariamente com estas escalas e aplica-las a todos os doentes da UCIP tornou-se uma mais-valia, uma



vez que me permitiram avaliar a dor, e o nível de sedação, levantando os diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções.

Um dos exemplos que evidência o referindo, foi o de um doente que deu entrada na UCIP com o diagnóstico médico de Traumatismo Cânio Encefálico (TCE) grave, tendo uma das principais prescrições médicas Propofol e Morfina em perfusão contínua, com intervalos terapêuticos para manter o doente com um RASS de -5. Por vezes, durante os turnos, o doente apresentava alguma agitação motora e comportamentos sugestivos de dor, pelo que com a avaliação das escalas de dor e da RASS permitiram verificar o seu conforto alógico, assim como a nível de sedação, sendo que, na maioria das vezes a administração de um analgésico ou o reajuste da perfusão de morfina eram o suficiente para manter o doente calmo, sem que se tivesse de recorrer ao ajuste da sedação.

Outro dos protocolos que exigiu a minha atenção, está relacionado com a nutrição em CI, de modo a consubstanciar a minha práxis. Neste sentido, através de consultas do protocolo e as demais pesquisas bibliográficas, integrei e executei cuidados ao doente com nutrição entérica de acordo com o protocolo da unidade, bem como e integrei e prestei cuidados aos doentes com nutrição entérica. A vigilância da alimentação, nestes doentes, assume-se igualmente como muito importante para o seu restabelecimento.

De acordo com Oliveira et al (2010), a via entérica é a via preferencial quando a via oral não pode ser usada, à exceção dos casos em que o trato gastrointestinal não pode ser usado com segurança. A via entérica, quando comparada com a via parentérica, oferece menor risco de complicações inoficiosas, na medida em que preserva a integridade da barreira intestinal, muito importante na prevenção da atrofia da mucosa, na redução da incidência de complicações sépticas e na prevenção da translocação bacteriana, principalmente quando iniciada 24 a 48 horas após a admissão do doente (Oliveira et al, 2010). Segundo os mesmos autores, a nutrição parentérica pode ser usada como complemento da nutrição entérica ou quando a nutrição entérica não pode ser utilizada.

No decorrer do estágio constatei que a maioria dos doentes faziam alimentação entérica, no entanto em diálogos com a enfermeira tutora acerca deste assunto fiquei a saber que os doentes submetidos a cirurgias abdominais (casos de gastrectomias e cirurgias intestinais) inicialmente faziam alimentação parentérica e só passavam a fazer alimentação entérica numa fase mais posterior à cirurgia.

Assim sendo considero que este objetivo de relevante importância para a aquisição das competências, nomeadamente no que diz respeito à criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, na medida em que a minha atuação se susteve na

promoção a aplicação dos princípios relevantes para a segurança da administração terapêutica, na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos inerentes aos doentes em CI, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar do doente crítico, agindo em antecipação na preparação de terapêutica farmacológica, em conformidade com os protocolos terapêuticos, instituindo medidas de conforto, tendo sempre em consideração o pensamento crítico para a tomada de decisão e para a resolução de problemas.

*Aplicar a metodologia científica do processo de Enfermagem à pessoa em processo complexo de doença crítica e /ou falência orgânica*

O processo de enfermagem pode ser encarado como uma ferramenta de trabalho no sentido de favorecer o cuidar, de modo a organizar as condições necessárias à sua realização, ajudando a documentar a prática de enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2009).

Segundo Pokorski (2009) “A aplicação efetiva do processo de enfermagem conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica” (p. 303).

O processo de enfermagem consiste assim numa importante ferramenta para o planeamento, organização e condução dos cuidados, sendo um método sistemático e organizador de prestar cuidados individualizados, dando ênfase às respostas da pessoa em situação crítica (Tannure & Gonçalves, 2010).

Caracterizando-se a UCIP por um processo de trabalho particular, cuja finalidade é manter e restaurar as condições de saúde dos doentes em situação crítica, é indispensável, que, para além de integrar e organizar o trabalho da equipa de enfermagem, os autores supracitados consideram que o processo de enfermagem permite reduzir a fragmentação dos cuidados, garantindo a continuidade dos mesmos, possibilitando avaliar a eficácia da intervenção do enfermeiro ou permite que se façam alterações, de acordo com os resultados em termos de recuperação do doente.

O enfermeiro com especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve implementar processos de enfermagem, objetivando a melhoria das condições do doente, promovendo o processo de recuperação deste, facilitando ganhos em saúde, gerindo eficientemente a análise dos dados, a avaliação, o diagnóstico de enfermagem, o plano terapêutico e a sua implementação, bem como a sua reavaliação e prognóstico.

Indo ao encontro da premissa anterior e, de forma a fundamentar as competências científicas a nível do processo de enfermagem, integrado na unidade curricular do estágio

II- CI, foi solicitado a realização de um estudo de caso, contemplando um processo fundamentado.

Atendendo ao elevado número de doentes vítimas de TCE e ao facto de sentir necessidade em adquirir mais conhecimento científicos ao que a este diz respeito, optei por realizar o estudo de caso sobre a temática do cuidar de uma pessoa crítica vitima de TCE grave.

O TCE é compreendido como um traumatismo a nível craniano, com implicações encefálicas, podendo levar a lesões graves sob mecanismos fisiopatológicos distintos (Oliveira, Lavrador, Santos & Antunes, 2012). Consoante a gravidade da lesão, as vítimas deste tipo de trauma poderão necessitar de cuidados imediatos, rápidos e seguros, de forma a evitar complicações que possam colocar em perigo a vida do doente, garantindo a estabilidade e as funções vitais dos mesmos (Moreno, Guevara & Clara, 2014).

Este tipo de lesões são uma causa importante de mortalidade e morbidade, estimando-se que a mortalidade global dos doentes com TCE seja 30 vezes superior àquela dos doentes com traumatismos graves sem TCE (Valente, Catarino e Ribeiro, 2012). O impacto do TCE pode ser assolador, tanto para as vítimas como para as suas famílias devido as consequências que quase sempre advêm deste tipo de lesão (Grupo Trauma e Emergência, 2011).

Desta forma, na minha prática diária no estágio pude verificar que o doente neurocrítico exige cuidados de enfermagem especializados, pelo que, a realização do processo fundamentado nesta área, permitindo aprofundar e mobilizar conhecimentos de forma a dar resposta em tempo útil e de forma holística.

Assim sendo, após a sua realização pude confirmar que o objetivo de desenvolver competências a nível do cuidar do doente neuro crítico foi atingido, uma vez que, com a realização deste trabalho, desenvolvi/consolidei conhecimentos teóricos em torno do TCE e as suas diferentes formas de lesão, assim como as indicações terapêuticas para o seu tratamento, permitindo uma prestação de cuidados de excelência a este tipo de doentes.

Em suma, encarei o processo de enfermagem como uma estratégia e um instrumento do meu trabalho, de modo a que a minha atuação não fosse meramente técnica, permitindo assim desenvolver competências científicas para a prestação dos cuidados especializados e seguros ao doente em situação crítica.

*Desenvolver competências de comunicação com doente em situação crítica e a sua família*

Relativamente a este objetivo, desenvolvi estratégias de comunicação com o doente em situação crítica. A incapacidade de comunicar verbalmente, em consequência da presença do TOT, durante o internamento numa UCIP, consiste numa fonte de stresse para os doentes críticos. A comunicação enfermeiro/doente nesta fase é indispensável para que se possam identificar as necessidades físicas e emocionais do doente, bem como os seus desejos e decisões relativas ao plano de cuidados que a ele diz respeito (Happ, et al, 2011).

Pude constatar que os métodos de comunicação mais prevaletentes foram acenar com a cabeça, tentar verbalizar palavras e gestos. Como tal, procurei sempre estabelecer um contato visual com o doente, fazer perguntas de resposta sim/não, chamar o doente pelo nome, recorrendo ao toque terapêutico e aos gestos. Estas formas de comunicação com o doente ventilado, como referem Happ et al. (2011), são eficientes e rápidas, facilitando a comunicação das necessidades emocionais, respeitando a individualidade do doente, devendo o enfermeiro nesta situação ser afável, informativo e estar fisicamente presente.

Como tal, tem de ser avaliada a capacidade de cada doente comunicar para melhor se poder adaptar o método a utilizar, sem descurar a família que também deve ser ajudada a fim de utilizar estratégias para comunicar com o doente.

A maioria dos doentes a quem prestei cuidados, uma vez que apresentavam TOT, encontravam-se incapazes de estabelecer um dialogo verbal. Devido a esta razão sempre que necessitava dialogar com os doentes, recorria a técnicas de comunicação não verbal como gestos, escrita e o toque. Uma das situações em que pude aplicar esta metodologia ocorreu com um utente que tinha uma traqueostomia. Como ele não conseguia comunicar verbalmente, forneci-lhe papel e caneta para que ele facilitar todo o processo. Isto possibilitou-me estabelecer uma relação com o doente baseada em confiança, que ao longo do estágio se foi desenvolvendo levando ao desenvolvimento de outras formas de comunicação, como os gestos e a mimica facial.

Atendendo que o doente crítico tem associado uma família como parte integrante do cuidado, durante este estágio teve também o cuidado de desenvolver a comunicação a este nível.

Assim sendo, durante o tempo tive a oportunidade de conhecer os protocolos relativos ao acolhimento e encaminhamento da família, identificar as necessidades de informação da família relativamente ao doente crítico, estabelecendo uma relação de ajuda e apoio emocional à família do doente crítico, atendendo sempre às suas necessidades culturais e espirituais. O recurso a uma comunicação eficaz e o estabelecimento de uma

relação de ajuda com os familiares dos doentes em situação crítica são fatores fulcrais na qualidade dos cuidados (Maestri, Nascimento, Bertocello & Martins, 2011).

Assim sendo, acolhi a família no horário de visitas, explicando-lhe o regulamento e encaminhando-a no circuito de visitas aos doentes (lavagem e desinfecção das mãos antes e após a visita ao doente e vestir bata para proteção), mostrei-me disponível para fornecer informações acerca do familiar (respeitando sempre a privacidade e a confidencialidade do doente) e prestei apoio aquando a transmissão de más notícias.

No que diz respeito à comunicação com a família vivi uma situação que me marcou especialmente. Um dos doentes que se encontrava internado tinha como diagnóstico TCE grave, com mau prognóstico e que tudo levava a querer que fosse um potencial dador de órgãos. Durante um dos turnos que realizei, à hora da visita tive a oportunidade de dialogar com a esposa e a filha (com apenas 14 anos). Ao estabelecer esta comunicação pude-me aperceber que a menor não tinha uma real informação do prognóstico do doente, dando-me conta que a família, no sentido de a proteger, estava-lhe a ocultar informação.

Ao dialogar com a esposa do doente, esclarecendo-lhe dúvidas e dando apoio emocional, percebi que se encontrava muito ansiosa, pois estava preocupada com a situação clínica do marido, e ainda não tinha informado a filha da real situação porque não sabia como fazer-lo. Ao depara-me com esta situação, a melhor estratégia que consegui adotar foi encaminhar a senhora para um gabinete, onde nos sentamos e pudemos conversar sem ter interrupções. Durante esta conversa pude dar-lhe apoio e auxiliá-la a reorganizar a sua forma de encarar a situação, no sentido de informar a filha para que esta não fosse surpreendida se o pior acontecesse e eventualmente lidar melhor com situação.

A transmissão de más notícias é uma das atividades mais difíceis atribuídas aos enfermeiros. Má notícia, por definição, é “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro” (Pereira, 2011, p. 78).

De acordo com a mesma autora, por vezes, os enfermeiros têm a propensão para atribuir um significado à notícia sem observar aos aspetos significativos da pessoa, resultando na desvalorização da notícia a transmitir.

A gravidade da notícia deve ser conferida pela pessoa que experiencia a situação, tendo em conta o impacto na sua vida. Como tal, a transmissão de más notícias exige uma preparação prévia, devendo ser realizada num ambiente de confiança e empatia, para que o enfermeiro possa saber lidar com as emoções da pessoa e família, o que passa pelo

encorajamento na expressão dessas emoções, validando-as com informação acerca dos apoios disponíveis (Pereira, 2011).

Neste contexto, saliento que procurei dar a má notícia de uma forma clara, aberta e gradativa, respondendo adequada e honestamente, recorrendo a uma linguagem simples, sem banalizar o momento e sem retirar a esperança, ou seja, estabelecendo uma comunicação assertiva e através de uma relação terapêutica com o doente e seus familiares, objetivando minimizar alguns sentimentos emergentes, como angústia e o desespero.

No caso do doente com diagnóstico de TCE grave, ao informar a família acerca do prognóstico e da evolução clínica, procurei manter uma atitude clara, aberta, mostrando disponibilidade para colocarem questões e esclarecendo as dúvidas. Isto tornou-se uma mais-valia porque senti, que com esta atitude, auxiliiei esta família a encarar a situação. Posteriormente encontrei a esposa do doente em questão em ambiente extra-hospitalar, onde se dirigiu a mim para me agradecer todo o apoio prestado numa altura complexa para a dinâmica familiar assim como os cuidados prestados ao seu familiar.

Desta forma, baseando-me nos aspetos referidos anteriormente, posso concluir que as experiências a este nível permitiram-se adquirir competência, entre outras evidenciando-se as competências humanas, a nível assistência ao doente/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica instalada e na gestão da comunicação interpessoal, fundamentando assim a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

#### *Conhecer o papel do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica na prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde*

No que diz respeito ao controlo de infeções, esta foi uma das competências que tive sempre presente na minha prática, no sentido da prevenção da transmissão das IACS aquando da prestação dos cuidados.

Assim sendo, tive a oportunidade de conhecer e implementar os protocolos relacionados com o controlo da infeção existentes na unidade (segurança do doente, restrição de visitas e isolamentos).

Um dos protocolos existentes no serviço diz respeito à restrição de visitas e acompanhamento destes durante à entrada na unidade. O que está preconizado são apenas dois períodos de vista de uma hora, onde apenas são permitidas a entrada de três pessoas, sendo que, antes da entrada na unidade são feitos/reforçados os ensinamentos com a higienização

das mãos antes e depois de visitarem o seu doente, assim como o uso de bata, e restantes equipamentos de proteção no caso de um doente estar em isolamento.

Outro dos protocolos existentes na unidade, e com o qual desenvolvi competências a este nível, diz respeito às infeções associadas à intubação, requerendo assim uma atenção especial da minha parte no manuseamento de todo o sistema ligado à ventilação mecânica, assim como no comprimento dos feixes de intervenção associados à prevenção da PAI.

Ainda contemplado por este objetivo, em diálogo com a enfermeira tutora acerca desta temática, apercebi-me que, apesar dos procedimentos que diziam ao manuseamento do cateter vesical estarem dentro do que é preconizado, ainda não existia um protocolo definido das intervenções e feixes de intervenções, pelo que com o apoio da enfermeira tutora e da enfermeira responsável pelo risco clínico, criei o protocolo da prevenção da infeção do trato urinário associado ao cateter vesical. Desta forma pude apresentar ao serviço as novas *guidelines* preconizadas para tal, assim como as novas *bundles* associadas à prevenção do que se diz ser a segunda infeção associada aos cuidados de saúde mais frequentes (cf. Anexo A).

Neste âmbito, fazendo referência à Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013), as infeções do trato urinário adquiridas no hospital representam a causa mais comum (até 40%) das infeções relacionadas com a assistência em saúde, sendo os maiores fatores de risco a inserção e a permanência do cateter urinário, que é responsável por cerca de 95% das infeções associadas às vias urinárias, isto porque que a presença do cateter aumenta diariamente em até 5% o risco de infeção. Destas infeções, 1 a 2% evolui para sépsis de origem urinária.

Apesar dos progressos alcançados na área, este tipo de infeção continua a ser um problema comumente subestimado pelos profissionais de saúde, considerando ser uma complicação benigna e de fácil solução. No entanto, estes não consideram o custo de tratamento antimicrobiano, a morbilidade, o tempo de internamento e a gravidade que representa o surgimento de microrganismos resistentes a múltiplos antimicrobianos, facilmente disseminados no ambiente hospitalar (DGS, 2013). Como tal, deve dar-se prioridade à aplicação de medidas preventivas no cuidado dos cateteres urinários, facto que me levou a criar o protocolo da prevenção da infeção do trato urinário associado ao cateter vesical.

Com todo o trabalho desenvolvido nesta área dos cuidados concluo que durante este período de estágio consegui desenvolver competências técnicas e científicas ao nível

da maximização na intervenção da prevenção e controlo da IACS perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

*Conhecer o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como gestor de recursos humanos e materiais da UCIP*

Ao nível do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como gestor de recursos humanos e materiais da UCIP, tive conhecimento das estratégias de gestão na organização da equipa, na gestão de conflitos e resolução de problemas, tendo observado o papel do enfermeiro na interligação da UCIP com os restantes serviços hospitalares (farmácia, serviço social, dietista, entre outros).

Ao se trabalhar em equipa, os conflitos tendem a surgir frequentemente, sendo da responsabilidade do gestor do serviço a capacidade de ultrapassá-los.

Os conflitos podem manifestar-se como benéficos ou prejudiciais para o grupo, dependendo o seu impacto do momento temporal em que emergem, das suas características e do modo como são vividos e geridos (Pastilha, 2013).

No que diz respeito à enfermagem, as principais áreas de conflito residem em comportamentos hostis, stresse, exaustão física e emocional, espaço limitado, diferença de crenças e valores (Saraiva, 2009). Para além destes motivos, o autor citado menciona que a própria estrutura da organização pode consistir na principal causa de conflitos organizacionais, tendo em conta que a competência do executivo para proceder a transformações e diminuir o conflito é grandemente relevante para o sucesso da organização.

Assim, para que estes possam ser superados, é indispensável saber-se lidar com os mesmos. Para se conseguir gerir um conflito, para além de ser necessário possuir-se sensibilidade, tem de se recorrer a estratégias objetivando um resultado que satisfaça as partes envolvidas (Mateus, 2013).

Assim sendo, durante o ensino clínico tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro chefe da UCIP, colaborando na gestão do serviço, nomeadamente na reposição de *sotk's*, e interligação com serviços de aprovisionamento e farmácia e na gestão de horários. Percebi durante este turno que este, de forma a evitar conflitos e garantir um bom ambiente no serviço, este assume uma postura de líder, demonstrando a sua disponibilidade para ouvir os enfermeiros e dando-lhes as orientações necessárias, recorrendo a uma comunicação assertiva.



O facto de poder acompanhar o enfermeiro gestor do serviço permitiu-me ainda perceber qual a sua função no que diz respeito à gestão de cuidados, especificamente em relação à distribuição dos doentes pelos enfermeiros durante os vários turnos.

De forma a distribuir a carga horária do serviço, as UCIP's adotaram, como classificação de carga de trabalho a escala *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) 28, a qual tive a oportunidade de preencher e refletir sobre as limitações que esta escala tem na prática.

O registo de índices que avaliam a utilização de carga de trabalho de enfermagem, como já referi, na UCIP, é feito através do TISS 28, o qual foi criado em 1974, e descrito por Cullen, objetivando introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em Medicina Intensiva.

Inicialmente era constituído por 57 atos terapêuticos, pontuados de 1 a 4, de acordo com a carga de trabalho envolvida. Posteriormente, mais concretamente em 1983, foi revisto por Keene e Cullen, passando a compreender 76 atividades de enfermagem. Em 1996, foi publicada por Miranda uma simplificação do TISS ou TISS-28, que constitui um dos principais sistemas utilizados para a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em CI, na atualidade (Pinto & Pires, 2009).

É avaliado uma vez por dia e reflete a carga de trabalho efetuado nas últimas 24 horas, variando entre 0 e 78 pontos. O TISS-28 serve também para classificar os doentes em 4 classes (classes de Cullen), que ajudam a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de estar internado numa UCIP (Pinto & Pires, 2009).

Por tudo isto, concluo afirmando que, neste período de tempo de estágio na UCIP, foram vivenciados novas experiências e aprendizagens realizadas no contexto diferente, que enriqueceram em muito o meu conhecimento. Foi, acima de tudo, mais uma valia, pois sinto que desenvolvi competências como enfermeira especialista, na área da gestão dos cuidados.

### **2.3. Estágio III - Opção**

Aquando da escolha da área de opção esta recaiu sobre a área do pré-hospitalar, sendo que esta escolha se deveu não só a uma questão de interesse pessoal por esta área, mas ao facto de considerar ser uma mais-valia na minha formação profissional a nível da aquisição de competências na abordagem ao doente crítico.

Considerando que a estrutura de organização do socorro pré-hospitalar difere entre a RAM e Portugal continental, nomeadamente o Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) e o INEM, optei por estudar dois meios de atuação diferentes, abordando o meio SAV do SEMER, acompanhando a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) e o meio SIV do INEM, especificamente a SIV de Tondela.

No socorro pré-hospitalar, a principal missão passa por garantir a prestação de cuidados de emergência médica, sendo exigido aos profissionais: qualidade, competência, credibilidade e eficiência, respeitando os princípios éticos (INEM, 2009). Perante esta premissa, denota-se a importância da presença do enfermeiro especialista e das suas competências para o cuidar da vítima crítica no local do incidente.

A intervenção clínica a este nível centra-se no objetivo conciso de “garantir à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à ressecção em unidade de saúde adequada” (OE, 2012, p. 1).

Em de Portugal continental o socorro pré-hospitalar é da responsabilidade do INEM, sendo este um organismo do Ministério da Saúde, responsável por coordenar o funcionamento de todo do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Na RAM, a responsabilidade por tais cuidados recai no SEMER, estando este sob tutela do Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC).

Os meios de socorro pré-hospitalar são esclarecidos pelo Ministério da Saúde (2014) através do Despacho nº5561/2014, onde as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) são classificadas como um meio de emergência de suporte avançado de vida, sendo as ambulâncias SIV consideradas um meio suporte imediato de vida.

As VMER são tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, nomeadamente em suporte avançado de vida, dispondo de equipamento adequado. Estas têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, tratando-se assim dum transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado (Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, 2016).

As ambulâncias SIV, são tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), o primeiro com formação em suporte imediato de vida e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática

externa, dispondo de equipamento de suporte imediato de vida. Estas têm como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, 2016).

Na RAM, o SEMER garante o socorro diferenciado às vítimas através da EMIR, sendo esta provida de uma viatura medicalizada, garantindo os cuidados médicos pré-hospitalares, sendo por isso equiparada a uma VMER.

Para que todo o processo de assistência pré-hospitalar se desencadeie, é essencial a deteção da situação em causa, onde o contacto pelo número de emergência nacional, 112, se torna crucial para a ativação de todo o processo subsequente.

A nível nacional, tal como na RAM, o atendimento das chamadas de emergência é da responsabilidade das centrais da Polícia de Segurança Pública e, sempre que o motivo da chamada esteja relacionado com a área da saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) no INEM, ou para o Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações de Socorro (CIC-CROS) no SEMER, (INEM, 2009 e SRPC, s.d.).

No que ao INEM diz respeito, as chamadas atendidas pelo CODU são triadas pelos operadores, sendo estabelecidas as prioridades de atendimentos e, então, acionados os meios de emergência mais adequados à situação, tendo sempre em conta a disposição geográfica.

Segundo o INEM (2016) são definidas como prioridades médicas:

- *Prioridade 1 - Ocorrências emergentes*: situações que comportam risco imediato de vida e origina o envio do meio de emergência médica SAV e/ou SIV;
- *Prioridade 3 - Ocorrências urgentes*: em que se justifica o envio de meios de emergência médica de Suporte Básico de Vida.
- *Prioridade 5 - Ocorrências não urgentes*: situações em que as chamadas são reencaminhadas para a linha de apoio Saúde 24;
- *Outras prioridades - Ocorrências não urgentes*: situações onde não se justifica qualquer acionamento de meios.

A gestão das chamadas no SEMER é da responsabilidade dos operadores do CIC-CROS, onde depois de registadas as ocorrências, asseguram o encaminhamento da ajuda adequada à situação (SRPC, s.d.). Se na chamada inicial se conseguir antever a gravidade da situação, a EMIR é ativada imediatamente, no entanto, em outras situações, é

necessário um *feedback* dos bombeiros, para que esta se desloque ao local da ocorrência. Por vezes, o acompanhamento faz-se através do ecrã ou do telefone, aconselhando a pessoa no local relativamente ao que deve ser feito. Outra das situações em que a EMIR dá apoio, é no auxílio aos Centros de Saúde, em relação ao melhor curso de ação, havendo um acompanhamento muito próximo com estes (Mendonça, 2013).

Segundo o Modelo Integrado de Emergência Pré-hospitalar, apresentado pela OE (2012), esta define que os meios de SAV e os meios SIV deverão ser constituídos por uma equipe multidisciplinar de médicos e enfermeiros, onde a formação inicial de nível superior, o contínuo desenvolvimento de competência em contexto de prática clínica e autorregulação profissional, devem ser condição evidente e inequívoca para garantir cuidados de saúde de forma segura por profissionais regulados, com competências consolidadas, adequadas e adaptadas às necessidades globais do cidadão/famílias.

O enfermeiro é visto como parte integrante da equipa, onde, além da avaliação e estabilização pré-hospitalar da vítima crítica, também é responsável pelo transporte da mesma (Coimbra & Amaral, 2016).

No seguimento do que as demais fontes bibliográficas referem e, no âmbito do estágio III, foi delineado como objetivo geral *desenvolver competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica em ambiente pré-hospitalar*, pelo que a minha conduta se regeu no sentido de desenvolver/consolidar tais competências.

### 2.3.1. Consecução dos objetivos, desenvolvimento de competências e atividades instituídas

Tendo em conta toda a novidade inerente ao âmbito do estágio e aos diferentes meios selecionados para estudo, foram levantados os seguintes objetivos com vista ao desenvolvimento das competências.

#### *Compreender a dinâmica e organização do SEMER / EMIR e da ambulância SIV*

No sentido dar resposta às competências que dizem respeito à gestão e qualidade de cuidados, torna-se fundamental conhecer toda a envolvente inerente aos meios estudados, pelo que as estratégias inicialmente traçadas não foram direcionadas a competências em concreto, mas no sentido de ficar a conhecer meio e a sua forma de operacionalização.

Uma das estratégias delineadas dizia respeito ao compreender a metodologia organizacional dos meios EMIR e ambulância SIV. Atendendo que pouco conhecia os meios em questão, uma das primeiras tarefas a que atribuí prioridade, foi o perceber a sua dinâmica de funcionamento e conhecer a sua metodologia de trabalho.

Antes de partir para os campos de estágio, tive o cuidado de realizar algumas pesquisas bibliográficas sobre o que iria encontrar, mas foi a partir da conversa que tive com os enfermeiros tutores e restantes membros da equipe, que pude perceber a sua verdadeira dinâmica.

Relativamente ao SEMER/EMIR, sabe-se que, desde 2006, o SEMER é considerado a entidade responsável pela unidade orgânica de carácter permanente, com competências mais abrangente, no âmbito da emergência pré-hospitalar da RAM, sendo este também responsável pela elaboração dos protocolos/normas na área da emergência, pela coordenação dos pedidos de socorro, definindo as necessidades em recursos humanos e materiais, assim como, pela promoção da formação que envolve o pessoal afeto à emergência pré-hospitalar.

A EMIR, enquanto veículo de emergência, surge a 20 de março de 1999, tendo como principal função a prestação de socorro diferenciado em ambiente extra-hospitalar, garantido por uma equipa médica, constituída por médico e enfermeiro (Mendonça, 2013).

A observação da atividade dos operacionais do CIC-CROS no processamento das comunicações de emergência e o diálogo com estes, permitiu-me compreender melhor esta articulação existente, percebendo assim como se desencadeia todo o processo do socorro pré-hospitalar.

Regra geral, as chamadas de emergências médicas são encaminhadas da Polícia de Segurança Pública para o CIC-CROS, local onde os operadores recebem a informação, triando-a, atribuindo o acompanhamento e encaminhamento destas ao acionarem os meios humanos e técnicos para o local, tudo isto em colaboração com a EMIR. Compete-lhes ainda assegurar o funcionamento de todos os meios operacionais de telecomunicações do SRPC, a caracterização das ocorrências e o posterior acionamento dos meios do dispositivo de resposta operacional da região.

No que diz respeito à metodologia organizacional da EMIR, sem dúvida que o diálogo com elementos da equipe multidisciplinar foi a estratégia mais utilizada, tendo esta sido complementada com algumas pesquisas bibliográficas efetuadas.

A EMIR é responsável pelo socorro médico diferenciado a nível da RAM, e sendo equipada com material de entubação, ventilação invasiva, monitorização e terapêutica,

dotada de uma equipa constituída por médico e enfermeiro, é equiparada a um meio de socorro de emergência de SAV.

No que à ambulância SIV diz respeito, esta é um meio de socorro de emergência de SIV que tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o transporte de vítimas. Numa primeira fase estas estavam sob domínio total do INEM, sendo este o único responsável pela operacionalidade do meio, vindo posteriormente a ficar integradas ao Serviço de Urgência Básico (SUB) associado.

Tendo em consideração a necessidade de formação específica, agregada à experiência no socorro pré-hospitalar; à necessidade da manutenção das competências técnicas de elevado grau, complexidade e especificidade; à margem de potenciais de ganhos de eficiência de gestão, tanto nos serviços de urgência como no pré-hospitalar, em 2011, o Ministério da Saúde, através do Despacho n.º 14898/2011, define as bases de integração da rede aos serviços de urgência. Assim deu-se a integração das equipas de profissionais de saúde dos meios do INEM, nos SU das unidades de saúde em que estão instaladas, competindo àqueles SU garantir a sua operacionalidade permanente, coordenar as equipas de profissionais e garantir os postos de trabalho das tripulações em integração com a restante equipa do SU (INEM, 2016).

Especificando a ambulância SIV Tondela, onde desenvolvi a minha prática, esta iniciou as suas funções a 30 de maio do ano de 2008, vindo a ser integrada no SUB do Hospital Cândido Figueiredo, pertencente ao Centro Hospitalar Tondela-Viseu, a 2 de maio de 2012 (INEM, 2016).

Relativamente ao INEM e ambulância SIV, as chamadas de emergência médicas são triadas nas centrais do CODU, por operacionais formados para tal, que através do sistema de triagem estabelecem as prioridades, ativando os meios adequados para cada situação. Neste caso, a equipa da ambulância SIV apenas recebe um alerta por mensagem de telemóvel, sendo que o comunicado do evento surge em suporte informático, no *Mobile Clinic*, plataforma de registos eletrónicos, dando os dados precisos da ocorrência: o local exato, a sua descrição, o tipo de vítima e as queixas apresentadas.

Da experiência prática que adquiri, pelo diálogo com os elementos da equipa, pela observação dos procedimentos efetuados e pela consulta de manuais internos, pude aperceber-me da dinâmica existente entre os dois elementos da equipa assim como da articulação destes com o CODU e restantes meios do SIEM.

Uma particularidade que me chamou a atenção, é que, tal como se realiza na EMIR, os registos das ocorrências são fundamentais para os cuidados, mas enquanto os

registros na EMIR são redigidos pelo médico, em suporte de papel, a organização dos registros na equipa SIV são completamente diferentes, sendo realizados pelo enfermeiro, em suporte informático no processo do doente, dando acesso aos profissionais do meio intra-hospitalar.

Estes realizam-se na mesma plataforma em que é recebido o evento, sendo realizados todos os registros das avaliações e procedimentos efetuados, assim como a terapêutica administrada e os protocolos utilizados, informação essa que posteriormente é enviada para o CODU, de forma a este dar resposta para qual unidade de saúde o doente deverá ser transferido. É ainda possível a passagem de toda esta informação colhida durante o contexto pré-hospitalar, para o processo clínico do doente a nível hospitalar, estando assim salvaguardada a continuidade dos cuidados.

Ainda dentro do objetivo de compreender a dinâmica e organização dos dois meios de emergência estudados, outra das estratégias que delineei dizia respeito a conhecer e operar os equipamentos das viaturas, malas de apoio e célula sanitária. Após as primeiras ocorrências, notei que era de grande importância conhecer a operacionalidade do material e equipamentos, pois apercebi-me que, por mais que quisesse ajudar e participar na prestação de cuidados, na hora de ir buscar o material acabava por perder tempo à procurar deste, pelo que daqui sobressaiu a estratégia de primariamente estudar bem a sua disposição e funcionamento, para que então, aquando da avaliação da vítima, já saber de antemão como me podia movimentar e com o que podia contar.

Outra das estratégias inicialmente traçadas e que contribui para o aumento do meu conhecimento a nível da organização e funcionamento do equipamento foi a realização da *chek-list*, reposição de material após cada ocorrência e a verificação do equipamento elétrico, pois ao manuseá-los diariamente permitiu-me conhecê-los melhor.

Esta mesma estratégia também revelou a sua importância no sentido de garantir a operacionalidade do meio. A nível hospitalar nunca refleti sobre o número do material necessário para a prestação de cuidados, pois sabe-se que este está sempre disponível. Mas, num contexto onde o material está limitado ao espaço de transporte, leva a refletir sobre a importância de garantir a sua existência lógica e organizada, pois na “rua” não vai haver uma arrecadação onde se possa ir buscar o material em falta e, no caso de haver excesso, só irá provocar desorganização, havendo ainda o facto de se ter de transportar desde o meio até à vítima. Ideia esta que vai ao encontro de que é definido por CHMT, citado por Ferreira (2014) ao defender que uma das atividades do enfermeiro passa por garantir a operacionalidade do meio, revendo e repondo o material da carga durante o turno e, sempre

que este tenha uma ativação salienta-se a importância de manter os níveis de material pré-estabelecidos.

Embora este objetivo específico não esteja direcionado para nenhuma competência específica, a sua criação surge com o intuito de permitir conhecer os meios onde se desenvolveu o estágio, possibilitando assim ficar a saber a sua organização e dinâmica, conhecimento este que se veio a revelar uma mais valia para a aquisição das competências científicas e técnicas na abordagem ao doente crítico, na medida em que a organização do socorro pré-hospitalar é base para todos os cuidados prestado.

*Desenvolver habilidades práticas na abordagem à pessoa em  
situação crítica em ambiente pré-hospitalar*

Segundo as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, os cuidados de enfermagem especializados exigem uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011).

Várias foram as estratégias utilizadas para que no final do estágio pudesse concluir que desenvolvi as competências e habilidades esperadas.

No que diz respeito à minha atuação prática durante o ensino clínico, nas primeiras ocorrências, optei por observar e colaborar nos cuidados mais diferenciados executando-os posteriormente com supervisão dos enfermeiros tutores. Com esta estratégia e a consulta de vários manuais e protocolos, permitiu-me desenvolver autonomia na prestação de cuidados de emergência pré-hospitalar, em situações e ambientes totalmente imprevisíveis, conseguindo fundamentar e uniformizar os cuidados, realizando uma avaliação sistematizada, tal como é preconizado.

Compreender a informação transmitida pelo CIC-CROS ou CODU, veio revelar-se fundamental, pois durante a deslocação para o local da ocorrência, havia a oportunidade de discutir a situação com os membros da equipa, antevendo o possível cenário e os cuidados a prestar.

Segundo Pereira (2013) a informação não é mais do que um produto resultante da combinação de dados, avaliação e juízo feito sobre uma determinada situação, sendo por isso um recurso muito importante na tomada de decisão, no planeamento, na execução e na avaliação das ações realizadas, nos sistemas de saúde. Partindo desta premissa evidencia-se



a importância da informação transmitida pelas centrais de atendimentos, repercutindo-se no planeamento dos cuidados.

Atendendo que ao falar da EMIR e da SIV está-se a contemplar dois meios distintos, dotados de duas equipas diferentes, tornando-se inevitável não comparar a dinâmica de trabalho das duas equipas.

Durante as ocorrências na EMIR, onde a equipa multidisciplinar é composta por médico e enfermeiro, pude-me aperceber que o médico, como elemento mais diferenciado, é o responsável principal pela abordagem da vítima, sendo que o enfermeiro acaba por o fazer de uma forma mais generalizada, ficando mais focado na prestação/reavaliação dos cuidados. Já no que diz respeito à equipa de SIV, constituída por um Enfermeiro e um TEPH, o enfermeiro enquanto elemento mais diferenciado, é o responsável pela avaliação sistematizada da vítima, prestação e reavaliação dos cuidados, estando este orientado pelos protocolos instituídos e sob orientações médicas do CODU. Assim sendo durante o ensino clínico pude experimentar as duas situações, e realizar os diferentes tipos de abordagem, o que se tornou benéfico porque assim fiquei a conhecer dois tipos de realidade diferentes.

Segundo o que está definido pela OE, pelo Regulamento n.º 190/2015 (2015), o enfermeiro torna-se imprescindível para garantir a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita, assegurando por todos os meios disponíveis uma correta abordagem e estabilização da vítima no local do incidente, assim como o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte. Pode-se assim concluir, que independentemente da posição que o enfermeiro ocupe na equipa de trabalho, é fundamental para os cuidados às vítimas.

No que diz respeito ao trabalho de equipa propriamente dito, este foi um dos pontos que mais me levaram a refletir. Tendo em conta que nesta metodologia do cuidar, a equipa é constituída apenas por dois elementos, onde em colaboração mútua, são responsáveis pela avaliação e estabilização da vítima no local da ocorrência, assim como o seu transporte, tendo ainda que subjugar com os diferentes cenários encontrados e condições de segurança, tornou-se interessante perceber a gestão dos cuidados.

Uma das situações em que eu mais valorizei o trabalho em equipa diz respeito a uma situação de acidente de viação com um motociclo, em que os primeiros meios de socorro a chegar ao local foi a SIV, encontrando um doente crítico num fosso junto à estrada, sendo necessária por isso uma rápida estabilização e retirada do local.

Perante este cenário, prestei cuidados, integrando a equipa, no entanto, numa rápida reflexão, pude-me aperceber de algumas das limitações de trabalhar em equipas tão reduzidas, podendo expor os profissionais a vários riscos.

Esta situação é evidenciada pelos cuidados prestados segundo a abordagem da vítima de trauma, onde as intervenções iniciais passam por garantir a permeabilidade da via aérea e estabilidade de coluna cervical, assim como o alinhamento dos membros e rolamento para o plano duro. Estes cuidados nesta situação em concreto, foram prestados pela equipa da SIV, pois os outros meios de socorro só chegaram alguns minutos depois, tempo este que se nada tivesse sido feito à vítima, poderia ter comprometido a sua sobrevivência.

A reflexão sobre esta situação permitiu-me aperceber-me da real importância do trabalho em equipa, pois sei que ele é fundamental para a prestação de cuidados de forma assertiva e concisa. Esta serviu ainda para mudar a minha visão do que é trabalhar em equipa, valorizando mais o trabalho dos restantes elementos, dando a noção que muitos dos conflitos que surgem em ambiente de sala de emergência tornam-se desnecessários, sendo estes resultados de más práticas adquiridas por equipas multidisciplinares numerosas, onde acaba por não haver uma sistematização dos cuidados, caindo-se no erro de estar a repetir cuidados e, por vezes, descurando-se outros.

A avaliação da pessoa em situação crítica é fundamental para a sua sobrevivência. A avaliação primária do ABCDE, é imprescindível para detetar os principais problemas que colocam em causa as suas funções vitais, pelo que a sua deteção e correção são a base de toda a abordagem.

Segundo CHMT, citado por Ferreira (2014), durante a ocorrência, o enfermeiro deve prestar cuidados de emergência pré-hospitalares adequados à situação, executando os procedimentos/protocolos e mediante as informações recolhidas.

O facto de ter colaborado na avaliação da vítima na EMIR, a oportunidade de conhecer o protocolo SIV da abordagem à vítima e a sua aplicação prática, ajudou-me a sistematizar e organizar a forma de pensar e abordar uma vítima crítica. A reflexão do que foi realizando, com a fundamentação nas demais referências bibliográficas, fez-me tomar consciência da minha conduta, complementando assim o meu conhecimento, repercutindo-se no meu desempenho e aquisição de competências.

Outra das mais-valias que encontrei, facilitadores nesta avaliação, diz respeito à experiência prática que desenvolvi ao trabalhar num SU, onde diariamente se lida com os doentes críticos. Neste sentido permitiu-me gerir melhor as informações recolhidas em prol

dos cuidados prestados, assim como na gestão da medicação de urgência, com especial atenção nas medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor, repercutindo-se assim no desempenho dos meus cuidados a nível do pré-hospitalar.

Na situação prática anteriormente mencionado, efetuei a avaliação da vítima segundo o protocolo SIV da abordagem ao politraumatizado, sendo que a minha experiência veio a ajudar na sistematização a observação preconizada, contribuindo para detetar e antever possíveis lesões.

Outros dos aspetos a ter em conta, diz respeito à família das vítimas. Segundo a OE (2007) o enfermeiro de pré-hospitalar deve garantir uma adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento.

Na maioria das ocorrências em que participei, principalmente nas ocorrências de trauma, estas ocorriam sempre ao local, preocupadas com a situação dos seus entes queridos. Mantendo uma postura assertiva e adequada, prestei o apoio que estes precisavam, esclarecendo as suas dúvidas, contextualizando-os nos cuidados prestados e encaminhando-os para as instituições de saúde para onde o doente era transportado.

Uma situação em que implementei estas intervenções foi num acidente de viação com três vítimas, duas das quais menores, em que a SIV foi acionada para prestar socorro. Esta situação ocorreu ao final de um dia chuvoso e que, devido ao número de vítimas, se encontravam vários meios de socorro no local (três ambulâncias dos bombeiros, a ambulância SIV e o carro da Guarda Nacional Republicana). A família (os pais dos menores) ao chegarem ao local, devido à escuridão que já se fazia sentir e ao ver o grande número de meios de socorro, abordaram-me extremamente ansiosos e preocupados por não terem qualquer tipo de informação das vítimas.

Ao deparar-me com este facto, a primeira atitude que tomei foi de mostrar disponibilidade e acalmar os familiares, informando-os acerca da situação e do estado das vítimas. Seguidamente acompanhei-os até junto destas de forma a que estes pudessem observar por eles próprios o estado das vítimas, dando-lhe o tempo necessário para assimilarem a informação, explicando a necessidade dos cuidados prestados e retirando-lhe as dúvidas que me apresentavam.

Ainda dentro do tema da família, saliento ainda a importância desta como fundamental para a colheita de dados das circunstâncias do acontecimento e restantes informações adicionais, pelo que, deve ser ouvida, respeitada e integrada no processo de tomada de decisão.

Uma das situações em que se evidenciou esta estratégia foi numa ocorrência em que o meio de socorro foi acionado para uma dispneia acentuada. Aquando da chegada ao local encontramos uma doente que se encontrava dispneica, não conseguindo comunicar com a equipa. Como esta estava acompanhada pelos filhos, estes foram ponto chave para perceber as circunstâncias em que decorreu este incidente. Apesar da doente ter como antecedentes pessoais obesidade mórbida, insuficiência cardíaca e bronquite, segundo a descrição destes o quadro de dispneia iniciou-se após uma discussão que estes tiveram com a mãe.

Durante a abordagem da vítima, observei que este quadro de dispneia não comprometia qualquer função vital e, quando prestei apoio à doente no sentido de a acalmar, apercebi-me que a etiologia desta dispneia se devia à ansiedade, pelo que recorri à comunicação com a utente de forma a controlar o padrão respiratório. Após a minha intervenção e resolvido o problema pelo qual o socorro foi ativado, quando a senhora foi confrontada com a possibilidade de ter que ir ao hospital para despistar quaisquer componentes fisiológicas desencandadoras deste quadro, esta recusou sair do seu domicílio, sendo assim novamente integrada a família no processo de tomada de decisão, que tal como a doente solicitava, recusaram o transporte desta, assinando o termo de responsabilidade de recusa do transporte.

Ao refletir sobre estas duas situações, entre outras, pode evidenciar a importância das demais estratégias utilizadas, concluindo que estas se revelaram uma mais-valia para a aquisição de competências a nível da comunicação interpessoal como fundamentação da relação terapêutica com a pessoa/família.

Dentro do âmbito da abordagem às vítimas, são várias as referências bibliográficas que referem que, depois de avaliada a vítima e garantida a sua estabilidade no local, a transferência para a unidade de saúde mais adequada ao seu estado é o próximo passo a seguir.

No que ao estágio da EMIR diz respeito, a decisão de acompanhar, ou não, o transporte a vítima é da responsabilidade médica, sendo que as vítimas transportadas acabaram por ser transferidas para o SU Geral do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Apesar de ser o médico a tomar essa decisão, da experiência que pude vivenciar e das reflexões realizadas com o enfermeiro tutor e alguns médicos da equipa, consegui compreender os critérios que eles gerem na tomada dessas decisões, tais como as alterações do estado de consciências, problemas na permeabilidade da via aérea, alterações a nível dos parâmetros

vitais, e sempre que o estado da vítima, após avaliação, se confirmava ser crítico sendo necessárias reavaliações contínuas na antevisão de focos de instabilidade.

Nas ocorrências para qual foi ativada a SIV, a decisão do transporte e unidade de saúde para a qual a vítima deveria ser transferida é da competência do CODU, mediante as informações enviadas previamente.

Independente no meio de emergência, as condições de segurança da vítima e de toda a equipa sempre foram critérios a ter em conta, pelo que sempre agi de forma a garantir tais cuidados, assegurando-me que estes decorriam sem incidentes.

Uma das situações que mais me levou à reflexão sobre esta temática foi numa das ativações da SIV para uma PCR, que após instituído todo o protocolo de atuação, o CODU deu indicação para transportar a vítima em manobras de reanimação até à SUB de Tondela.

Pelo facto da maca dos bombeiros locais já se encontrar no local onde se encontrava a vítima, optou-se por realizar o transporte na ambulância de Suporte Básico de Vida, uma vez que também esta mantinha as condições para um transporte seguro, tendo apenas que complementar o meio com as malas de apoio da ambulância SIV, sendo que tanto eu como o enfermeiro da SIV acompanhamos a vítima durante o transporte.

Embora este tenha decorrido sem incidentes e, refletindo sobre todo o percurso que se fez até à SUB de Tondela, pude verificar o quanto é difícil assegurar as condições de segurança numa situação tão específica como esta, em que por um lado existe os algoritmos de SAV que preconizam que as interrupções das manobras de SVB devem ser minimizadas ao máximo, mesmo durante o transporte e, por outro lado diretrizes que definem que para se proceder ao transporte seguro o doente deverá ir devidamente imobilizado na maca, sendo que todos os tripulantes devem ir sentados e de cinto de segurança posto. Perante estas premissas é evidente que uma contraria a outra, pois a segurança de quem está na célula da ambulância a realizar as manobras de SBV é posta em causa em prol da sobrevivência da vítima, ou vice-versa, gerando um dilema na tomada de decisão.

Ainda implícito a todo este cuidado desenvolvido no contexto pré-hospitalar, insere-se a continuidade dos cuidados. Da experiência vivenciada, denotei a importância na transição de toda a informação colhida até então e respetivas intervenções realizadas. Esta situação é contemplada pela OE (2007) quando afirma que o enfermeiro é responsável por assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção da vítima na unidade hospitalar de referência.

Durante o estágio cumpri este pressuposto, ao elaborar os registos, na SIV e ao colaborar com os médicos da EMIR, tendo uma participação mais ativa na passagem da informação aos colegas que receberam as vítimas.

Os vários *de briefing* realizados após cada ocorrência foram uma mais-valia, levando-me a refletir sobre os cuidados e a forma como estes foram prestados, permitindo-me perceber o que foi feito e em que poderia ter melhorado.

Perante todas as estratégias referidas e desenvolvidas com este objetivo, posso concluir que este se veio a revelar um benefício para a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, desde a sua avaliação, intervenções de enfermagem com a antecipação de focos de instabilidade, assim como nas reavaliações contínuas até à entrega do doente nas unidades de tratamento definitivas, sem descuidar a relação terapêutica que se deve estabelecer com o doente/família dando ênfase à comunicação e à assistência das perturbações emocionais inerentes à condição de doente crítico.

#### *Fundamentar a prática clínica com base os padrões do conhecimento científico*

A fundamentação dos cuidados é algo que está implícito à sua prestação.

Atendendo ao contexto em que o presente relatório é desenvolvido, uma das competências comuns de enfermeiro especialista é basear “a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2011, p.8653), devendo o enfermeiro especialista determinar os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, assim como ter um papel ativo no campo da investigação (OE, 2011).

Para poder alcançar este objetivo, as pesquisas bibliográficas e a consulta de protocolos existentes estiveram sempre presentes em todo o percurso desenvolvido, quer no sentido de retirar dúvidas que surgiram no decorrer dos cuidados, quer na fundamentação teórica e científica dos mesmos.

No que à reflexão diz respeito, esta esteve presente em grande parte do estágio, de forma consciente e inconsciente. As diversas situações encontradas em cada ocorrência, nos seus contextos e pelas diferentes abordagens efetuadas, fizeram com que diariamente se refletisse sobre toda esta envolvimento e, embora não tenha sido tudo transcrito, estas foram um forte impulso na busca de novos conhecimentos e novas prestações de ver a realidade. Embora não estando contemplado neste objetivo em si, os *de-briefings* efetuados com os enfermeiros da equipa foram geradores de reflexão sobre a ação, culminado, por

vezes, na consulta de pesquisas científicas na busca de fundamentação para o que foi discutido.

Sendo o estudo de caso um trabalho de investigação, embora com uma baixa evidência científica, este surge no desenvolvimento do estágio com o sentido de consolidar e atualizar as novas diretrizes do algoritmo de SAV, assim como a sua aplicação prática. Sendo a situação de PCR uma temática de interesse pessoal e, no sentido que estas vítimas são consideradas doentes críticos, o estudo de caso revelou-se uma mais-valia, permitindo aprofundar, consolidar e fundamentar uma área tão específica dos cuidados.

A PCR é a situação de maior urgência entre todas as emergências atendidas nos serviços pré-hospitalares e hospitalares.

Esta ocorre repentinamente e muitas vezes sem aviso, sendo desencadeada por uma alteração elétrica no ritmo cardíaco (disritmia), cujo efeito se vai repercutir com a interrupção da ação de bombeamento cardíaco, comprometendo assim a circulação cerebral, pulmonar e restantes órgãos. Esta falta de irrigação leva à perda de consciência e ausência de pulso. A morte ocorre em poucos minutos se a vítima não receber o tratamento indicado (Sayre et al, 2010).

Perante a instalação de uma PCR, as hipóteses de sobrevivência para a vítima variam em função do tempo de intervenção e, numa altura em que a medicina tem recursos que permitem recuperar a vida ativa, é fundamental que sejam assegurados os procedimentos adequados em tempo oportuno (Madeira et al, 2011).

Perante esta contextualização e as diversas ocorrências para PCR, o estudo de caso foi criado com o objetivo de desenvolver competências a nível do SAV, permitindo a atualização dos novos algoritmos e aplicação prática dos elos da cadeia de sobrevivência, com a sua deteção, o Suporte Básico de Vida, a Desfibrilhação Automática Externa (DAE) e por fim o SAV.

Segundo a OE (2006), a investigação em enfermagem e o conhecimento adquirido desta são usados para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Por todo o trabalho desenvolvido neste âmbito, considera-se que o objetivo proposto foi atingido, vindo a repercutir-se na minha atuação enquanto enfermeira, uma vez que mudou a forma de interpretar os cuidados prestados, permitindo fundamentá-los, evidenciado assim a importância que a investigação em enfermagem tem para o conhecimento de qualquer profissional.

Assim sendo concluo que com o desenvolvimento das estratégias delineadas, permitiu-me atingir o objetivo estabelecido, subentendendo-se a aquisição de competências na área da identificação das lacunas do conhecimento, permitindo desenvolver estudos de investigação, interpretando e organizando os resultados provenientes da evidencia científica, contribuindo para fundamentação do conhecimento, sendo que o estudo de caso elaborado permitiu a consolidação dos conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.

*Identificar o papel do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na abordagem à pessoa em situação crítica em ambiente pré-hospitalar em contexto de atuação em meio EMIR e em contexto de atuação em meio SIV*

Ter a possibilidade de trabalhar junto dos colegas especialistas, com a demais experiência profissional e formação aprofundada na área da emergência pré-hospitalar, foi fundamental para desenvolver as competências pretendidas, evidenciando a importância destas neste contexto particular.

Ao prestar cuidados nesta área tão específica, apercebi-me da importância de haver profissionais especializados a realizar tais funções. Atendendo que em ambas as equipas só há apenas dois elementos, o enfermeiro tem que ter as suas competências técnicas e profissionais bastante presentes para conseguir gerir os cuidados em prol das situações que pode encontrar.

No contexto hospitalar sempre que surge uma dúvida ou na incapacidade de realizar algo, há sempre um colega que ajude, situação esta que não se vivência no pré-hospitalar, pois o enfermeiro que aqui trabalha apenas tem um colega que, embora colabore, tem as suas competências a desempenhar, pelo que o enfermeiro fica só no que às suas competências de enfermagem diz respeito, juntando-lhe ainda o facto de estar num ambiente totalmente desprotegido perante vítimas que requerem de cuidados imediatos.

Por exemplo, uma situação de PCR só se tem disponível dois elementos para iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar, associando o facto de que, segundo o algoritmo de Suporte Avançado de Vida, é necessário monitorizar o ritmo cardíaco, assegurar uma via aérea permeável, obter um acesso venoso, preparar e administrar a medicação protocolizada, controlar o tempo para a execução de cada avaliação, sendo que, a juntar a isto tudo, está definido que se deve fazer troca de reanimadores a cada dois minutos e, considerando que há determinados cuidados que só são competência do enfermeiro, torna-se difícil gerir toda esta situação. Além de que, associados a este



contexto, o facto de se falar em pré-hospitalar, estão implícitos, ambientes, por vezes tão adversos e restritos, que podem por em causa os cuidados, onde o material necessário nem sempre consegue estar tão acessível quanto o desejado.

Perante esta situação salienta-se a importância destes meios terem profissionais altamente especializados, capazes de contornar as situações adversas, em prol da sobrevivência da pessoa em situação crítica, tendo ainda que estar preparados para conseguir gerir todas as variáveis envolventes, mantendo sempre a sua atenção no cuidado complexo à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família mobilizando os seus conhecimentos e habilidade para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2011).

Toda esta conjuntura levou ainda à reflexão face outros pontos, evidenciado o papel do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados, como a nível da tomada de decisão, pois, sendo este um dos elementos mais diferenciados nos locais de ocorrência, este tem que mostrar destreza na delegação de funções aos restantes membros da equipe de socorro, segundo as prioridades que este estabelece.

Uma das situações que demonstra efetivamente esta questão diz respeito a uma ocorrência da SIV com três vítimas politraumatizadas. Quando a chegada do meio SIV as vítimas em questão já se encontravam dentro das ambulâncias dos bombeiros, pelo que a primeira intervenção enquanto elemento mais diferenciado passou por avaliar de forma abrangente as circunstâncias do sinistro, seguindo-se da avaliação das vítimas, estabelecendo as prioridades dos cuidados e delegando funções aos demais elementos da equipa de socorro, para então transmitir a informação para o CODU e junto deste estipular o melhor encaminhamento destas.

Nesta situação, tal como em outras semelhantes, sempre fiz por contribuir nesta gestão, colaborando ativamente com a enfermeira tutora, tendo a consciencialização de que este processo é de enorme complexidade, necessitando assim de um profissional altamente especializado para poder oferecer a melhor resposta, permitindo assim desenvolver competências nesta área específica do processo de cuidados a nível da tomada de decisão, na orientação e delegação de tarefas, supervisão e avaliação dos cuidados delegados, tal como na otimização do trabalho em equipa.

Outro dos aspetos inerentes à Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente do doente crítico, diz respeito à dinamização das respostas em situações de Catástrofe ou emergências multivítimas.

Apesar de não ter tido oportunidade de prestar cuidados nesta área tão específica das situações de exceção, recorrendo-me de pesquisas bibliográficas e do diálogo com os elementos multiprofissionais da equipa de socorro, procurei conhecer o papel do enfermeiro nas operações de emergência médica em cenários de exceção, uma vez que são estes elementos os primeiros a avançar para o local da ocorrência.

Ao refletir, de forma generalizada, sobre todo o trabalho desempenhado por o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica neste ambiente particular, consegue-se subentender a importância das competências delineadas pela OE em 2011, pois, acrescentando a toda esta complexidade do cuidar de uma pessoa em situação crítica, há ainda o facto de terem de trabalhar fora da segurança de um hospital, tendo, entre muitas outras coisas, manter o controlo da infeção nos cuidados, atendendo que o meio onde trabalham não é motivo para que descurem tal facto, torna-se este ponto um desafio no seu dia-a-dia.

No que a este aspeto diz respeito, durante a minha prestação de cuidados, sempre tive como suporte dos cuidados a prevenção de controle da infeção, garantindo a assepsia nas técnicas invasivas e cuidados na manipulação de sistemas, assim como a limpeza e desinfeção do material utilizado após cada ocorrência. Refletindo sobre tudo isto pode-se evidenciar a dificuldade de garantir este princípio no contexto do pré-hospitalar, pois os ambientes são mais propícios de conspurcar e os produtos de limpeza e desinfeção são limitados, contrariamente ao que se verifica em ambiente hospitalar onde há sempre algo à disposição.

Assim sendo, com este objetivo delineado, mais do que identificar o papel do enfermeiro especialista, com a realização do estágio e a prestação de cuidados à vítima crítica em contexto de pré-hospitalar, procurei compreender toda a implicância destes cuidados, no sentido de desenvolver as competências a nível da gestão dos cuidados e tomas de posição, assim como na sistematização das ações a desenvolver em situações de exceção e a nível da prevenção de infeção com o conhecimento dos procedimentos e circuitos, cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, ao monitorizar e avaliar as medidas adotadas neste seguimento.

## **CONCLUSÃO**

Trabalhar num SU torna-se um desafio diário. O stresse que se sente perante um doente crítico leva a que se criem estratégias para adotar a melhor conduta e atuar de forma mais eficaz possível, mas, ao refletir sobre as situações, muitas vezes pergunto-me se tudo o que foi feito foi o suficiente, ou se haveria algo mais que pudesse ser implementado no sentido da melhoria contínua dos cuidados. Foi com base neste pressuposto que decidi frequentar este Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A chegar a esta etapa do meu percurso formativo decorrente do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que culminou com a elaboração do presente relatório, acredito que atingi os objetivos a que me propus inicialmente, descrevendo o percurso realizado na assistência à pessoa em situação crítica.

Evidenciei o trabalho desenvolvido durante as práticas clínicas e experiência profissional; aludi às competências especializadas adquiridas e desenvolvidas na assistência de enfermagem ao doente em estado crítico e refleti sobre as situações de aprendizagem vivenciadas, tendo por base os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas.

O Estágio I - SU foi creditado pelo Concelho Técnico-científico da escola, atendendo aos seis anos de experiência de desempenhar funções num SU na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência e emergência.

A prática clínica em contexto de CI possibilitou-me adquirir/consolidar conhecimentos e competências no cuidar do doente submetido a ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica invasiva, gestão e administração de protocolos terapêuticos, identificação dos principais diagnósticos e intervenções específicas de enfermagem e na prevenção e controlo da infeção, sendo esta imprescindível para a boa prática dos cuidados.

Por sua vez, o estágio efetuado no pré-hospitalar, estágio III, proporcionou-me diversas situações de aprendizagem para o desenvolvimento de habilidades práticas para cuidar da pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica, prestando cuidados no local em que a situação se instala, sendo que o ambiente por ser menos controlado pode condicionar os cuidados a prestar.

Apesar das diferenças dos locais de estágio, concluo que todos estes ambientes foram promotores de aprendizagens atendendo a cada uma das suas particularidades. O

contacto com uma realidade diferente, assim como o trabalhar com novos colegas, permitiu a partilha de experiências e saberes, revelando-se uma importante fonte de conhecimento.

Da reflexão de vários aspetos vivenciados durante a realização dos estágios, pude-me aperceber do quanto o conhecimento teórico adquirido em contexto académico se torna insuficiente e pouco aprofundado face à diversidade de problemas que podem surgir nestes contextos, concluindo assim que, além do conhecimento adquirido pela evidência científica, é fundamental a prática baseada na evidência para a consolidação do mesmo.

Durante este processo foram muitas as dificuldades encontradas, desde a gestão do tempo ao complementar os períodos de estágios com o tempo de serviço, assim como na gestão de tempo para realização dos trabalhos académicos pretendidos, tal como para o presente relatório. Entre outras dificuldades sentidas, o facto de as fontes bibliográficas mais recentes se encontrarem em língua estrangeira, veio-se a revelar ser um desafio, na medida em que necessitei de estabelecer inúmeras estratégias que me auxiliaram a ultrapassar esta situação.

Em jeito de conclusão realço que ao longo da minha experiência de trabalhar no SU e as práticas clínicas realizadas em contexto de CI ao nível do pré-hospitalar, adquiri e desenvolvi um conjunto de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica: “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação” e “Maximizar 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” (OE, 2011, p.8656).

Tratando-se este um relatório de estágio conducente à atribuição do grau de Mestre, concluo ainda que, todo o trabalho desenvolvido foi ao encontro das competências de grau de mestre, publicadas pelo Ministério da Educação e Ciência (2013) no Decreto-Lei nº115/2013,, pelo que adquiri/desenvolvi/consolidei conhecimentos e capacidade de compreensão, apliquei esses mesmos conhecimentos em novas situações, integrando-os no sentido de lidar com situações complexas; ser capazes de comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, mas principalmente por desenvolver competências a nível da aprendizagem, pois ao consciencializar-me de todo o trabalho que desenvolvi até então, sei que ainda há muito trabalho a desenvolver e, se houve algo que a frequência deste Mestrado me mostrou é que para ser um bom profissional torna-se impreterível a procura constante de novos conhecimentos.

## BIBLIOGRAFIA

- Azeredo, T. R. M. & Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 45-54.
- Barreto, J. F. & Dores, A. R. (2011). *Lidar com o sofrimento em fisioterapia: A experiência formativa na ESTSP-IPP*. Poster apresentado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Porto. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/1702>
- Bechtel, C. & Ness, D. (2010). If you build it, will they come? Designing truly patientcentered health care. *Health Affairs*, 29, 914-920. Disponível em <http://content.healthaffairs.org/content/29/5/914.abstract>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2º ed). Lisboa: Quarteto
- Blair N. S. (2010) Cuidados Críticos. In F. D. Monahn, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek & C. J. Green (Eds.). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: prespectivas da saúde e doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal & H. S. Azevedo, Trad) (8ªed.) (pp. 195 a 207). Loures: Lusodidacta (tradução do original inglês Phipps medical surgical nursing, 8thed, 2007, New York: Mosby)
- Briggs, E. (2010). Assessment and expression of pain. *Art e Science Pain series: 2. Nursing Standart*, 25, 35-38.
- Butalid, L., Verhaak, P., Boeije, H., & Bensing, J. (2012). *BioMed Central Family Practice*, 13, 1-12. doi: 10.1186/1471-2296-12-80.
- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no transporte primário do doente crítico. *Nursing*. Consultado a 15 de novembro de 2016. Disponível em <http://www.nursing.pt/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico/>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses – inquérito 2012*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em [http://C:/Users/Lg%20R510/Downloads/i019020%20\(1\).pdf](http://C:/Users/Lg%20R510/Downloads/i019020%20(1).pdf)

Ferreira, A. C. I. (2014). *Vivências em situação de emergência à vítima crítica: um estudo com enfermeiros da ambulância de suporte imediato de vida*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Leiria

Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão. (2016). *Relatório de Integração: 2015 VMER & SIV*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Garcia, C. R. F. (2015). *Cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona centro: percepção dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.

Garcia, T. & Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*. 13(1), 188-193.

Grupo Português de Triage. (2002). *Triage no serviço de urgência: grupo de triagem de Manchester: Manual do formando*. Lisboa: Autor.

Grupo Trauma e Emergência. (2011). *Abordagem Avançada do Politraumatizado: Manual CATH*. Lisboa: Autor.

Happ, M. B., Garrett, K., DiVirgilio, D. T., Tate, J., George, E., Houze, (...) Sereika, S . (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 20(2), 28-40.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2009). Disponível em <http://www.inem.pt/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Protocolo Ambulância SIV*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2016) *Estatística*. Consultado em 10 de novembro de 2016. Disponível em [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=27834](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27834)

Le Boterf, G. (2005). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Macphail, E. (2011). Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheely, S. – *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.
- Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F. V., Pinto, N. & Henriques, G. (2011) *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ªed). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Maestri, E., Nascimento, E. R. P., Bertencello, K. S. G. & Martins, J. J. (2011). Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46(1), 75-81.
- Mateus, A. P. C. (2013). Gestão de conflitos nas equipas de saúde. In P. Parreira, P., R. Melo, A. Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Eds) *Processos de mudança em organizações de saúde* (pp. 95-106). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011) Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*. 16 (2).
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E. G., Frota, N. M. & Studart, R. M. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 55-63.
- Mendonça, E. (2013) *EMIR: Dedicção sem limites ao serviço da população*. Entrevista apresentada pela Farmácia do Caniço. Consultado a 24 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.farmaciadocanico.pt/gca/index.php?id=610>.
- Moreira, J.M.P. (2010). *Representação social do enfermeiro de urgência básica*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Moreno, V. Guevara & B. Clara, D. (2014). Cuidados de Enfermería al Paciente Politraumatizado. Un Enfoque desde el modelo de Virginia Henderson. *Revista Electrónica de PortalesMedicos*, 9(2).

- Moyen, E., Camiré, E., & Henry, T. (2012). Clinical review: Medication errors in critical care. *Critical Care*, 208 (doi:10.1186/cc6813).
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M. & Antunes J. L. (2012) Traumatismo crânioencefálico: abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3).
- Oliveira, S., Burgos, G., Santos, E., Prado, L., Petribú, M., & Bomfim, M. (2010). Complicações gastrointestinais e adequação calórico-proteica de pacientes em uso de nutrição enteral em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 22(3), 52-59.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Enfermagem no pré-hospitalar: orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar. Consultado a 20 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Modelo Integrado de Emergência Pré-hospitalar. Consultado a 18 de Novembro de 2016, Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.pdf)
- Ordem dos Médicos & Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Pastilha, C. (2013). A enfermagem nos trilhos da liderança: a arte da possibilidade. In P. Parreira, P., R. Melo, A. Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Eds) *Processos de mudança em organizações de saúde* (pp. 35-56). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Patrício, M. J. S. (2012). *Competências comunicacionais em estudantes do curso de licenciatura em enfermagem após a primeira experiência de ensino clínico*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Patrick, V. C. (2011). Enfermagem de urgência: uma visão histórica. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds.). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C.



- Leal, Trad.) (6ª ed) (pp. 3-8). Loures: Lusociência. (tradução do original em inglês Sheehy's emergency nursing, 6th ed., New York: Mosby).
- Pereira, J. A. (2013). A Importância da Informação na Tomada de Decisão em Saúde. Portal da Educação. Consultado a 27 de outubro de 2016. Disponível em <https://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/40677/a-importancia-da-informacao-na-tomada-de-decisao-em-saude>
- Pereira, M. A. (2011). *Comunicação de más notícias e a gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente [Volume Temático]. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 10, 27-39.
- Pinto, T., & Pires, M. (2009). TISS-28 e a sua capacidade prognóstica. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*, 16(2).
- Pokorski, S. (2009). Processo de Enfermagem: da Literatura à Prática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (10 nov. 2014). Regulamento n.º 506/2014: Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. *Diário da República n.º217, 2ª série*.
- PORTUGAL. Ministério da Educação e Ciência. (7 ago. 2013). Decreto-Lei n.º115/2013. *Diário da República n.º151, 1ª série*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (23 abr. 2014). Despacho n.º5561/2014. *Diário da República n.º79, 2ª série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (3 nov. 2011). Despacho n.º 14898/2011. *Diário da República n.º211, 2.ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º35, 2.ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – Tomada de Posição. (26 abr. 2006). Investigação em Enfermagem. Acessível na OE, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (18 fev. 2011) Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º35, 2.ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros (23 abr. 2015) Regulamento n.º 190/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República n.º79, 2.ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (15 set. 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 181, I série.*

Robles, C.J., Pachón, M.E., Vega, V.F.J. (2010). *Hemodinamica en UCI: manejo del PiCCO®* Acedido em: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina9.html>

Rosa, F. K., Roese, C. A., Savi, A., Dias, A. S., & Monteiro, M. B. (2007). Comportamento da mecânica pulmonar após a aplicação do protocolo de fisioterapia respiratória e aspiração traqueal em pacientes com ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(2), 170-175.

Sá, F. L. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46.

Saraiva, D. M. R. F. (2009). Estratégias de negociação de conflitos aplicadas à enfermagem. *Nursing*, 244, 26-30.

- Sayre, M., Berg, M., Berg, R., Bhanji, F., Billi, J., Callaway, C., ..., Hoek, T. L. V. (2010). *Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE*. Dallas: American Heart Association.
- Serviço Regional Proteção Civil. (s.d.). Disponível em <https://www.procivmadeira.pt/>
- Silva, A. & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Stocoo, J., Crozeta, K., Labronici, L., Maftum, M., & Meier, J. (2011). Cateter central de inserção periférica: percepções da equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 16(1), 33-41.
- Tannure, M. C., & Gonçalves, A. M. P. (2010). *SAE: Sistematização da assistência de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Teixeira, R.S. (2015). *Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Lisboa. Acedido em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10688/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20-%20Robert%20Teixeira%20-%20Vers%C3%A3o%20final%2021-12-2015.pdf>.
- Valente, M., Catarino, R., Machado, A., Catarino, C., Ribeiro, H., Martins, A. (...) Luz, M. (2012) *Abordagem à vítima: Manual de TAS/TAT*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Vaz, I. M., Maia, M., Castro e Melo, A. M., & Rocha, A. (2011). Desmame ventilatório difícil: o papel da medicina física e de reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (1), 299-308.
- World Health Organization (2014). *Guide for developing national patient safety policy and strategic plan*. Brazzaville : WHO, dezembro 2014. ISBN : 978 929 023 2070.




## **ANEXOS**



**ANEXO A - GESTÃO DE CUIDADOS: PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO  
TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇÃO**





	<b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇÃO</b>	laborado em 25/08/16	Folha 5/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		___.PQ.00.00	

**TÓPICO/ÁREA: GESTÃO DE CUIDADOS – PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇÃO**

**1- OBJETIVO(S)**

- ✓ Uniformizar os cuidados prestados
- ✓ Definir os procedimentos para a cateterização e manutenção da algália e técnica de colheita de urina
- ✓ Prevenir / minimizar a ocorrência de infeções do trato urinário associadas à algaliação

**2- FUNDAMENTAÇÃO:**

A infeção do trato urinário é compreendida como a ocorrência de sinais e sintomas clínicos infecciosos, locais ou distantes, ocorrendo tanto no trato urinário como na via sistémica, sendo a fonte de origem, ele próprio, o trato urinário (DGS 2015).

Estas, associadas aos cuidados de saúde, representam mais de 30% das infeções relatadas pelos hospitais de prestação de cuidados agudos (Saene *et al*, 2012), sendo que destes 30%, cerca de 90% são associadas á incorreta manipulação das algálias (Barsanti e Woeltje, 2009).

A cateterização do trato urinário é de uso comum em praticamente todas as unidades hospitalares, sendo que, muitos dos utentes são submetidos a algaliações de curta duração, sem que sejam formulados critérios devidamente definidos. A frequência com que os utentes são algaliados e o tempo de algaliação, são determinantes para que se verifique o maior ou menor risco de desenvolver esta patologia (Lopes e Tavares, 2003).

A presença de um instrumento externo pode levar á translocação bacteriana para o trato urinário. Os microrganismos podem ser introduzidos no trato urinário, aquando da inserção

Elaborado por: Nádía Correia (Aluno de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny)	Revisto por:
---	--------------


da algália, ou através da parede externa daquela, durante a sua permanência, podendo ainda ser adquiridos por contaminação cruzada e, migração pelo lúmen do sistema de algaliação (Saene *et al*, 2012).

Pelas suas especificidades, a prevenção da infeção urinária associada a algaliações de longa duração, ou a procedimentos urológicos correntes, impõem-se que se encontre devidamente descrita e documentada.

Este tipo de problemas não só acarreta grande importância pela muita repercussão, em termos de morbilidade e de mortalidade, do impacto pessoal para os doentes e familiares, como também repercutem um grande dispêndio para as instituições (Lopes e Tavares, 2003).


### **3-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- Inserção assética do cateter vesical:
  - ✓ Assegurar a existência de todo o material necessário;
  - ✓ Lavar com água e sabão a área genital antes da inserção do cateter vesical
  - ✓ Irrigar com solução estéril o meato urinário;
  - ✓ Proceder á higienização das mãos antes da algaliação;
  - ✓ Lubrificar o cateter vesical e a uretra com gel anestésico;
  - ✓ Inserir cateter vesical com técnica assética;
  - ✓ Dilatar o balão com a quantidade correta da água estéril (segundo indicação do laboratório em que é produzido).
  
- Manutenção do sistema do circuito de drenagem fechado:
  - ✓ Manter o sistema de drenagem em circuito fechado, quebrando-o apenas por motivos específicos, limitados e claramente definidos;
  - ✓ Substituir o saco de drenagem do circuito fechado apenas:
    - Na altura de substituição do cateter vesical;
    - Quando estiver danificado ou com fugas;

 <p><b>CENTRO HOSPITALAR</b> TONDELA   VISEU, EPE. <b>UCIP</b></p>	<p><b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇÃO</b></p>	laborado em 25/08/16	Folha 7/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		___.PQ.00.00	


- Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos;
- Quando se verificar cheiro desagradável.
  - ✓ Substituir o cateter vesical e todo o seu sistema em caso de quebra da técnica assética ou desconexão acidental;
  - ✓ Proceder á higienização das mãos imediatamente antes e depois de qualquer manipulação do cateter vesical ou do sistema de drenagem;
  - ✓ Manter o saco de drenagem abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão;
  - ✓ O Saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade;
  - ✓ O esvaziamento do saco coletor deve ser feito para saco colator individualizado e limpo. Evitar o contacto com da torneira com qualquer superfície. Lavar as mãos antes e depois de cada despejo. Se usar luvas, elas devem ser removidas após cada despejo. No final limpar a torneira com uma compressa seca.
  - ✓ A higiene do meato deve ser feita com água e sabão, uma vez dia e sempre que necessário.
- Colheita assética de Urina
  - ✓ As amostras de urina devem ser colhidas de acordo com as necessidades clinicas e não por rotina;
  - ✓ Clampar o cateter vesical durante alguns minutos;
  - ✓ Higienizar as mãos de forma asséptica;
  - ✓ Colocar luvas esterilizadas;
  - ✓ Desinfetar o local de colheita com solução alcoólica spray ou álcool 70° e deixar secar;
  - ✓ Conectar a seringa no adaptador específico para tal;
  - ✓ Aspirar 5 a 10 ml de urina;
  - ✓ Retirar a pinça de clampagem e limpar o local de colheita;
  - ✓ Enviar ao laboratório até 60 min após colheita.

Elaborado por: Nádía Correia (Aluno de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny)	Revisto por:
---	--------------

 <p><b>CENTRO HOSPITALAR</b> TONDELA   VISEU, EPE. <b>UCIP</b></p>	<p><b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇA</b></p>	laborado em 25/08/16	Folha 8/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		<p>___PQ.00.00</p>	

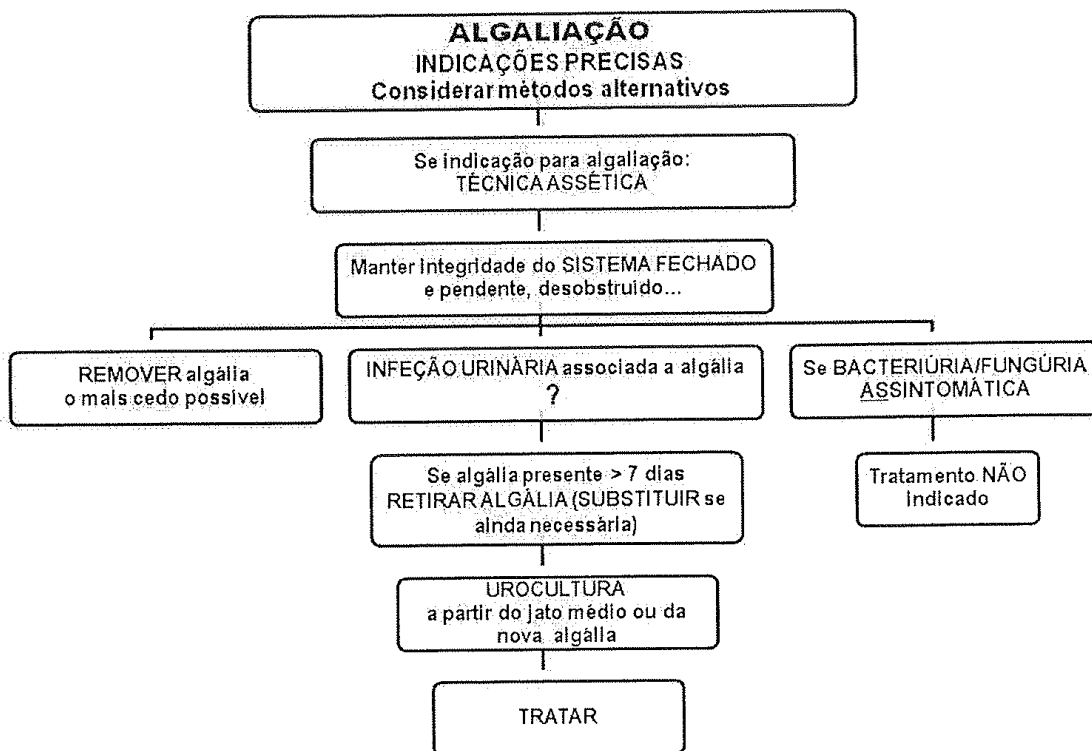
#### **4. FEIXES DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL:**

- Feixe 1 - Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical e documentar sistematicamente a razão que torna necessária no processo clínico;
- Feixe 2 - Cumprir a técnica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem
- Feixe 3 - Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, doente a doente, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem
- Feixe 4 - Realizar a higiene diária do meato uretral, pelo doente (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde
- Feixe 5 - Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziando sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade

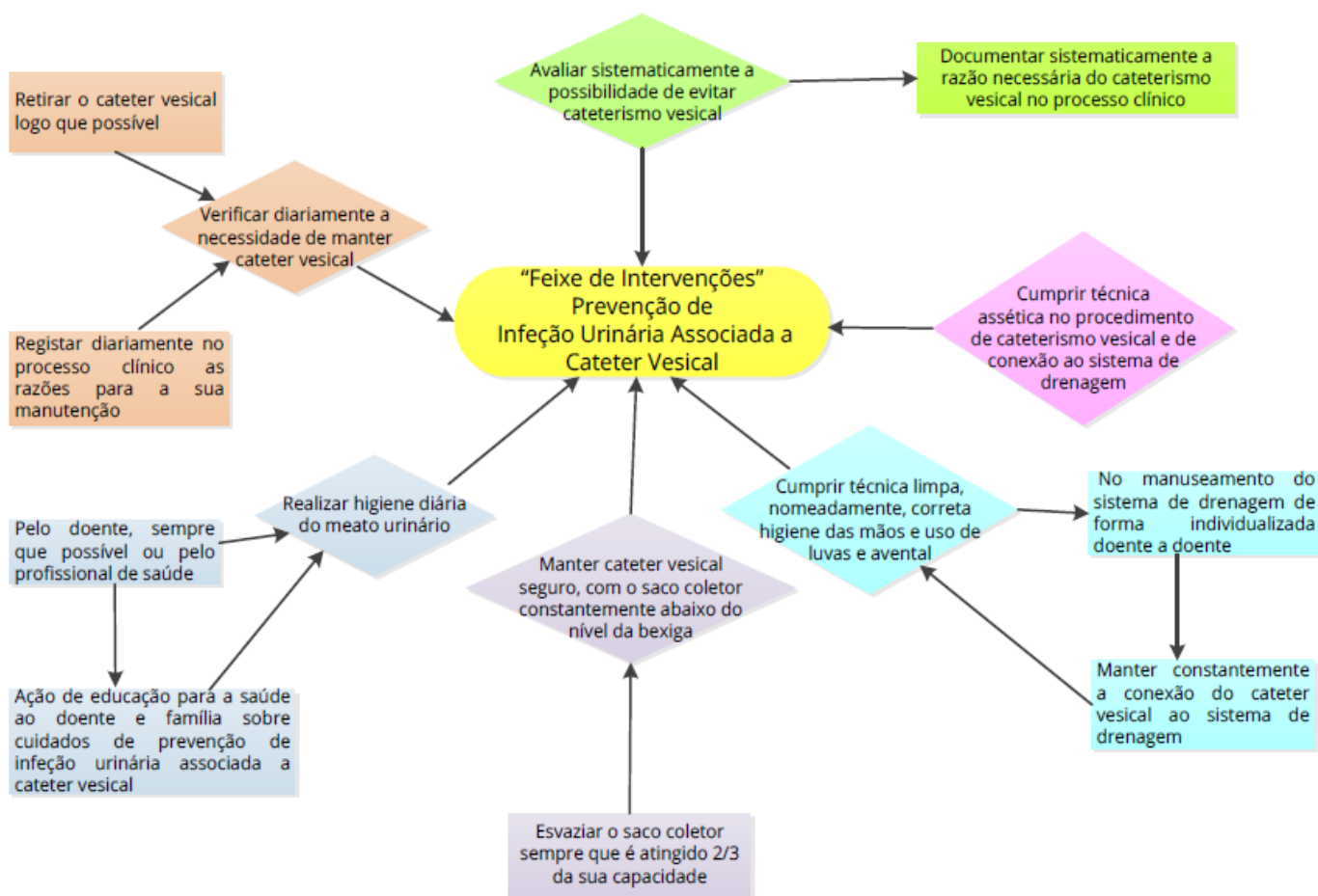
	<b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇÃO</b>	laborado em 25/08/16	Folha 9/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		___.PQ.00.00	


## 5. ANEXOS

**Esquema 1** – Esquema de atuação para prevenção e tratamento das Infecções do trato urinário associadas á algaliação (fonte: Norma nº 1 da CCI do Centro Hospital Lisboa Norte de 2012).



**Esquema 2** – Esquema ilustrativo da interligação dos feixes de intervenção para a prevenção das infeções urinárias associadas ao cateter vesical (fonte: DGS, 2015).




 <p>CENTRO HOSPITALAR TONDELA   VISEU, EPE. UCIP</p>	<p><b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇÃO</b></p>	laborado em 25/08/16	Folha 11/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		___.PQ.00.00	

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centers for Disease Control and Prevention.(s.d.) *Catheter-associated Urinary Tract Infections (CAUTI)*
- Gould, Carolyn V., Umscheid, Craig A., Agarwal, Rajender K., Kuntz, Gretchen., Pegues, David A. (2009) *GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
- Lopes, Hélio Vasconcellos., Tavares, Walter (2005) *Diagnóstico das infecções do trato urinário*. São Paulo. Revista Associação Médica Brasileira..Med. Bras. vol.51 no.6 Nov./Dec. 2005
- Norma nº 1 da CCI de 2012. Norma para Prevenção da infeção urinária em doentes algaliados. Comissão de Controle de Infecções do Centro Hospitalar de Lisboa Norte
- Norma nº 6 (2011) Norma de Prevenção da infeção do trato urinário associada à cateterização vesical. Comissão de Controle de Infecções do Hospital São Teotónio de Viseu.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (2014) *Guide to Preventing*
- Barsanti, Mary C., Woeltje, Keith F. (2009) *Infection Prevention in the Intensive Care Unit, Division of Infectious Diseases*, Department of Internal Medicine, Washington University School, of Medicine, doi:10.1016/j.idc.2009.04.012
- Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Documento consultado a 23 de Agosto de 2016 em [http://www.apic.org/Resource\\_/EliminationGuideForm/6473ab9b-e75c-457a-8d0f-d57d32bc242b/File/APIC\\_CAUTI\\_web\\_0603.pdf](http://www.apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/6473ab9b-e75c-457a-8d0f-d57d32bc242b/File/APIC_CAUTI_web_0603.pdf)

Elaborado por: Nádya Correia (Aluno de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny)	Revisto por:
---	--------------

 <p><b>CENTRO HOSPITALAR</b> TONDELA   VISEU, EPE. <b>UCIP</b></p>	<p><b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO À ALGALIAÇÃO</b></p>	laborado em 25/08/16	Folha 12/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		___.PQ.00.00	

- Documento consultado a 23 de Agosto de 2016 em [https://www.cdc.gov/HAI/ca\\_uti/uti.html](https://www.cdc.gov/HAI/ca_uti/uti.html)
- Norma nº 019/2015 (2015) “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção Geral de Saúde. Lisboa. Portugal
- Saene, Hendrick K.F. van., Silvestri, Luciano., Cal, Miguel A de la., Gullo, Antonio (2012) Infection Controle inde Intensive Care Unit. 3º edição. Springer. Pag278-282
- Yokoe, Deborah S., Anderson, Deverick J., Berenholtz, Sean M., Calfee, David P., Dubberke, Erik R., Ellingson, Katherine D., Gerding, Dale N., (...) Maragakis, Lisa L. (2014) *A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Updates*. American Journal of Infection Control, 42 (2014) 820-8





