



MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 7ª EDIÇÃO

ANO LETIVO 2019/2020

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO: ABORDAGEM ESPECIALIZADA
AO DOENTE CRÍTICO**

Joana Monteiro

Leiria, novembro 2020



MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 7ª EDIÇÃO

ANO LETIVO 2019/2020

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO: ABORDAGEM ESPECIALIZADA
AO DOENTE CRÍTICO**

APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Joana Sofia Alves Monteiro; nº 5180025

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professora: Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, novembro 2020

“Muitos dos que convivem diariamente com a violência assumem-na como uma parte intrínseca da condição humana. Não tem de ser assim. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença”.

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Tal como na vida, e, apesar do processo solitário a que todo o investigador e estudante está destinado, este percurso de aprendizagem e descoberta só foi possível de ser trilhado e chegar a bom porto, graças ao contributo de várias pessoas. Sem as quais, a realização deste Mestrado não teria sido possível, expressando deste modo o meu reconhecimento e profunda gratidão a alguns nomes que merecem ser evidenciados.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe pelo seu exemplo de dedicação, competência, incentivo e generosidade. Foi um privilégio tê-la no meu caminho como Professora na Licenciatura e, agora no Mestrado, como orientadora deste relatório.

Ao meu pai por ser o grande motor e impulsionador do meu crescimento enquanto SER HUMANO, em todas as vertentes. És o meu exemplo e referência!

À minha irmã Inês por ser minha amiga, companheira, ser o meu suporte e também pela ajuda técnica. Estaremos sempre uma para a outra...mesmo separadas geograficamente!

Ao meu amigo Christopher pelo apoio incondicional (mesmo nas neuras...), pelo ânimo nos momentos que quis desistir, pelo enorme coração e paciência. Não me esqueci dos jantares que te devo...!

Ao meu filho Lourenço, que é a minha fonte extra de forças, a minha razão de viver, mas com um sentido da responsabilidade do exemplo que lhe transmito. Sou lutadora graças a ti!

Às minhas estrelas guias, que as guardo sempre comigo... e me dão inspiração e alento!

À restante família e amigos que indiretamente contribuíram para a conclusão desta etapa, o meu sincero OBRIGADA! Sou abençoada....

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

MEPSC - Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RE – Relatório de Estágio

EC - Ensino Clínico

SU - Serviço de Urgência

SP – Saúde Pública

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

UQ – Unidade Queimados

VD - Violência Doméstica

HDFP - Hospital Distrital da Figueira da Foz

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA – Patient Controlled Analgesia

DGS – Direção Geral de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

VVS – Via Verde Sepsis

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do término do 7º curso de mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde de Leiria. Procura descrever de forma sistematizada as atividades e reflexões conducentes à aquisição de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, para obtenção do grau de Mestre. Encontra-se delimitado em duas partes:

A primeira parte procura explorar o percurso do estudante durante os períodos de Ensino Clínico, bem como o enriquecimento no seio dos mesmos. Tem como objetivo analisar e descrever, com base num pensamento reflexivo e crítico, as atividades desenvolvidas, que se traduzem no desenvolvimento de competências e práticas do cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente competências comuns e específicas. Estes decorreram entre maio de 2019 e janeiro de 2020, em três locais distintos: no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Pólo B, no Serviço de Medicina Intensiva dos Hospitais da Universidade de Coimbra e, na Unidade de Queimados-Celas.

Reconhecida a Violência, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de saúde pública, justifica-se a tomada de iniciativas no quadro do Sistema de Saúde, na perspetiva de melhorar os modelos organizativos dos serviços e incrementar a qualificação dos profissionais para responderem rápida e adequadamente. Neste contexto insere-se a segunda parte do presente relatório, tendo sido elaborado um estudo de investigação que consistiu numa revisão sistemática da literatura, através da análise de vários artigos da temática relativa à efetividade da formação dos Enfermeiros sobre a atuação perante a vítima de Violência Doméstica em contexto de Serviço de Urgência geral, na melhoria dos conhecimentos e intervenções.

Palavras-Chave: Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Ensino Clínico; Violência Doméstica; Competências.

ABSTRACT

The present report was elaborated at the very end of the 7th Master`s Degree course in Nursing for People in Critical Situation, taught at the Escola Superior de Saúde de Leiria. A descriptive search was conducted in a systematic way, as activities and reflections leading to the acquisition of specialized skills in Nursing for People in Critical Situation to obtain the degree of Master. This report is delimited in two parts:

The first part pretends to explore the journey of the student during the periods of the Clinical Training, as well the enrichment experienced in this phase. It aims to analyze and describe, based on reflective and critical thinking, the developed activities, that translate into the development of skills and practices of caring for people in critical situations, namely common and specific skills. These periods of Clinical Training took place between May 2019 and January 2020, in three different locations: at the Emergency Department of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Pólo B, at the Intensive Care Unit of Hospitais da Universidade de Coimbra, and the Burn Unit of Celas.

Acknowledge Violence, in all its dimensions, as a major public health problem, it is justified to take initiatives within the framework of the Health System, with the aim to improve the organizational models of services and to increase the qualification of professionals to respond rapidly and properly. In this context is inserted the second part of this report, that included the elaboration of a research study, that consisted in a systematic review of literature, through the analysis of several articles about the theme related to the effectiveness of the training of the performance of Nurses before the victim of Domestic Violence in the context of the Emergency Department, in improving a body of knowledge and interventions.

Key words: Nursing; Specialist Nurse; Critical Person; Clinical Training; Domestic Violence; Skills

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iv
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xi
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO	15
1. ENQUADRAMENTO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	16
1.1. ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO URGÊNCIA	16
1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	18
1.3. ENSINO CLÍNICO III – UNIDADE DE QUEIMADOS	19
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	21
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE.....	22
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	26
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	30
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	33
3.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	33
3.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À ACÇÃO	46
3.3. 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.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	61

RESUMO	62
ABSTRACT	64
INTRODUÇÃO	66
1. METODOLOGIA	72
1.1. OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	72
1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	73
1.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA E LOCALIZAÇÃO/SELEÇÃO DOS ESTUDOS	74
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	78
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICES	92
APÊNDICE I – MÉTODOS AGRESSIVOS DE EXCIÇÃO CIRÚRGICA DA QUEIMADURA	93
ANEXOS.....	XCV
ANEXO I – VALIDADE CARRO EMERGÊNCIA Nº1	xcvi
ANEXO II - NORMA Nº 20 - SMI-CHUC: CUIDADOS AO DOENTE NEUROCRÍTICO- MONITORIZAÇÃO DA PIC	xcviii
ANEXO III – NORMA Nº6 - SMI-CHUC: AVALIAÇÃO DA DOR	c
ANEXO IV – PROTOCOLO VD DO CHUC-PÓLO B	cii
ANEXO V – ENTREVISTA ESTRUTURADA (PROTOCOLO VD).....	civ
ANEXO VI – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA DO CHUC-PÓLO B.....	cvi

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma Geral de Atuação em Violência Interpessoal, segundo DGS (2016).....	70
Figura 2 - Diagrama PRISMA	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos	73
Tabela 2 - Apresentação dos resultados, PI(C)OD	79

INTRODUÇÃO

No sentido de proporcionar aos seus estudantes a oportunidade de integrar contextos complexos e geradores de situações de aprendizagem que permitam propulsionar e garantir uma atuação segura e diferenciada à pessoa em situação crítica e à sua família, a Escola Superior de Saúde de Leiria, assume essa missão, acolhendo no seu portefólio curricular o Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC). Coadunando-se, desta forma, com um novo paradigma de aprendizagem, que destaca a centralidade do aluno e dos objetivos de formação no desenvolvimento das suas competências, em que a componente experimental, de projeto e aquisição de competências transversais assumem um papel preponderante.

Surge deste modo, o presente relatório no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio (RE), para obtenção do grau de Mestre, inserido no plano de estudos do segundo semestre do segundo ano do curso supramencionado.

Numa primeira parte, este documento procura explorar o percurso do 7º MEPSC, especificamente, nos períodos de Ensino Clínico (EC) e o enriquecimento do estudante no seio dos mesmos, tendo como objetivo analisar e descrever, com base numa reflexão crítica, as atividades desenvolvidas ao longo dos EC, com a finalidade de desenvolver competências e práticas do cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente competências comuns e específicas.

Os respetivos EC decorreram entre maio de 2019 e janeiro de 2020, em três locais: no Serviço de Urgência (SU) Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)-Pólo B, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e, na Unidade de Queimados (UQ) do CHUC-Celas.

Convém salientar que a escolha do SU no CHUC-Pólo B, foi pensada de forma a estabelecer uma ponte com a minha área de interesse, nomeadamente no que se refere ao tema Violência Doméstica (VD), permitindo, deste modo a observação e verificação da atuação dos profissionais de Enfermagem do respetivo serviço, em relação a esta problemática, sendo que, têm implementado um protocolo. Nesta medida, constitui uma mais valia estar perante profissionais considerados peritos nesta área, pelo que futuramente poderão ser fundamentais para a validação de um Protocolo que não existe no serviço onde exerço funções.

A VD é um problema social de dimensões amplas, mas difícil de perceber na sua exata medida, que abrange todas as sociedades e nelas tem perdurado, salvaguardada em muitos casos pelo princípio da inviolabilidade da vida privada. Apenas nas últimas duas décadas este fenómeno ganhou maior relevância pública e política, reconhecida como uma violação dos direitos e da dignidade do ser humano e sendo alvo de legislação específica (Patrício, Coelho & Saleiro, 2015). Reconhecida a violência, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de SP, cujo impacto negativo na vida dos cidadãos pode acontecer em qualquer fase do ciclo vital, justifica-se a tomada de iniciativas no quadro do Sistema de Saúde, na perspectiva de melhorar os modelos organizativos dos serviços e incrementar a qualificação dos profissionais para responderem rápida e adequadamente (Direção Geral de Saúde (DGS), 2016). Articulando potencialidades, saberes e recursos, é possível atuar com propriedade junto das vítimas e dos agressores, no sentido de minorar os efeitos perniciosos e, quem sabe, debelar a violência doméstica a longo prazo (Zangão, Serra & Gemitto, 2018).

Nesta linha de pensamento, tendo em conta que na área da saúde, a Medicina Intensiva, representa um dos contextos de trabalho mais complexos e que dão resposta a doentes críticos com necessidades imediatas de cuidados e vigilância rigorosa e, considerando que a minha prática profissional não está ligada aos cuidados intensivos, o ECII permitiu o desenvolvimento de competências mais direcionadas para um cuidar diferenciado à pessoa em situação crítica. A escolha do SMI-CHUC enquanto local de EC não foi aleatória, devendo-se principalmente por este ser um serviço polivalente, de referência e, que presta cuidados de elevado nível de qualidade. A sua maior valia é o dinamismo, a motivação de toda a equipa aliando o conhecimento técnico-científico e o domínio da tecnologia à humanização e individualização do cuidado.

Por último, o EC III (opcional), foi encarado como uma excelente oportunidade de aprendizagem, e acima de tudo um enorme desafio, uma vez que o ambiente da UQ é complexo e diferente de todos os serviços pelos quais tinha estado. A abordagem à pessoa em situação crítica com lesões por queimaduras é muito exigente, requerendo determinadas características e competências por parte dos Enfermeiros. De todas as pessoas que são admitidas no serviço de urgência onde exerço, há cerca de doze anos, sempre considerei que as vítimas de queimaduras representam um enorme desafio à Equipa Multidisciplinar pela complexidade dos cuidados que exigem (dependendo da causa, classificação e extensão das queimaduras), mas

principalmente, pelo rigor imposto em termos de assepsia e pelas dificuldades sentidas na execução dos procedimentos.

No que concerne aos modelos teóricos, estes, constituem pontos-chave para a prática de Enfermagem com a finalidade de promover o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da pessoa, família e comunidade. Por conseguinte, este Relatório encontra-se sustentado pela Teoria das Transições de Alaf Meleis. Segundo a mesma, em situações transicionais de instabilidade provocadas por mudanças de desenvolvimento, situacionais, organizacionais ou situações de doença, ocorrem alterações abismais na vida quotidiana dos indivíduos tendo implicações no bem-estar e na saúde da pessoa/ família (Meleis, 2010).

A segunda parte do presente Relatório refere-se à componente de investigação através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) acerca da “Efetividade da formação dos Enfermeiros sobre a atuação perante a vítima de VD em contexto de SU geral na melhoria dos conhecimentos e intervenções”, constituindo esta uma área do meu interesse e uma lacuna na minha realidade profissional, tal como já referi anteriormente. Assume-se, assim, como objetivo da RSL, reforçar o pressuposto de que os cuidados de saúde baseados na evidência, tal como são concebidos atualmente, se baseiam na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Nos últimos anos, a preocupação das comunidades científicas e profissionais de Enfermagem sobre se a prática dos Enfermeiros está de acordo com a melhor e mais recente evidência científica disponível tem sido uma constante.

A sua elaboração teve por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

O EC é considerado um tempo privilegiado e de enorme relevância, contribuindo para o desenvolvimento de cada estudante, possuindo um papel preponderante na consciencialização do exercício autónomo da enfermagem, responsável e assente no pensamento crítico, com o objetivo de melhorar a tomada de decisão (Silva, Pires & Vilela, 2011). Por sua vez Benner (2005) defende que uma descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em Enfermagem. Deste modo podemos constatar que os problemas decorrentes da prática clínica se proporcionam como temas de análise e partilha de ideias passíveis de desenvolvimento em contexto de RE.

Segundo Peixoto & Peixoto (2016), o destaque atribuído às práticas reflexivas assume maior vigor e preponderância em contexto clínico, por este ser o local onde se interligam os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais, por estar recheado de imprevisibilidade e por se criar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão.

Com base nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a primeira parte do presente Relatório é composta por um breve enquadramento dos locais onde decorreram os ensinamentos clínicos, seguindo-se uma introspeção e reflexão das experiências vivenciadas e trabalhos desenvolvidos, e os seus contributos para o desenvolvimento profissional e aquisição de competências específicas, como futura Enfermeira Especialista.

1. ENQUADRAMENTO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Neste ponto será efetuada uma descrição dos três locais onde foram realizados os EC, permitindo assim uma melhor compreensão das dinâmicas que asseguraram o contato com a prática especializada em contexto de trabalho, enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

1.1. ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO URGÊNCIA

O SU do CHUC – Pólo B, faz parte integrante do CHUC, estando localizado na Quinta dos Vales em S. Martinho do Bispo. Tem como principal área de influência a zona correspondente á da Unidade de Saúde de Coimbra Sul. Nos doze anos da minha experiência profissional, experiência essa adquirida no SU do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (HDFE- EPE), sempre existiu a transferência de doentes para o SU do CHUC-Pólo B, contudo este número tem sido alvo de redução devido ao encerramento noturno (encerra ao público ás 22h), bem como de determinadas valências, tal como Neurologia e Neurocirurgia e, conseqüentemente, recebem poucas vítimas de Trauma e Acidente Vascular Cerebral. As especialidades e os meios técnicos existentes, permitem que este se assuma como primeira linha no diagnóstico e tratamento de grande número de patologias do foro médico. De acordo com o Despacho do Diário da República n.º 153/2014, funciona como um SU Médico-Cirúrgico, que constitui “o segundo nível de acolhimento das situações de urgência”, dando apoio diferenciado à rede de SU Básico e referenciando para SU Polivalente, situações que careçam de cuidados mais diferenciados. No entanto, é considerado um SU Polivalente dado fazer parte integrante do CHUC, sendo por isso frequente as transferências dos doentes para CHUC-Pólo A. Conta com equipas de medicina interna, de cirurgia geral e ortopedia, com o bloco operatório a funcionar 24 horas por dia. Além de um laboratório de análises a funcionar permanentemente, tem equipamento de imagiologia para ecografias (exceto ao fim de semana), Radiologia Convencional e Tomografia Axial Computorizada.

A Equipa de Enfermagem constituída por um total de 67 Enfermeiros é gerida pelo Enfermeiro Chefe com o apoio de dois Enfermeiros Especialistas, encontra-se dividida em 17 Enfermeiros Coordenadores e restantes elementos. A maioria dos Enfermeiros Coordenadores é Especialista, havendo outros elementos escolhidos pelo Enfermeiro Chefe para exercer essa função, por apresentarem grande experiência neste SU e o perfil considerado necessário pelo

chefe. Estes têm um horário com subgrupos, de forma a assegurar um Enfermeiro Coordenador por turno e que a distribuição dos elementos por turno seja de forma homogénea. Os Enfermeiros são distribuídos em diferentes setores, sendo liderados por um Enfermeiro Coordenador, cuja função é apoiar e supervisionar a equipa, dando igualmente suporte à sala de emergência. A organização dos cuidados de Enfermagem é efetuada pelo método de Enfermeiro responsável, em que cada Enfermeiro fica responsável no turno por um grupo de pacientes (triagem, azuis e verdes, amarelos, laranja), assumindo ainda os que entram durante o turno. O Enfermeiro destacado para a Sala de Emergência, quando não tem doentes críticos, apoia os colegas das outras áreas. Em caso de entrada de doentes críticos na Sala de Emergência, se necessário, é apoiado pelo Enfermeiro Coordenador e ainda pelo Enfermeiro da triagem ou outros, nas situações mais complexas.

O processo clínico do paciente é informatizado com suporte na ferramenta informática *Alert*[®], de acesso a todos os profissionais em todas as áreas, permitindo efetuar os registos, validar toda a informação e prescrição referente a cada paciente do serviço, possui um sistema de alerta quanto a procedimentos a efetuar, exames auxiliares de diagnóstico a realizar, medicação a administrar, permitindo aceder de forma global ao processo clínico e histórico do paciente, e ainda monitorizar os tempos reais de espera até à primeira observação médica. A ferramenta informática *Alert*[®] é um sistema intuitivo, no entanto exige um tempo de aprendizagem que requer tempo de prática.

O SU subdivide-se de acordo com as necessidades específicas e com o circuito de gestão de doentes. Nas Salas de Triagem 1 e 2 o Enfermeiro avalia o estado global do doente e estabelece prioridades quanto ao atendimento a efetuar de acordo com a Triagem de Prioridades de *Manchester* e o doente é encaminhado para o sector correspondente à prioridade. A gestão das salas é efetuada dependendo da necessidade da vigilância e monitorização requeridas.

Para Machado (2008) o grande desafio organizativo começou por ser decidir se os pacientes, após a Triagem deveriam ser enviados para uma especialidade ou para uma determinada área. As hipóteses que seriam de considerar para a organização dos fluxos de pacientes começam por se centrar num primeiro pressuposto: logo à entrada, após a triagem de prioridades (método reproduzível e auditável) é vital a separação do que é a missão do serviço de urgência, do que não o é. Assim, observa-se em múltiplos serviços nacionais e no estrangeiro, que

fisicamente as áreas destinadas aos doentes identificados pela cor vermelha, laranja e amarelo (respetivamente emergentes, muito urgentes e urgentes), ficam separadas das áreas destinadas às prioridades mais baixas (verde e azul – respetivamente pacientes pouco urgentes, não urgentes). Após esta primeira separação, e na área dos doentes mais prioritários, os modelos de organização divergem; há hospitais em que existe uma equipa dedicada à primeira observação destes doentes, constituída por médicos com o grau de clínico geral, e que podem estar acompanhados por alguns médicos dedicados ao SU, com a especialidade de medicina interna, cirurgia geral e medicina geral e familiar. A área dos pacientes com prioridades mais baixas, são normalmente observados por médicos da área de clínica geral. Para o mesmo autor, atualmente observa-se a existência de um enorme conjunto de soluções diferentes nos vários hospitais, dificultando a recomendação de um modelo comum que se adapte a todas as realidades.

Refletindo acerca do que presenciei neste EC e, tendo em conta outras realidades, constatei que transmite uma ideia de organização, permitindo que os pacientes sejam cuidados de uma forma privada e na devida prioridade, dado que são triados e encaminhados para o setor correspondente á sua cor, evitando deste modo, dentro do possível, esperas no corredor.

A Sala de Observações é uma unidade concebida para internamento de curta duração, composta por 10 camas individualizadas e ainda dois quartos individuais. O Gabinete de Informação situa-se junto do gabinete da admissão na sala de espera exterior. Neste gabinete está distribuído um Enfermeiro cuja função é informar os familiares/pessoa de referência acerca dos pacientes admitidos no SU. Esta transmissão de informações pode ser realizada presencialmente ou por via telefónica. No que diz respeito à gestão de materiais e *stocks* nunca tinha tido contacto com o sistema *Pyxis*, no entanto, para além da sua fácil utilização, percebi que este promove uma eficiente e segura manipulação dos medicamentos, sendo mais fácil controlar os gastos. Existe também um sistema de armazém avançado, que garante uma eficiente gestão de *stocks* com consequente redução de custos e desperdícios.

1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Este serviço possui uma lotação máxima de 20 camas, divididas pelo piso -1 e piso 1. O piso 1 tem 12 camas, 2 das quais em quartos de isolamento, estando interligado ao Bloco Operatório. O piso -1 tem 8 camas, 1 das quais reservada e preparada para receber pacientes em Extra

Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO), estando interligado ao SU. Em ambos os pisos, as camas estão dispostas (em unidades individuais) em volta de uma zona central de trabalho “*open space*”, este foi assim concebido para permitir uma melhor monitorização, vigilância e intervenção, de acordo com as características dos pacientes internados. Existem várias salas e arrumações que apoiam o serviço (armazém, zona de despejos, zona administrativa, entre outras), bem como uma adufa onde os pacientes são recebidos e transferidos. O material e o método de funcionamento em ambos os pisos são semelhantes, sendo os profissionais divididos no seu quotidiano, conforme a escala e as necessidades do serviço.

A equipa é constituída por 86 Enfermeiros na sua maioria com larga experiência em cuidados intensivos, dos quais 8 são Especialistas de Reabilitação, 14 Especialistas de Médico-Cirúrgica (sendo que uma delas não está diretamente ligada aos cuidados, mas sim à gestão e organização de materiais, substituindo a chefe na sua ausência) e 1 Enfermeira Chefe. No turno da manhã estão, geralmente, 12 a 14 Enfermeiros (7/8 no piso 1 e 5/6 no piso -1) no turno da tarde e noite estão 6 no piso 1 e 4 no piso -1.

A metodologia de trabalho é predominantemente individual, havendo a distribuição de um ou dois pacientes por Enfermeiro, consoante o número de internamentos e a sua gravidade, assumindo este, a responsabilidade pelo cuidado global do(s) paciente(s) durante o seu turno, verificando-se, ainda assim, uma preocupação entre todos os Enfermeiros, baseada numa filosofia de entreajuda e trabalho em equipa.

1.3. ENSINO CLÍNICO III – UNIDADE DE QUEIMADOS

A UQ e o Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética do CHUC, estão situados no mesmo edifício (Celas), dispondo de Consulta Externa que dá apoio aos dois serviços. A UQ é um serviço complexo com muitas especificidades que o diferenciam da maioria dos serviços. É constituída por 10 quartos de isolamento, uma sala de bloco operatório, uma sala de balneoterapia, uma sala de admissão/transfer de doentes, uma sala de entrada, onde é realizado o banho de entrada dos utentes, complementados por vários gabinetes (médicos e de enfermagem), salas de apoio para armazenamento de material clínico, material esterilizado, *stocks* de medicação e fluidoterapia, sala de sujus, copa, sala de entrada de acompanhantes, entre outras. Possui vários equipamentos e meios de monitorização invasiva e não invasiva, ventiladores, aparelhos de analgesia controlada pelos pacientes (*patient controlled analgesia* -

PCA), sistemas de administração controlada de medicação e fluidoterapia, assim como um amplo leque de material cirúrgico e de pensos. Para além do sistema de medicação individual por unidade para os utentes, dispõe de um *stock* de medicação próprio.

A Equipa é composta por 32 Enfermeiros com uma grande experiência na área, maioritariamente com largos anos de prestação de cuidados a pessoas queimadas. Vários Enfermeiros possuem formações pós-graduadas, sendo que alguns possuem pós-licenciaturas de especialização, maioritariamente em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação. Utilizam a metodologia de prestação de cuidados individuais. Contudo, existem algumas particularidades, uma vez que nos turnos da manhã, os Enfermeiros são preferencialmente agrupados em equipas de 2 elementos. Assim, nos turnos da manhã, encontram-se, habitualmente, 5 Enfermeiros na prestação direta de cuidados, 1 Enfermeiro na balneoterapia, 2 Enfermeiros no bloco operatório e 1 Enfermeiro Especialista dedicado à reabilitação. No turno da tarde existem 3 elementos de Enfermagem e no turno da noite apenas 2.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Todos os Enfermeiros Especialistas têm em comum, independentemente da sua área de especialidade, um conjunto de competências, designadas de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento 140, 2019).

2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Diariamente na nossa prática profissional somos confrontados com os direitos, deveres e o respeito pela pessoa doente, quer em contexto de prestação de cuidados, quer nas relações multidisciplinares, consideradas na tomada de decisão ético-deontológica. Perante isto, podemos considerar que o conflito ético é intrínseco às profissões relacionadas com saúde, maioritariamente devido à responsabilidade ética decorrente da prestação de cuidados, nomeadamente a pessoas em estado clínico crítico (Mealer & Moss, 2016).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define no seu Artigo 8º que os Enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015).

Ao longo do meu percurso em EC, nunca foram colocados em causa valores como o respeito pelos direitos humanos, prevalecendo o respeito pela autonomia, dignidade e liberdade dos envolvidos. Foi possível observar, por parte dos profissionais de saúde do SU, SMI e UQ, o cuidado à pessoa de um modo que assegura totalmente o Código Ético e Deontológico da Profissão. Salienta-se, de igual forma, que o SU, apesar de apresentar um elevado fluxo de pessoas, o que origina a necessidade de as colocar em zonas de passagem, como por exemplo o corredor e levando, assim, a uma diminuição da privacidade do doente, toda a Equipa envida esforços para tentar respeitar esta privacidade, aliás todos os dias os Enfermeiros fazem autênticos “malabarismos” para que todos os direitos dos doentes sejam totalmente respeitados, sendo tal esforço alvo de valorização. Em todos os procedimentos sempre observei o cuidado em pedir o consentimento das pessoas, bem como a informação acerca do mesmo.

Por outro lado, ao cuidar da pessoa em situação crítica usando um conjunto cada vez maior de tecnologias e procedimentos especializados, existe uma tendência para nos focarmos apenas nos resultados que queremos alcançar, descurando outras atitudes. A sofisticação do cuidado

não pode servir somente para manter as funções vitais, levando a atitudes que podem ser denominadas como uma agressão terapêutica, ou até distanásia, ao usar todos os meios e tecnologias ao dispor para prolongar a vida da pessoa, sem qualquer benefício para esta (Fernandes & Coelho, 2014).

O Enfermeiro Especialista, enquanto Enfermeiro diferenciado, é muitas vezes solicitado por outros Enfermeiros, e mesmo pela pessoa e sua família, para esclarecer dúvidas e preocupações, ou tomar decisões. Assim, é nosso dever esclarecer e respeitar, bem como incluir nos cuidados sempre que possível e de acordo com a vontade da Pessoa que cuidamos, a sua Família ou as pessoas mais próximas (Silva, 2012).

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

Para Dias (2014), às organizações de saúde, nomeadamente aos hospitais, têm-se colocado uma necessária mudança no paradigma estratégico de gestão dos cuidados de saúde. O “cliente” de hoje, é mais crítico, mais seletivo e exigente, mais consciente dos seus direitos e, em contrapartida, as organizações de saúde, que se querem competitivas e qualificadas, procuram responder-lhes às necessidades e expectativas.

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde em particular. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

Este Plano visa atingir os seguintes objetivos estratégicos: 1) Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; 2) Aumentar a segurança da comunicação; 3) Aumentar a segurança cirúrgica; 4) Aumentar a segurança na utilização da medicação; 5) Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; 6) Prevenir a ocorrência de quedas; 7) Prevenir a ocorrência de úlceras

de pressão; 8) Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e 9) Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. As instituições de saúde, através das suas comissões da qualidade e segurança, devem implementar e acompanhar este conjunto de ações propostas, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população.

No que se refere ao objetivo inerente ao aumento da segurança na comunicação, este constitui um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente. De igual forma, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar. Se por um lado as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço de atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente.

Gostaria de referir, relativamente aos aspetos acima citados, que existiram diferenças nos três EC. No SU tudo era informatizado, a própria medicação era selecionada informaticamente através da *Pixis*, originando uma menor probabilidade de erro. No SMI e na UQ a transcrição era realizada de forma totalmente manual, constituindo um processo moroso, exaustivo, sem uniformização nos registos, proporcionando a perda de informação e maior probabilidade de erro. Ambos os serviços se encontravam em transição para o SClínico, aspeto que representa uma melhoria da qualidade, estando já agendada formação em serviço para esse efeito. Tendo alguma experiência neste sistema informático, tive oportunidade de ajudar de ajudar os

colegas da UQ, inclusivamente partilhei alguns protocolos usados no local onde trabalho, que se mostraram úteis e adequados.

O SU - CHUC encontra-se em fase de Acreditação. Um serviço acreditado permite que publicamente lhe seja reconhecido crédito. O reconhecimento da qualidade clínica no Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com padrões internacionais predefinidos, está a sofrer um forte impulso, constituindo-se uma prioridade estratégica do Ministério da Saúde. Este processo promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão e contribui para incrementar a eficiência, reduzindo os custos da não qualidade (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2017). Assim sendo, torna-se pertinente salientar que todos os profissionais se encontram empenhados em fazer parte ativa e interventiva neste processo, quer através da formação de todos os elementos, quer na implementação de protocolos, passos estes importantes para a Acreditação do Serviço. Aqui, o fato de existirem protocolos e serem transmitidos e difundidos pela Equipa de Trabalho, representa um facto revelador de qualidade, uma vez que há a aposta na formação de todos os elementos, o que contribui para uma uniformidade de cuidados.

A equipa é constituída por um número suficiente de profissionais, não existindo a sobrecarga de horas extraordinárias, fato bem diferente da realidade por mim experienciada no meu local de trabalho. A Equipa de Enfermagem é constituída por um total de 67 Enfermeiros, sendo a dotação segura estimada de 68 (segundo dados facultados pelo Enfermeiro Chefe). Segundo o Regulamento n.º 533/2014 em DRE, a dotação adequada de Enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

Quanto ao SMI, e, embora a equipa se sinta visivelmente lesada com as mudanças que têm ocorrido em pouco tempo, muitos mantêm o ânimo e continuam a querer investir na sua formação, a Enfermeira Chefe tem um papel importante relativamente a esta questão incentivando a equipa a desenvolver-se e crescer, tendo como meta a idoneidade formativa, ponderando apresentar candidatura à Acreditação. Durante a minha permanência neste serviço, pude verificar que estão a ser revistos os protocolos/procedimentos do serviço, a

atualização destes instrumentos é essencial para a manutenção dos padrões de qualidade exigidos a uma unidade como esta.

De acordo com as recomendações da OE (2014) para o cálculo das dotações seguras, o SMI-CHUC é considerado nível III, o que equivale a um rácio Enfermeiro/Utente de 1/1. Por definição Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) nível III são polivalentes, o que significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os pacientes porque se é responsável. Ou seja, deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Esta é uma meta a atingir que ainda não foi alcançada na totalidade, dado que maioritariamente, o rácio praticado é de 1/2.

A UQ, pretende apresentar candidatura à Acreditação para o ano de 2020. Sendo que, a grande maioria dos profissionais deste serviço se encontram empenhados, tendo um papel ativo e interventivo neste processo, quer através da formação de todos os profissionais, quer na implementação de protocolos. A existência de protocolos e normas de serviço, para além de padronizarem os cuidados e uniformizarem formas de atuação, constituem importantes estratégias de integração de novos profissionais e melhoria dos cuidados prestados às pessoas (queimadas). Entre outros, o protocolo de admissão das pessoas queimadas (protocolo de entrada), o protocolo de preparação da unidade, as normas de realização da cama, o protocolo da balneoterapia e bloco operatório. A Enfermeira Chefe da UQ pertence ao Grupo de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade do CHUC, sendo que tem sido grande propulsora desta matéria. Dinamizando e incentivando alguns elementos da Equipa a participar ativamente em trabalhos de grupo e projetos. A avaliação da qualidade da UQ é realizada uma vez por ano, através de auditoria externa, sendo que em julho de 2019 foi realizada a 5ª avaliação e partilhados os resultados com a Equipa. Atingiram um índice de qualidade global de 89,80%. Existe uma Associação Amigos dos Queimados (da qual me tornei sócia) que dinamiza e organiza as Jornadas de Enfermagem de Queimados. Aqui são reunidos e discutidos trabalhos provenientes de todas as UQ do País (Coimbra, Porto, Lisboa e Paredes). Este intercâmbio é essencial para a qualidade, apesar de existirem muitas desigualdades na atuação entre UQ, o que revela a necessidade de estudos na área e a sua publicação, para uma maior uniformização dos cuidados prestados.

No que diz respeito às dotações seguras da UQ, os cálculos estão feitos, sendo que se verifica a falta de 4 Enfermeiros. Segundo o cálculo, o Bloco Operatório da mesma, tem uma dotação segura de 3 Enfermeiros, o que na prática não se verifica, estando 2 Enfermeiros distribuídos, pelo que está a ser realizado um procedimento específico de forma a poder justificar a abertura de mais um posto de trabalho nesse setor. Pois, de acordo com a OE (2010), está preconizada a existência de 3 elementos por sala, com conhecimentos e qualificações para exercerem as seguintes funções: Enfermeiro de anestesia, Enfermeiro circulante e Enfermeiro instrumentista. De acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2014) para o cálculo das dotações seguras, a UQ é equiparada a uma Unidade de Cuidados Intensivos nível III, o que equivale a um rácio Enfermeiro/Utente de 1/1. Segundo a Enfermeira Chefe, as taxas de ocupação da UQ nunca atingem as 10 pessoas queimadas ventiladas, sendo este cálculo utopista, não refletindo as verdadeiras necessidades da UQ, não existindo assim um consenso. Segundo a mesma, os cálculos deveriam ser realizados para 5 camas de Cuidados Intermédios e 5 camas de Cuidados Intensivos.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a um Enfermeiro Especialista são exigidas competências na área da Gestão, sendo que estas fazem parte importante da sua prática diária. Esta exigência inclui não só a gestão de recursos materiais (instalações e equipamentos), mas também a gestão de recursos humanos e dos cuidados. Desta forma, ao longo dos EC foram várias as oportunidades que me permitiram momentos de aprendizagens, especialmente quanto à gestão de recursos humanos e materiais, assessorar os enfermeiros e a equipa, cooperando na tomada de decisão e apresentando soluções eficientes de modo a colaborar na resolução de possíveis constrangimentos resultantes da prestação de cuidados. Assim sendo, considera-se que o Enfermeiro Especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

O setor designado por Coordenação (responsável de turno) assumiu um grande destaque por ser totalmente diferente da minha realidade e por constituir um objetivo de aprendizagem, dado que já assumi essa posição no SU onde trabalho e me senti insegura nesse papel.

Considero que estive particularmente atenta nesta área de atuação. Nos EC por onde passei, sem exceção, a maioria dos Enfermeiros Coordenadores são especialistas, os restantes elementos são escolhidos pela chefia por terem vasta experiência. O que vai de encontro ao preconizado pela OE (2017), sendo que, a atribuição da função de responsável de turno compete ao Enfermeiro Especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área da gestão. Todavia, na ausência deste ou inadequação à função, poderá ser designado um Enfermeiro de cuidados gerais, desde que, comprovada a sua competência para a função.

Entendendo-se por Enfermeiros gestores os profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação.” (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL], 2010). Esta considera ainda que o Enfermeiro gestor possui competências que garantem a segurança das organizações, nomeadamente das práticas, das dotações e do conhecimento que consolidam a segurança do utente. Esta associação salienta ainda o seu papel de pivô na garantia da efetividade na proximidade dos cuidados prestados, na liderança dos projetos e nas condições para uma prática adequada.

Assim, no EC I tive oportunidade de realizar turnos no setor designado Coordenação, sendo que compete a este, efetuar a distribuição diária dos Enfermeiros na tarde do mesmo dia, na noite e manhã seguinte. Esta distribuição tem indicações específicas transmitidas pela chefia no que se refere ao setor Coordenação, à Sala de Emergência, Salas de Triagem e Gabinete de Informação, dadas as especificidades exigidas a cada uma destas categorias, nomeadamente tempo de serviço, experiência profissional e características próprias e pessoais de cada Enfermeiro. Ao mesmo compete também comunicar as altas clínicas à família e providenciar o transporte da mesma; realizar pedidos de medicação à farmácia que estejam em falta; gerir a equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais, bem como as transferências de utentes intra ou inter-hospitalares. Algumas destas acompanhadas por Enfermeiro, mas a maioria por um Assistente Operacional que está escalado na distribuição diária para esse efeito. Presta apoio à Sala de Emergência sempre que hajam emergências ou durante o período das refeições, bem como noutros setores, caso se justifique. Neste serviço existe uma folha de ocorrências que é preenchida pelo Enfermeiro Coordenador e enviada ao Enfermeiro chefe em

cada um dos turnos. Ainda neste setor, tive também a oportunidade de observar e também auxiliar na realização de auditorias da Triagem de Manchester. Estas são da responsabilidade dos Enfermeiros Coordenadores, que o fazem dois a dois, para poderem trocar ideias e decidir em conjunto, fazendo-o por escrito e caso seja necessário, pessoalmente com o auditado. Tal como refere o Despacho nº1057/2015, todos os SU com o Sistema de Triagem de Manchester devem implementar auditorias internas mensais, como garantia da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços, nos termos previstos no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e declaração de princípios a ele anexa.

Kaiser, D. E. & Wegner, W. (2020) defendem que, a comunicação e as habilidades interpessoais são igualmente vitais ao exercício da gestão do cuidado, por auxiliarem no cuidado ao paciente/usuário/cliente/trabalhador e impactarem na qualidade e segurança dos processos assistenciais. Os processos assistenciais e gerenciais são indissociáveis com destaque para liderança, relacionamento interpessoal, administração de conflitos e comunicação eficaz como requisitos para o sucesso do trabalho em equipa.

Santos & Miranda (2007) acrescentam que elementos como a liderança, a motivação, a comunicação, a capacidade para lidar com conflitos, os conhecimentos técnico-científicos e a ética, são fundamentais para obter a excelência dos cuidados, com base na competência profissional, na satisfação dos utentes e no fortalecimento e desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados. A liderança surge então como uma componente indissociável da gestão. Os mesmos autores consideram ainda que o líder deverá utilizar as suas competências para identificar as características do grupo e definir o estilo de liderança mais eficaz para a sua realidade: o autoritário (onde detém todas as responsabilidades e decisões), o liberal (em que delega nos seguidores a tomada de decisão), ou o democrático (onde permite a participação e a contribuição de todos na decisão).

Desta forma, saliento a capacidade de liderança do Enfermeiro Chefe nos três EC que são maioritariamente democráticas, fomentando o espírito de trabalho em equipa, interajuda e tomada de decisão em conjunto.

Neste domínio, relativamente ao SMI, procurei desenvolver os cuidados prestados baseados na evidência científica e de acordo com as regras e procedimentos em vigor no serviço, consciente que num serviço desta natureza, necessitaria de mais tempo de integração para me

sentir perfeitamente realizada neste vasto mundo. Tendo privilegiado a componente da prestação de cuidados, colaborando diretamente, no entanto, tive também a oportunidade de acompanhar a Enfermeira tutora num turno em que se encontrava de coordenação da equipa, tendo identificado outras funções do Enfermeiro Especialista no SMI, nomeadamente ao nível da:

- Gestão de recursos humanos – coordenação de Enfermeiros e assistentes operacionais; distribuição de Enfermeiros nos turnos e alocação de recursos; previsão de necessidades de recursos humanos para turnos e dias seguintes;

- Gestão de materiais e equipamentos – gestão de stocks de material e medicação, em articulação com serviços de apoio, como o aprovisionamento, a esterilização e a farmácia; verificação e reposição de carros de emergência e carros de procedimentos;

- Gestão dos cuidados – gestão e coordenação dos cuidados ao longo do turno; supervisão da prestação de cuidados; participação na reunião médica diária (no turno da manhã), registando as alterações efetuadas como alterações de tabelas terapêuticas, decisões em relação aos doentes, existindo uma passagem de turno entre Enfermeiros coordenadores, sendo este elo de ligação entre profissionais de saúde; acolhimento e acompanhamento dos familiares e pessoas significativas dos pacientes nos horários das visitas. Convém salientar ainda, que o Enfermeiro coordenador não tem pacientes distribuídos no turno da manhã.

Quanto à UQ, no que toca aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estes ocupam-se primordialmente da prestação de cuidados às pessoas em estado crítico ou que requerem cuidados mais diferenciados, assumindo também um papel de relevo na coordenação da Equipa de Enfermagem, na tomada de decisão clínica, na gestão do serviço e na formação da Equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais. Para uma melhor resposta a esta temática, acompanhei a Enfermeira Chefe e, segundo a mesma, a UQ é um serviço difícil de gerir dada a imprevisibilidade da entrada e da gravidade de novas pessoas vítimas de queimaduras, existindo, assim, uma grande flutuação em termos de carga de trabalho. A dinâmica e metodologia da UQ é exigente e morosa na admissão de novas pessoas vítimas de queimaduras, dada a necessidade de cumprir o protocolo de entrada, com banho geral na sala de admissão. Na mesma linha de pensamento, a gestão dos cuidados torna-se ainda mais difícil e complicada quando a entrada se processa no final do turno da tarde (maioritariamente),

período de transição para o turno da noite em que ficam apenas 2 Enfermeiros. Este tem sido o grande dilema dentro da Equipa, causador de grande discórdia, dado que a Enfermeira Chefe apenas tem autorização para que se convoque mais um elemento (caso a UQ tenha mais de 2 pessoas queimadas ventiladas), sendo recomendado, que um elemento da tarde siga turno, sendo as horas extra pagas.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Os Enfermeiros vivem atualmente numa sociedade em permanente mudança em que se têm verificado no domínio da saúde avanços tecnológicos e científicos avassaladores, que promovem a necessidade de estes investirem na sua formação, uma vez que os conhecimentos adquiridos na formação inicial rapidamente se tornam insuficientes.

A formação em contexto clínico assenta a sua justificação na necessidade de aprendizagem de competências e partilha de saberes que, transferidos para o espaço do cuidar, resultam numa mais-valia para o profissional de saúde e para o paciente (Carvalho & Montezuma, 1996).

Neste contexto, tentei absorver o máximo de aprendizagens possível, utilizando uma postura reflexiva, um pensamento crítico, usando a comparação como instrumento. Comparação esta porque exerço funções num SU, tentando assim retirar dos aspetos que diferem, que são positivos e até mais valias para levar para a minha realidade e sugerir como melhoria da mesma.

Os EC foram muito positivos e enriquecedores pois vivenciei realidades muito diferente da minha, tentando aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde. Estamos em constante aprendizagem, durante toda a nossa vida e, assim como levo comigo um pouco de cada EC, também deixo um pouco de mim e da minha vivência. Sendo esta troca e interação verdadeiramente importante, pois é daqui que realmente aprendemos e crescemos.

Tal como defende França (2013), a excelência na Enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos Enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte dos mesmos. As necessidades em cuidados e os cuidados prestados são cada vez mais complexos, pelo que é exigida aos Enfermeiros uma elevada capacidade de flexibilidade e de ajuste às situações do dia a dia. Aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de

competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Também a OE (2012) refere que o Enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas. Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências.

Posto isto, tentei direcionar a minha aprendizagem nestes três EC, tendo tido um papel ativo, nunca esquecendo a ajuda das Enfermeiras Orientadoras bem como das Equipas, de forma a vivenciar, integrar e incorporar o máximo de experiências novas e enriquecedoras, constituindo esta uma oportunidade única no meu trajeto profissional, contribuindo para o meu crescimento enquanto Enfermeira e futura Mestre.

Sendo importante referir que ocorreram formações em serviço importantes, das quais tive oportunidade de presenciar, nomeadamente “Via Verde Sépsis”, “Transporte do Doente Crítico” e “Prevenção e Controlo da Infeção: O Contributo dos Enfermeiros do SU do CHUC do Hospital Geral – Pólo B”.

Por conseguinte, dado que os cuidados intensivos constituem um vasto leque de experiências e conhecimentos, recaí maioritariamente na área da ventilação mecânica invasiva, nos métodos dialíticos, paciente neurocrítico e ECMO. Participei em duas formações de serviço, “Atualização dos Protocolos de Analgosedação” e “ECMO”.

Pude também assistir e colaborar na Hemodiafiltração a uma pessoa vítima de queimadura grave em falência renal. Tive o privilégio de participar nas VIII Jornadas de Enfermagem de Queimados, considerando que foi de extrema relevância para entender a envolvência implicada na problemática da pessoa vítima de queimadura. Além de observar a troca de experiências e vivências das UQ existentes no país (Porto, Coimbra, Lisboa e Paredes). Fiquei extremamente comovida por verificar o quanto a nossa profissão é reconhecida e valorizada pelas pessoas vítimas de queimaduras, sendo, para mim, este, o verdadeiro sentido de Ser Enfermeira.

De forma a alcançar, nos períodos de EC, a totalidade das competências a adquirir, tentei adaptar-me aos locais onde se realizaram os mesmos, procedi à leitura minuciosa e atenta dos manuais de integração e procedimentos. Enveredei pelo conhecimento das características das

equipas que constituíam os serviços que me receberam, bem como dos seus Enfermeiros Chefes, sempre demonstrando uma postura humilde, e com uma mente aberta para receber todo o tipo de experiência e conhecimentos, aliás assisti a todo o tipo de formação existente nos serviços (mesmo após o término dos EC), que como Enfermeira constituíam novas áreas de atuação e intervenção, encarando estas aprendizagens como oportunidades únicas e tendo, igualmente, em conta toda a minha experiência profissional, dando assim o meu cunho pessoal nos EC desenvolvidos.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O desenvolvimento de competências constitui-se como uma construção que resulta da prática e consciencialização dos atos realizados, induzindo ao conhecimento e fomentando a qualidade dos cuidados. Torna-se importante sublinhar que é através do aprofundamento dos domínios de competência de Enfermeiro de Cuidados Gerais e pela formação ao longo da vida que se desenvolve as competências de Enfermeiro Especialista.

Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento 140, 2019).

As competências específicas são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento 429, 2018).

Neste capítulo serão abordadas individualmente as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, segundo o regulamento publicado pela OE.

3.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA

O ECI possibilitou a passagem pelos diversos setores do SU, tendo, contudo, uma especial atenção pela Sala de Emergência, disponibilizando os meus cuidados enquanto Enfermeira aos pacientes considerados emergentes. Esta sala, é, a melhor equipada do serviço, está vocacionada para o atendimento do doente crítico, essencialmente prioridade emergente (cor vermelha) de acordo com a Triagem de Prioridades de Manchester. Tem capacidade para atender três pacientes em simultâneo e cada unidade está equipada com monitor cardíaco, ventilador, seringas e bombas infusoras. Dispõe de dois carros de emergência com desfibrilhador, estufa de soros e ainda de dispositivo de chamada de emergência.

Equipamentos como ventilador, desfibrilhador e monitores cardíacos devem ser limpos, arrumados e testados após cada utilização, de forma a estarem sempre funcionais. De igual forma os carros de emergência, pós cada utilização deve ser feita a reposição e arrumação de acordo com a *check list*, assim como no início de cada turno. O Enfermeiro distribuído nesta sala deve ter formação e prática atualizada em Suporte Avançado ou Imediato de Vida, estar familiarizado com todo o material, conhecer e dominar o espaço físico e os recursos disponíveis a utilizar em situações de emergência. Uma das minhas tarefas consistiu na verificação da validade de um carro de emergência, que se realiza na primeira segunda-feira de cada mês, num total de 5 carros em todo o SU, ou seja, na primeira segunda-feira do mês verifica-se o carro de emergência nº1 e assim sucessivamente até ao carro nº5 (ANEXO I). Desta forma todos os elementos sabem qual o carro a ser verificado. Achei esta estratégia muito pertinente e simples de implementar, sendo que seria uma boa técnica a adotar no meu serviço, no qual a verificação das validades se faz de forma aleatória. O teste do desfibrilhador também é realizado à segunda-feira, ou seja, uma vez por semana, e, dado que no SU onde exerço funções o fazemos diariamente, fui pesquisar sobre a legislação existente e segundo as orientações da DGS (2011), baseadas no decreto regulamentar nº21/2008, o teste do desfibrilhador deve ser feito diariamente.

Ao longo deste EC I vivenciei vários episódios em contexto de Doença Crítica e ou Falência Orgânica, nomeadamente Edema Agudo do Pulmão, Asma Agudizada, Traumatismo Crânio Encefálico Pós Acidente Vascular Cerebral, Bradicardia, Enfarte Agudo do Miocárdio, entre outras. Este SU possui certas características do ponto de vista funcional e organizacional que merecem ser mencionadas. O equipamento de Tomografia Axial Computorizada encontra-se no mesmo piso do SU, bem como o Serviço de Radiologia indispensável para a realização de meios complementares de diagnóstico, bem como da existência de uma UCI e Hemodinâmica, fatos estes que podem ser vistos como facilitadores e vantajosos. Outro aspeto importante de salientar é que raramente recebem politraumatizados, uma vez que não há a especialidade de Neurologia nem Neurocirurgia, e mesmo os casos de AVC também são transferidos para o CHUC-Pólo A.

As situações de emergência referidas anteriormente foram uma oportunidade para a minha intervenção ativa em todas as suas vertentes, nomeadamente no acompanhamento do doente em todo o circuito, desde os exames complementares de diagnóstico, até aos serviços

respetivos, especialmente a UCI e Hemodinâmica. Nunca esquecendo o momento de transmitir e disponibilizar toda a informação aos restantes e devidos colegas, tal como a realização dos registos de forma detalhada e criteriosa, no sistema informático *Alert*. Segundo a DGS (2017), e tendo em conta o artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Um dos pontos mais salvaguardados no SU onde realizei o EC, diz respeito à realização dos registos e a transmissão da informação, sendo realizados de forma precisa e extremamente rigorosa. Tal situação não ocorre na minha prática profissional diária, sendo uma área muitas vezes descurada, devido à falta de tempo e de recursos humanos.

Neste SU existem protocolos de Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) e Via Verde Coronária (VVC) e brevemente irá ser implementado Via Verde Sépsis (VVS). A Direção Geral da Saúde (DGS) (2010) revela que dados Europeus e dos Estados Unidos da América, indicam que a sépsis representa um grave problema de saúde pública, à semelhança do AVC e do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), relata ainda que a sua incidência está a aumentar, assim como a gravidade dos casos. Através do Departamento da Qualidade em Saúde, a DGS decidiu publicar a circular normativa nº 01/2010, no sentido de ser criada e implementada, a nível nacional, uma Via Verde para a Sépsis em todos os SU, à semelhança das já existentes para o EAM e para o AVC, no sentido de reduzir a morbi-mortalidade associada à doença, assim como os custos para as organizações. Tal como para o AVC e o EAM, existe também a chamada “*golden hour*” ou o “tempo porta agulha” na abordagem e tratamento da sépsis, com medidas mais simples (antibioterapia e fluidoterapia) e cujo custo de tratamento é maior quando estas medidas não são efetuadas de forma adequada. É de lembrar que não existe um “ECG” ou um “TAC” para assegurar o diagnóstico de sépsis, como existe para o EAM ou para o AVC. Desta forma é importante referir que ocorreram formações em serviço das quais tive oportunidade de presenciar, nomeadamente “Via Verde Sépsis”, “Transporte do Doente Crítico” e “Prevenção e Controlo da Infecção”.

Assim, o Enfermeiro do SU, tem um papel preponderante, pois é o primeiro profissional de saúde com quem o paciente se depara, tornando-se responsável por iniciar este protocolo, que

consiste em 3 passos. 1º passo: corresponde à identificação e é efetuado na triagem inicial do paciente, pelo que a presença de um critério de suspeita clínica de infeção associada à avaliação de dois critérios de “Síndrome da Resposta Inflamatória Sistémica” positivos, deve ser critério de ativação VVS; 2º passo: baseia-se na confirmação da suspeita de infeção, através da avaliação de sinais de hipoperfusão grave, associados à identificação de critérios de exclusão; 3º passo: consiste na aplicação do algoritmo terapêutico na 1.ª hora após reconhecimento do quadro clínico, com o objetivo de realização hemoculturas e exames iniciais, administração rápida da antibioterapia adequada, administração de fluidos para reposição da volémia e a otimização da entrega tecidual de oxigénio. Estas intervenções devem atingir os objetivos nas primeiras 6 horas, pelo que após estas medidas iniciais os pacientes devem ser rapidamente transferidos.

Por outro lado, o Protocolo da VVC pressupõe o pedido de Eletrocardiograma em contexto de triagem, tendo tido oportunidade de acompanhar à posteriori o paciente à Hemodinâmica, para realização de cateterismo. As VVAVC são normalmente transferidas para CHUC-Pólo A acompanhada de Enfermeiro, após realização de fibrinólise caso a situação o justifique. O Enfermeiro responsável pela transferência é o do setor correspondente.

O transporte dos doentes críticos envolve alguns riscos, mas a sua realização justifica-se entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado. É fundamental refletir sobre o risco/benefício desse transporte. Contudo, o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar. Posto isto e, de acordo com o parecer nº 09/2017 emanado pela OE, o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes de doente críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica. Assim, a Mesa do Colégio de Especialidade Médico-Cirúrgica faz o apelo às Instituições de Saúde, no sentido de valorizarem a formação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica dotando as suas equipas com pessoal qualificado de modo a que os cuidados prestados sejam em benefício da pessoa/população alvo, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção, tendo sempre

presente que as funções dos enfermeiros especialistas não dependam da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos ou de opiniões individuais.

No que concerne à comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do estado de saúde, tive oportunidade de passar no setor designado Gabinete de Informação, que assume aqui um papel de grande relevo e importância, sendo um dos elementos fulcrais que contribui para a fluidez e interligação entre os variados setores. Aqui, o Enfermeiro desenvolve ações totalmente autónomas, dá informações gerais ou específicas, acompanha o familiar junto do paciente evidenciando a sua sensibilidade e conhecimentos perante o mesmo e a sua família, tendo presente a sua responsabilidade ética e legal, faz a ponte entre o paciente e o seu familiar, contribuindo assim para tranquilidade de ambos. Neste posto de trabalho, foi possível observar o papel do Enfermeiro na gestão de conflitos, o que requer, que apresente um certo perfil de maturidade, além de uma vasta experiência e conhecimentos. Pude, igualmente, testemunhar a forma assertiva e profissional como a orientadora resolvia conflitos com familiares, sendo esta uma experiência e um ponto que levarei para a minha prática diária, uma vez que, futuramente, gostaria de conseguir atingir aquele nível presenciado, algo que será atingido com muito trabalho e comprometimento da minha parte. Para este setor, o Enfermeiro Chefe seleciona os elementos da Equipa que segundo ele, possuem o perfil e as características que considera serem necessárias, nomeadamente experiência no serviço, assertividade, maturidade e capacidade comunicativa.

Um aspeto primordial, prende-se com o facto de que, cuidar o paciente em estado crítico é também cuidar da sua família e pessoas significativas, ajudando-os a viver o período de crise suscitado pela doença muitas vezes inesperada. Efetivamente, o Enfermeiro tem de lidar não só com as respostas fisiológicas do paciente à doença, mas também, com as reações do mesmo e da sua família face à transição de saúde/doença vivenciada. Todo este processo necessita de atenção especial da equipa de saúde, em especial dos Enfermeiros que são normalmente os prestadores de cuidados primários dos doentes e seus familiares que vivenciam um processo de transição (Meleis, 2007). Nos três EC encontrei sustentação na Teoria das Transições de Alaf Meleis, sendo que, as intervenções de Enfermagem foram compreendidas como uma interação continuada no decorrer do processo de transição com o objetivo de restabelecer a sensação de bem-estar novamente à pessoa que beneficia dos cuidados. Maximizando os pontos

positivos, as qualidades e potencialidades dos indivíduos, permitindo a sua recuperação e o atingir de níveis ideais de saúde, função, conforto e autorrealização. Sendo desta forma fundamental, os ensinamentos efetuados à mesma e sua família, de maneira a favorecer uma transição o mais suave e saudável possível.

No que concerne ao EC II, descrevo as principais situações específicas, não habituais na minha prática profissional, que me deparei no SMI: plasmaferese; hemodiafiltração venovenosa contínua; abordagem do doente politraumatizado e neurocrítico; *status* pós-cirúrgico cardíaco e torácico; aplicação de protocolo de hipotermia após paragem cardiorrespiratória; abordagem de situações de morte cerebral, monitorização invasiva da função hemodinâmica; preparação e colaboração da unidade do doente e conseqüente acolhimento da família; realização de exames complementares existindo transporte intra-hospitalar de doente crítico. São atividades, entre muitas outras, concorrentes à obtenção de competências para este MEPSC, sendo que algumas irei aprofundar neste relatório.

Habitualmente, os cuidados iniciam-se com uma avaliação inicial dos parâmetros fisiológicos; de consciência; invasivos; de drenagem e ventilatórios do paciente bem como a sua adaptação. Efetuam-se as colheitas para espécimes. Confronta-se a tabela terapêutica com o débito das perfusões e prepara-se a medicação que se prevê terminar num curto espaço de tempo, uma vez que o tempo de preparação de uma medicação de suporte pode ser suficiente para provocar uma “cascata” de descompensações. Uma vez identificada a dinâmica e metodologia de trabalho do SMI, preocupei-me em prestar cuidados individualizados aos pacientes que eram distribuídos diariamente à Enfermeira tutora, procurando desenvolver uma prática baseada na evidência científica. Envolvi-me na equipa cuidadora e fui membro ativo na prestação de cuidados ao longo do turno, desde a prestação de cuidados de higiene e conforto, posicionamento do paciente, monitorização de parâmetros vitais, até à realização de registos de Enfermagem e transmissão de informação aos elementos da equipa nas passagens de turno. Na prestação de cuidados, verifiquei que na maioria das vezes, há uma uniformização na sua prática por parte dos Enfermeiros.

De entre as técnicas mais específicas que desenvolvi, como a prestação de cuidados a doentes com linha arterial e cateter venoso central, incluindo realização dos respetivos pensos e avaliação da pressão arterial invasiva e da pressão venosa central, avaliação da pressão intra-

abdominal, com conversão de escala, o registo horário e de forma rigorosa dos débitos urinários, balanço hídrico realizado no turno da noite, monitorização horária dos sinais vitais, a realização e avaliação frequente de gasimetria arterial e venosa, a monitorização do Índice Biespectral em pacientes curarizados, a prestação de cuidados a pacientes com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiva, nomeadamente ajuste de parâmetros ventilatórios, de acordo com a evolução clínica do doente, a prestação de cuidados a pacientes com entubação endotraqueal, desmame ventilatório, a prestação de cuidados a pacientes com necessidade de realizar técnicas dialíticas, nomeadamente hemodiafiltração, com recurso à máquina *Prismaflex*[®], devido a Insuficiência Renal Aguda. Esta última constituiu uma área do meu interesse, dado que nunca tinha presenciado a técnica e tive oportunidade de observar, participar e ter uma “aula particular” de uma colega entendida na matéria. Destaco ainda a prestação de cuidados a doentes submetidos a cirurgia nomeadamente realização de pensos, vigilância de drenos, nomeadamente dreno aspirativo, que constituiu também uma novidade para mim.

Estando a realizar um EC num SMI, onde a maioria dos doentes são admitidos por falência respiratória, necessitando de suporte ventilatório, procurei o desenvolvimento de competências a esse nível, dado ser um local de eleição para o aprofundamento de conhecimentos nessa área. As incertezas que eu ainda tinha relativamente à programação do ventilador foram esclarecidas pela minha tutora, considerada perita na área, que se demonstrou sempre muito prestável no esclarecimento de dúvidas. Pude verificar no meu local de trabalho (SU), que foi possível intervir, com maior segurança e confiança, quer no processo de entubação orotraqueal e início da ventilação artificial, bem como na manutenção dos cuidados à pessoa ventilada artificialmente, antecipando problemas e exposição a riscos, identificando sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída.

Por outro lado, os cuidados prestados ao paciente neurocrítico também constituiu para mim um grande desafio, dada a minha inexperiência na área. Tive oportunidade de cuidar de uma paciente vítima de rutura de aneurisma, bem como de outra vítima de meningite bacteriana. O doente portador de lesão neurológica grave requer um tratamento minucioso. A antecipação e o diagnóstico precoce constituem medidas fundamentais e devem nortear a atitude interventiva da equipa multidisciplinar deste grupo de doentes. A extrema dependência de cuidados tornam-no vulnerável a várias complicações clínicas. A equipe envolvida no

tratamento deve antecipar-se e instituir medidas de profilaxia mantendo uma monitorização permanente e intervenções para o diagnóstico precoce das complicações mais prováveis. A neuromonitorização deverá ser um processo adaptado a cada caso no que concerne ao seu tipo e nível de cuidados, devendo variar consoante a gravidade, os antecedentes patológicos, o tipo de patologia e suas potenciais complicações (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2011) (ANEXO II).

Relativamente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar, importa salientar que as fontes de dor para um paciente no SMI são inúmeras, quer pela gravidade do seu estado clínico, quer pela quantidade de cuidados de Enfermagem sistemáticos, procedimentos invasivos e pela presença de dispositivos terapêuticos (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013). Nesta linha de pensamento, é de salientar a relevância dada neste serviço à avaliação da dor, sendo esta realizada de forma contínua, em que a maioria dos pacientes estão sob analgesia, sedação e alguns sob curarização. Assim, segundo a norma nº6 de 2014 em vigor no serviço:

- Monitorizar e registar dor a todos os doentes de forma contínua e regular, em repouso (sem estimular o doente) utilizando uma das seguintes escalas: Escala Comportamental da Dor adaptada da *Behavioral Pain Scale*;
- Promover a auto-avaliação utilizando a Escala Numérica, sempre que o doente apresente capacidade de comunicar a sua dor;
- Aplicar a Escala Comportamental da Dor (hetero-avaliação) quando o doente apresentar alterações do estado de consciência, com incapacidade para efetuar a auto-avaliação;
- Aplicar o algoritmo de monitorização dor-sedação-agitação (ANEXO III).

No SMI é avaliada uma vez por turno a Escala de Braden. Esta avaliação permite monitorizar o risco de alteração da integridade da pele através da percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção. Constato também que pelo menos duas vezes por turno, os doentes são massajados e posicionados. Ao longo dos dois meses que estive a desenvolver o EC, não identifiquei qualquer doente com úlcera de pressão o que demonstra a preocupação e empenho da equipa de Enfermagem nesta componente do bem-estar e conforto.

O estabelecimento de estratégias de comunicação eficazes com o paciente conectado à prótese ventilatória foi outro desafio para o qual encontrei dificuldades acrescidas, dada a

elevada percentagem de pacientes sedados e analgésicos, o que dificulta a comunicação. Contudo, foi possível desenvolver algumas técnicas com doentes conscientes em desmame ventilatório ou já em ventilação espontânea, embora ainda com Tubo OroTraqueal. Para tal, o recurso à escrita em papel pelo paciente, a utilização da linguagem não-verbal, com gestos simples, utilização de sinais como apertar a mão, fechar os olhos, ou indicar afirmativa ou negativamente com a cabeça. Existe ainda no serviço um caderno de imagens para promover e facilitar a comunicação, sendo este de muita usabilidade.

Durante dois períodos do dia, às 15h30 e às 19h30, é permitido a visita dos familiares, 2 no máximo (1 de cada vez) durante 30 minutos. O Enfermeiro enquanto cuidador é o profissional que está mais próximo do paciente e como tal detém uma posição privilegiada também no contacto com a família e pessoas significativas. Deve por isso estabelecer-se como pessoa de referência e elo de ligação entre paciente e familiares, servindo de veículo de transmissão de informação, esclarecimento de dúvidas, mas também facultando apoio psicológico e emocional.

O estabelecimento de uma relação empática e a manutenção de uma atitude assertiva nem sempre foi fácil, uma vez que o contacto com situações de gravidade extrema, de instalação súbita e inesperada, ou com prognóstico reservado nem sempre ajudou no desenvolvimento de uma comunicação eficaz com os familiares incapazes de integrarem a informação transmitida. Por outro lado, a dificuldade na gestão dos meus próprios sentimentos e emoções pessoais condicionou de alguma forma a capacidade de apoio emocional aos familiares de pacientes em situações mais graves e em risco de morte. Uma situação que me tocou particularmente foi a de um rapaz de 18 anos que sofreu rutura de aneurisma na véspera do Natal, tinha entrado recentemente na faculdade. Lidar com o sofrimento daqueles pais, sendo eu também mãe, foi devastador e confesso que me emocionei várias vezes.

No que concerne à UQ, primeiramente torna-se fulcral começar pela descrição do primeiro contacto que tive com uma pessoa em situação crítica e vítima de queimadura grave, e o impacto que teve sobre mim. Tratava-se de um homem de 36 anos (que designei Senhor X), sensivelmente da minha idade, com 51,5% da superfície corporal queimada, tendo sido vítima de explosão no local de trabalho, encontrava-se entubado e ventilado. Não estava preparada para o que ia experienciar e vivenciar. Tive uma reação, de choque, medo e de sensação de

fuga. No entanto, tenho de salientar a sorte e o privilégio de estar acompanhada pela Enfermeira Ana Martinho que conseguiu perceber os meus pensamentos e me tranquilizou. A sua postura foi um exemplo para mim, sendo a sua abordagem essencial e de extrema importância para todo o desenrolar do ECIII, afinal de contas, os Enfermeiros não são imunes às realidades que os rodeiam. Ao mesmo tempo senti uma verdadeira admiração pelo trabalho que os meus colegas diariamente desempenham nesta Unidade. De acordo com Xavier (2013), as emoções constituem um desafio permanente à capacidade do ser humano pensar sobre si e sobre a sua relação com o mundo. Compreender as emoções, constitui um dos grandes objetivos para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para as pessoas. Sentimentos amplificam o impacto de uma determinada situação, aperfeiçoam a aprendizagem e aumentam a probabilidade que situações similares possam ser antecipadas.

Durante os cerca de dois meses de durabilidade deste ECIII, consegui acompanhar o percurso e evolução do anteriormente referido Senhor X, desde os seus primeiros dias de internamento, em que o prognóstico era reservado, até à data da sua alta. Quando o conheci, estava no 2º dia de internamento, na designada fase de reanimação, em que a intervenção tem como objetivo minimizar os potenciais problemas associados à perda elevada de fluidos, perda de calor, dor extrema e risco de desnutrição (Osborn, 2003; Goyatá, 2009). Manter a perfusão tecidual e a função dos órgãos, evitando as complicações da terapia fluida inadequada ou excessiva (Magnette & Beerthuisen, 2011). Desta forma, foi administrada fluidoterapia quantificada pela fórmula de *Parkland* ($4\text{ml} \times \text{kg} \times \% \text{ da área total de superfície corporal queimada}$), com lactato de ringer, sendo administrado metade nas primeiras 8 horas após o início da lesão e a outra metade nas 16 horas subsequentes, o que implica também, uma constante monitorização da diurese (DGS, 2017). Estava sedoanalgesiado de forma contínua, sendo as drogas de eleição e mais usadas na UQ, o *Propofol*, o *Fentanyl*, a *Morfina* e o *Cisatracúrio*. A temperatura foi sempre um parâmetro vigiado através de uma monitorização contínua, pelo uso de termómetro retal ligado ao monitor, bem como a manutenção de uma temperatura entre 26-30 graus e humidade entre os 20%-60% nas respetivas unidades. Outra preocupação que pude constatar nesta fase, foi o início precoce da alimentação entérica, sendo esta a via de administração de eleição, tendo sido colocada sonda nasogástrica na entrada e iniciada alimentação de imediato (segundo protocolo existente na UQ).

A fase aguda, que se inicia quando a pessoa se encontra hemodinamicamente estável, pressupõe os cuidados associados com a preparação do leito da ferida para enxerto, alívio da dor, prevenção da hipotermia e infeção e garantir um suporte nutricional adequado (Osborn, 2003; Goyatá & Rossi, 2009). Nesta fase, dado que o Senhor X, apresentava queimadura (3º grau) circular do tronco, que dificultava a expansão torácica e conseqüentemente uma ventilação eficaz, foi marcada uma primeira ida ao bloco operatório para realização de escaretomia do tronco. Segundo Martinho (2008), o tratamento às queimaduras pode ser realizado através de métodos agressivos de excisão cirúrgica, tais como: escaretomia, escarotomia, os enxertos e os retalhos; e/ou de métodos conservadores, tais como a limpeza diária com desbridamento manual dos tecidos soltos e aplicação de substâncias tópicas (APÊNDICE I).

A preparação do leito da área lesada para que possa receber, qualquer que seja, o tipo de cobertura escolhido, exige uma intervenção adequada em termos de lavagem, desinfecção e desbridamento da ferida. Segundo Martinho (2008), esta intervenção passa essencialmente pela execução das técnicas implementadas durante a balneoterapia. A balneoterapia consiste num banho de água tépida e lavagem das áreas queimadas e não queimadas, com objetivo de descolonizar a pele e fazer o desbridamento da pele queimada. Sendo, habitualmente utilizados antissépticos, tais como a cloroheixidina. O procedimento exige a colaboração de uma Equipa Multiprofissional constituída por dois Enfermeiros (que executam os procedimentos diretamente relacionados com o tratamento das queimaduras); um Enfermeiro circulante (de apoio à anestesia); um Auxiliar de Ação Médica (que colabora com o Enfermeiro circulante e zela pela manutenção da limpeza e arrumação da sala); um elemento da Equipa Médica de anestesia. A sedoanalgesia durante a balneoterapia tem muitas vantagens, das quais realço: a redução do risco de trauma psicológico; permitir que o doente fique quieto para a execução de procedimentos invasivos ou agressivos (na remoção de tecido necrótico); facilitar a remoção e execução dos pensos para reaplicação do agente tópico; e possibilitar a realização de fisioterapia. Fiquei surpresa em ter verificado que os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação também intervinham na balneoterapia, aproveitando esse momento de excelência no cuidado à pessoa queimada, beneficiando-a o na realização de exercícios que não toleraria se não estivesse sedada.

O primeiro contacto com uma pessoa vítima de queimadura na sala de balneoterapia foi bastante forte, pareceu-me inicialmente um pouco agressiva a forma como era feita a limpeza da pele e o destacamento dos tecidos desvitalizados com o auxílio das giletas e das lâminas de bisturi. Participar nas sessões de balneoterapia foi uma nova realidade. Senti muito orgulho em descobrir e desenvolver competências neste âmbito. É gratificante observar o antes e o depois do tratamento executado na balneoterapia. Não tenho qualquer dúvida em dizer que é sobretudo nesta sala que os Enfermeiros podem fazer a diferença, demonstrando o que sabem fazer. As avaliações que os Enfermeiros fazem acerca da evolução das queimaduras são valorizadas e condicionam todo o tratamento (cirúrgico ou não) conseguinte. É efetivamente um exercício de grande responsabilidade e importância que deve ser valorizado e até divulgado. Infelizmente só existiu até hoje um único estudo de investigação nessa área realizado na UQ, pela Enfermeira Ana Martinho, tendo esta implementado um instrumento próprio de registo das sessões de balneoterapia, que é seguido escrupulosamente por toda a Equipa. Após a balneoterapia, tiram fotografias para posteriormente observar a evolução dos tratamentos.

A escolha dos produtos a utilizar na realização dos pensos às áreas queimadas depende de diversos fatores, dos quais saliento: as características da lesão, a disponibilidade dos produtos e a experiência de quem os efetua. No caso da UQ, os Enfermeiros já conquistaram há muito a autonomia na realização dos pensos: o como, com o quê e quando é assim uma opção do Enfermeiro responsável pela pessoa vítima de queimadura. De forma a uniformizar esse cuidado a UQ possui um protocolo que inclui a utilização de alguns produtos, no entanto não existe consenso entre os elementos da Equipa e este não é utilizado. Visto isso, senti necessidade de verificar o que a literatura afirmava relativamente às indicações do uso de determinados agentes tópicos, produtos naturais e sintéticos, soluções antissépticas e substitutos da pele. Quanto aos agentes tópicos, é consensual a preferência na utilização da sulfadiazina de prata 1%, com a finalidade de desbridar tecidos necrosados e combater a infeção local. Existindo presentemente, uma nova versão de sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cerium, em que a vantagem desta, segundo os colegas, é a não obrigatoriedade de fazer o penso diário e também o facto de ter uma ação modeladora da resposta imunológica. O que vem de encontro às recomendações da DGS (2017), quando refere que os produtos com ação antimicrobiana (como o creme de sulfadiazina de prata ou sulfadiazina de prata mais

cerium) devem ser prescritos em todos os tipos de queimaduras durante as primeiras 72 horas (três dias) após lesão de queimadura, sendo que, as feridas de queimaduras com sinais de infeção devem ser tratadas com sulfadiazina de prata tópica ou sulfadiazina de prata mais cerium tópico. Outro produto muito utilizado na UQ é a gaze impregnada com triglicerídeos que, possui a capacidade de alterar as reações inflamatórias e imunológicas, acelerando o processo de granulação tecidual. Existem muitos produtos que ainda podem ser utilizados nas queimaduras, tais como o aquacel, os hidrocolóides, as hidrofibras (Aquacel).

O Senhor X foi submetido a várias cirurgias, em vários momentos, essencialmente as áreas queimadas foram submetidas a escaretomias e posteriormente enxertos, mas de uma forma gradual e por etapas. Foi um trabalho difícil e que requereu alguma paciência, no entanto, a evolução do seu estado foi extraordinária e para mim muito marcante. Passado cerca de um mês estava a ser realizado desmame do ventilador e rapidamente começou a falar. Poder acompanhar todo este processo foi bastante motivador e desafiante para mim. Senti alguma preocupação e interesse em acompanhar esta situação de perto. Assim, mesmo quando ele não estava distribuído ao meu orientador, passava pelo quarto para saber como se estava a sentir. Numa das muitas conversas que tivemos, confessou-me o seu medo de nunca mais voltar a ser o que era e de que a sua companheira já não quisesse casar com ele. Tentei sempre transmitir-lhe confiança e coragem. Fazendo uma breve reflexão, é essencial ainda salientar a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, relativamente a dois focos de atenção, são eles: A questão dos ensinamentos à família relativamente à assepsia. A preparação para o regresso ao domicílio, que deve iniciar-se o mais precocemente possível, e que passa por uma grande quantidade de ensinamentos: os cuidados à pele (higiene e aplicação de produtos tópicos), a alimentação e hidratação, a prevenção de novos acidentes, a necessidade de ajuda nas atividades diárias de vida, a necessidade de realização de movimentos passivos e/ou ativos, entre outros.

Tive a oportunidade de conhecer a sua companheira, no 4º dia do internamento e de, em conjunto com o Enfermeiro Orientador, prepará-la para o que iria presenciar, de forma a atenuar o primeiro impacto e o choque. Utilizando a escuta ativa e empatia, colaborei na promoção de um ambiente de conforto e disponibilidade permanente, participando no fornecimento de informações relativas aos cuidados prestados e evolução verificada no estado de saúde. De acordo com Sá, Botelho & Henriques (2015), aliada à elevada gravidade,

reconheceu-se que a situação crítica tem um elevado impacto nos familiares, através da expressão de emoções fortes como o choque, a negação, o desespero, a culpa e o medo. Os familiares vivenciam emocionalmente e com grande intensidade todas as alterações da pessoa queimada, carecendo desde o início do internamento de uma intervenção mais estrita. Apesar destas unidades terem um sistema de visitas restritas, em que apenas é permitida uma visita diária presencial à pessoa vítima de queimadura, a Equipa Multidisciplinar deve procurar minimizar o impacto emocional da situação crítica para com a família.

Neste serviço pude verificar que a reabilitação se inicia precocemente pelos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação. É de realçar o trabalho desenvolvido pelos mesmos, desde o primeiro dia do internamento, sendo efetuados movimentos passivos, para assegurar a manutenção dos movimentos dos 4 membros, com os objetivos de: reduzir as contraturas cicatriciais; proporcionar boa cicatrização pelo melhor alinhamento das fibras; recuperar a função do membro lesado e assim futuramente, favorecer o retorno à autonomia do doente. Devo confessar que fiquei agradavelmente surpreendida, pelo trabalho e empenho por eles demonstrado e por serem tão valorizados e reconhecidos por toda a Equipa Multidisciplinar. Estes são presença obrigatória em todos os turnos da manhã. O Senhor X, apresentava uma grande perda de massa muscular, pelo que teve que ser submetido a intensa fisioterapia, dia após dia, tendo recuperado muito lentamente os seus movimentos. No entanto, queixava-se com muita dor. A dor, que na fase aguda da queimadura tinha a sua origem nos procedimentos dolorosos e na queimadura em si, passa a ser, uma dor crónica, de tipo neuropático, que surge como consequência direta de uma lesão ou patologia que afeta o sistema somatosensorial (Fishman, Ballantyne & Rathmell, 2010). A dor é um parâmetro muito valorizado na UQ, sendo utilizadas medidas farmacológicas, como por exemplo PCA de morfina. Mas também medidas não farmacológicas, tais como distração, musicoterapia, entre outras. Quando teve alta da UQ, ainda apresentava limitações, mas já conseguia caminhar. Foi transferido para o Hospital de Leiria, a sua área de residência, para aí continuar a dura batalha que terá pela vida fora.

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À ACÇÃO

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata. Sendo que, neste contexto podemos considerar as vítimas de VD, existindo no SU do CHUC – Pólo B um protocolo desde 2005 (ANEXO IV).

A VD é um problema social de dimensões amplas, mas difícil de perceber na sua exata medida, que abrange todas as sociedades e nelas tem perdurado, salvaguardada em muitos casos pelo princípio da inviolabilidade da vida privada. Apenas nas últimas duas décadas este fenómeno ganhou maior relevância pública e política, reconhecida como uma violação dos direitos e da dignidade do ser humano e sendo alvo de legislação específica (Patrício, Coelho & Saleiro, 2015). No âmbito dos contextos familiares temos hoje um maior conhecimento tanto empírico quanto científico e, por isso, uma maior consciência dos níveis de violência no ambiente familiar, bem como da dimensão dos seus impactos (Miranda, Paula & Bordin, 2010).

Sendo este um tema que me desperta particular atenção, procurei buscar o máximo de informação referente a este Protocolo, dado que seria de grande utilidade a sua implementação no SU onde exerço funções. Para isso, tive o apoio e ajuda, que eu muito agradeço, do Enfermeiro Especialista António Veiga, que amavelmente me forneceu toda a informação. De uma forma sucinta, este protocolo é acionado pelo triador que encaminha a vítima para o Enfermeiro Coordenador de serviço, este, após os cuidados imediatos e a situação clínica estabilizada, realiza uma entrevista estruturada (ANEXO V), em local apropriado, ou seja, que proporcione privacidade e segurança, sendo por vezes utilizado o gabinete de crise. Faz registos no *Alert* na área “aspectos relevantes” de forma a não sair impressa na carta de alta, comunica às entidades policiais (cariz obrigatório) e remete se necessário para o serviço social e/ou Equipa Multidisciplinar. Sempre que exista necessidade de recolha e preservação de provas, a vítima é transferida para CHUC-Pólo A, pois têm protocolo com Medicina Legal e preferencialmente esta recolha deve ser realizada pela mesma. Todos os casos de VD existentes, devem ser reportados para a rede local de apoio à VD, que procede à respetiva consulta de Violência Familiar no Pólo de Psiquiatria do CHUC. Todos os Enfermeiros Coordenadores têm formação/informação sobre esta temática de forma a agir em conformidade, procurando proteger a vítima, não fazendo juízos de valor, respeitando as suas

opções demonstrando sempre disponibilidade e informando as linhas telefónicas de apoio (fornece guião). Uma vez que o maior contato com o protocolo de VD e com casos que ocorressem em relação a esta realidade era um dos objetivos deste estágio, deste Mestrado e logicamente um objetivo pessoal, posso referir, após reflexão, que o consegui atingir. Constituindo este um auxílio e contributo para o trabalho de investigação que pretendo realizar à posteriori.

Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

A catástrofe é definida pela Lei de Bases da Proteção Civil – Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. Desta forma, os Enfermeiros, que constituem o grupo profissional mais numeroso na área da saúde, desempenham um papel fulcral quando desastres, catástrofes naturais ocorrem, servindo, na maioria das vezes, como a primeira ajuda, como agentes de triagem, como prestadores de cuidados e como coordenadores de serviços de cuidados. Contudo, sistemas de saúde e prestação de cuidados de saúde em situações de desastre apenas serão bem-sucedidos se os Enfermeiros possuírem as competências e habilitações fundamentais para uma resposta rápida e efetiva (International Council of Nurses, World Health Organization, 2009). Os seus papéis são definidos mediante as necessidades específicas que a instituição de saúde e as equipas de trabalho apresentam, bem como as particularidades que o desastre originou. É indispensável que haja um plano definido e esclarecido, diante das responsabilidades da Equipa e a descrição precisa das atividades específicas de cada elemento multiprofissional. No planeamento deverá ser definida qual é a capacidade de atendimento do local para que haja efetividade na simulação periódica do atendimento em situações de desastres. Com isso, o Enfermeiro pode prever qual será a necessidade de recursos humanos, área física, materiais e equipamentos em atendimento real (Dorneles, 2014). Pois, de acordo com o Regulamento nº429/2018, enquanto parte integrante do perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, é identificada a necessidade de desenvolvimento de competências na resposta a situações de catástrofe. Desta forma, e como é essencial o papel desempenhado pelo

Enfermeiro Especialista em Situações de Exceção e Catástrofe, tentei obter o máximo de informação possível acerca do “Plano de Catástrofe” aqui existente (ANEXO VI).

Acionado o Plano de Catástrofe as vítimas que dão entrada no SU são triadas utilizando o algoritmo de avaliação primária e secundária da Triagem de Manchester. No posto de triagem 2 existe um armário fechado, onde se encontram 100 Kits cada um com impresso de catástrofe numerado; folhas para registo de terapêutica; folhas de requisição de análises e de exames complementares de diagnóstico; pulseiras com as respetivas cores (vermelho, amarelo, verde e preto) de acordo com o algoritmo de avaliação primária e secundária, impresso de espólio numerado e etiquetas numeradas.

Ao longo deste ECI não se verificou nenhuma situação de catástrofe pelo que foi impossível para mim colaborar na execução do “Plano de Catástrofe”. No entanto, devido à forma como foi desenhado, estou certa que caso tivesse havido necessidade de o ativar, não teria tido qualquer dificuldade em o integrar e colaborar com os colegas, o que eu considero bastante positivo dado que no SU onde exerço funções, este se encontra desatualizado, sendo útil e importante alertar para este fato, disponibilizando-me para o ajudar a concretizar.

Da análise crítica desta competência e das unidades descritivas, verifica-se que a conceção de planos de emergência, implementação e atuação poderia não ser oportuna em contexto de SMI, um local de estágio mais dirigido à prestação e gestão de cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Esta visão é partilhada pela coordenação de curso e várias vezes assumida e refletida em reuniões intervalares e de avaliação, sendo que a sua abordagem é mais oportuna num contexto de resposta em SU. Assim sendo, no EC II não constavam dos meus objetivos pessoais a procura do desenvolvimento desta unidade de competência. No entanto, houve espaço de reflexão, com a Enfermeira Orientadora. Existe um Plano de Emergência Externo para todo o hospital. Neste serviço deveria existir um Plano de Emergência e Catástrofe Interno, que teria sido deveras útil quando ocorreu o surto de gripe A que deflagrou no País. Nesta situação em particular, abriram uma unidade extra com 8 camas, com o apoio do SU. Convém salientar que este é um objetivo que o serviço pretende implementar, estando em fase de análise e estudo. No entanto, em conversa informal com uma colega mais entendida nesta área, pude perceber que o Plano de Catástrofe ficou mais delimitado a partir do Euro 2004. E, muito sucintamente, quando é acionado, o Enfermeiro coordenador do piso 1, delega os pacientes a outro colega e

vai para a gestão dos recursos humanos e técnicos em conjunto com o médico do mesmo piso. Analisam qual a equipa de serviço, que vai entrar a seguir e se necessário antecipam a entrada. Verificam também quais os pacientes no serviço que podem ser transferidos para outros serviços, contactam os mesmos e agilizam a transferência. Verificam quais os recursos materiais disponíveis para serem mobilizados no serviço e fora do mesmo; informam a Enfermeira chefe bem como o diretor do serviço.

Isto de acordo com Almeida e Sousa (2012) que refere que a preparação para situações de catástrofe deve existir constantemente numa Unidade de Cuidados Intensivos, enquanto unidade integrada numa instituição, sendo que todos os elementos devem estar informados e ter formação sobre o plano e organização hospitalar na resposta à situação de exceção. Refere também a importância da ampliação da mesma, com necessidade de critérios adaptados, e na utilização de recursos limitados que caracterizam a situação de exceção.

O ECIII, realizado na UQ, foi numa perspetiva opcional, pelo que não existiu um grande investimento do ponto de vista do Plano de Emergência e Catástrofe. No entanto, na UQ não existe um Plano de Emergência e Catástrofe Interno, que teria sido deveras útil quando ocorreram os Incêndios que deflagraram e fustigaram o País e, em especial, a Região Centro. Convém salientar que este é um objetivo que o Serviço pretende implementar, estando em fase de análise e estudo.

Nesta linha de pensamento há que refletir, pois, desde 2010 que existem recomendações para a elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde, emanadas pela DGS (2010). Este torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto.

3.3. 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

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) dificultam o tratamento adequado do paciente e são causa de significativa morbi-mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente,

evitáveis (DGS, 2013). Pude verificar que em todos os locais de EC pelos quais passei, existe uma preocupação permanente para se cumprirem as normas e regras implementadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), principalmente da parte da chefia que fomenta a formação em serviço.

Segundo a DGS (2015), Feixes são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente. Preconiza a realização de auditorias para avaliar a adesão e a comunicação dos indicadores de processo e de resultados de retorno aos profissionais. Estas diretrizes em modo *bundle*, são difundidas pelos grupos de trabalho dos diversos serviços, através dos seus elos, procurando sensibilizar os diferentes grupos profissionais para a importância do seu cumprimento e difusão.

Durante o EC I houve uma formação em serviço sobre “Prevenção e Controlo da Infeção: O Contributo dos Enfermeiros do SU do CHUC do Hospital Geral – Pólo B”, tendo-se revelado um complemento que reforçou os conhecimentos adquiridos nas aulas. Na supracitada formação, deram a conhecer os feixes de intervenção a toda a Equipa, mas estes ainda não estão implementados. Aqui, um dos reparos a realizar, consiste na existência (nas salas dos diferentes setores) de saco branco (grupo III) para todo o tipo de lixo, não existindo, por exemplo o saco preto para os resíduos equiparados a urbanos ou resíduos hospitalares não perigosos (grupo I e grupo II). A classificação dos resíduos hospitalares é estabelecida pelo Despacho nº 242/96, que procede à sua divisão em quatro grupos: Grupo I – resíduos equiparados a urbanos; Grupo II – resíduos hospitalares não perigosos; Grupo III – resíduos hospitalares de risco biológico, resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação e Grupo IV – resíduos hospitalares específicos, resíduos de vários tipos, de incineração obrigatória. Sendo que, uma das fases mais importantes para a minimização e gestão efetiva dos resíduos hospitalares produzidos é a sua triagem no local de produção. Esta operação é a base de uma gestão integrada dos resíduos hospitalares nas unidades de prestação de cuidados de saúde, pois dela depende a redução dos riscos para a saúde e para o ambiente associados a potenciais contaminações, resultantes do cruzamento de resíduos com risco biológico associado e ou de incineração obrigatória, induzidas por circuitos inapropriados ou por misturas inadvertidas ou, ainda, por falta de

formação/informação dos profissionais envolvidos. Relativamente ao isolamento de doentes, têm três quartos individuais, utilizados para esse efeito ou para proporcionar privacidade a doentes em fase terminal, existindo, igualmente, um quarto com características apropriadas para isolamento com pressão negativa. A higienização correta das mãos é o único procedimento realmente eficaz na prevenção das infeções nosocomiais e das IACS, reduzindo a transmissão de microrganismos patogénicos, de um paciente para outro. Sendo este procedimento, pelo que me apercebi, bastante respeitado por todos os profissionais e devidamente auditado.

Pude comprovar que em contexto de UCI, esta é uma área de grande relevo, tendo sido possível, de imediato, perceber algumas especificidades e características peculiares, nomeadamente:

- A equipa multidisciplinar veste fardas azuis disponíveis no serviço, trocando-as diariamente, e utilizando sempre que necessário as batas de proteção ou os aventais descartáveis, bem como máscara, revelando sensibilidade para a questão da possibilidade de infeções cruzadas no serviço;
- Relativamente à separação de resíduos, considera-se que tudo é contaminado e por este motivo não existe divisão, quando na verdade, em alguns setores, seria possível (sem alterar a dinâmica do serviço) efetuar a divisão entre lixo doméstico e contaminado, e ainda entre o papel e o plástico;
- A equipa está bastante sensibilizada para a questão da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, respeitando a assepsia necessária em todos os procedimentos, realizando a lavagem e assepsia das mãos (o maior transmissor de infeções) em especial ao deixar a unidade do doente e ao contactar de novo. O próprio lavatório das mãos tem sensor automático com dispensador de água e sabão;
- As assistentes operacionais assumem também um importante papel garantindo diariamente a limpeza e desinfeção de todos os equipamentos que se encontram na sala, e também do chão;
- Rastreios séricos a todos os pacientes no dia de admissão (duas hemoculturas, zaragatoas, entre outras)

- Todos os pacientes que dão entrada no SMI são colocados em isolamento preventivo através de uma fita amarela que é colocada no chão, rodeando a unidade do mesmo, até serem obtidos os resultados do rastreio sético. Caso se confirme, a fita passa a cor vermelha e, se possível, o paciente é colocado num quarto de isolamento. O Enfermeiro que presta cuidados não tem outros pacientes distribuídos;

- Técnica asséptica na limpeza da via aérea, através da aspiração de secreções pelo TOT, pelo menos duas vezes no turno. Higiene oral pelo menos uma vez por turno com *Tantum verde* ou *Clorhexidina oral* em pacientes infetados com *Carbapenemase de Klebsiella pneumoniae*. Para prevenção da Pneumonia associada ventilação.

Relativamente à UQ e atendendo à perda da barreira cutânea da pessoa com lesão tecidular por queimadura, comprovou-se que a prevenção e controlo da infeção é uma área de grande relevo neste contexto. Começando pela separação dos espaços físicos exteriores (por exemplo os vestiários) e os espaços clínicos interiores do serviço propriamente dito, através de uma zona de “transfer” que delimita as duas áreas. Assim, a transição da zona exterior para a interior requer a troca de roupa de todas as pessoas, que passam a usar fardas e calçado específico nessa zona, de forma a diminuir os riscos de infeção das pessoas queimadas com as quais têm contacto direto.

Assim, a par de todos os profissionais, tive especial atenção no que concerne à lavagem das mãos, sendo estas devidamente auditadas; à adoção de medidas de proteção individual (farda e socas de uso exclusivo da UQ, bata de proteção esterilizada, uso de touca); à utilização de máscara e de técnica asséptica em todos os procedimentos à pessoa queimada e à separação correta de lixos. Confesso que senti dificuldades na adoção destas medidas, bem como o peso da responsabilidade, dada a vulnerabilidade das pessoas queimadas. O facto de trabalhar num serviço de urgência e estes cuidados não serem tão rigorosos constituiu uma barreira, que facilmente foi ultrapassada com a ajuda dos colegas que me auxiliaram e, com o tempo fui interiorizando, acabando estas por transportar para a minha realidade diária, sendo uma mais valia, despertando práticas que antes eram descuradas.

Existe um protocolo que denominam protocolo vermelho, utilizado na pessoa em situação crítica, que preconiza a realização de hemoculturas, urocultura, hemograma, bioquímica, aspirado brônquico e zaragatoas, todas as 2ª e 5ª feiras. Assim como a troca dos sistemas é

realizada nos quartos pares às 2ª e 5ª feiras, nos quartos ímpares às 3ª e 6ª feiras. Não fazem antibioterapia profilática, exceto se houver sinais de infeção evidente ou se a queimadura tiver mais de 48 horas de evolução, de forma a evitar a emergência de resistências aos antimicrobianos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os EC proporcionaram experiências bastante interessantes e momentos privilegiados de aprendizagem, revelando-se um excelente momento de reflexão e de evolução no que diz respeito ao desenvolvimento quer das competências gerais do Enfermeiro Especialista, quer das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A partilha constante de conhecimentos e de opiniões com os diversos Enfermeiros, foi bastante enriquecedora para o meu desenvolvimento quer pessoal, quer profissional. Para além de um aumento de conhecimentos e competências desenvolvidos, enquanto profissional, gostaria de salientar o aumento de entendimento que pude desenvolver acerca de mim mesmo. Após uma prática reflexiva e realizada de forma diária desde o início do presente Mestrado, posso afirmar a dificuldade na conciliação entre a prática académica e a prática profissional, dado a quantidade de horas extra que estou sujeita no local onde exerço funções.

Nunca é demais recordar que um dos objetivos que alicerçou o ECI foi o contacto com outra realidade e outros protocolos em relação a situações de VD, temática que é o alvo principal da minha investigação, dado que seria pertinente implementar um protocolo no SU onde exerço funções acerca desta área.

Convém referir também que, caso não tivesse enveredado pela escolha da UQ no ECIII, não iria conhecer tão profundamente esta realidade e todas as especificidades diretamente relacionadas com esta problemática. O que veio demonstrar, igualmente, a pouca visibilidade sobre a temática dos cuidados à pessoa vítima de queimadura nos programas curriculares das Licenciaturas e Mestrados em Enfermagem, o que resulta num certo grau de impreparação por parte dos profissionais, sendo conveniente referir que nesta área a Enfermagem desempenha um papel ímpar e diferenciador. No final do EC e apesar de toda a excelência que assisti na UQ, fica sempre a ideia que algo pode ser sempre melhorado, caso existissem, por exemplo, mais estudos efetuados e publicados nesta área.

Apesar de todas as dificuldades e percalços sentidos durante o período temporal predefinido para os EC, a motivação, empenho, capacidade de trabalho e capacidade de iniciativa foram atributos presentes durante a realização dos mesmos, o que auxiliou na aquisição de novas e enriquecedoras aprendizagens e que culminaram em competências adquiridas que diferem da

prática profissional diária, impulsionando, desta forma, o desenvolvimento pessoal e profissional e um diverso conjunto de saberes. Aliás o saber e o conhecimento nunca são em demasia e nunca ocupam espaço e é em situações de maior adversidade que existe maior potencial de aprendizagem e evolução, tendo em linha de conta, igualmente, a humildade do reconhecimento que não se sabe tudo e que se deve procurar na tentativa de melhorar e evoluir.

Convém sublinhar que a formação contínua cada vez mais constitui-se como um requisito fundamental para o exercício da Enfermagem. Para a prestação de cuidados de Enfermagem de elevada qualidade torna-se imprescindível fundamentar e alicerçar o desempenho prático diário no saber científico e nos resultados de investigação. Só assim é possível (re)afirmar a nossa importância e influência do nosso papel junto dos restantes profissionais de saúde com quem cooperamos em equipa.

Para terminar, gostaria de mencionar que o presente MEPSC, apesar de ter sido um ciclo bastante desafiante para mim, apresentou-se como uma fase altamente necessária, após ter atingido um ponto de estagnação relativamente à minha vivência profissional, abrindo, assim, novos horizontes e proporcionando o conhecimento de distintas realidades profissionais. Nesta ordem de pensamento torna-se pertinente realçar o papel por mim desempenhado no ECIII realizado na UQ, uma experiência que permitiu apaixonar-me novamente pela minha profissão como Enfermeira e que jamais a teria tido sem a frequência deste Mestrado. Mais importante que o título adquirido após a conclusão desta etapa, é ter usufruído e aprendido em todos os passos no caminho desta experiência gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida e Sousa, J. P. (2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Acta Medica Portuguesa*, 25(1), 37–43.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL] (2010). *Referencial de Competências do Enfermeiro Gestor*. Acedido a 2 de novembro de 2020 em <http://www.apegel.org/documentos.aspx>
- Batalha, L. M. C.; Figueiredo, A. M.; Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 7-16.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. (2ªed). Coimbra.
- Carvalho, M. S. & Montezuma, A. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo: Contributos para uma reflexão sobre a humanização dos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência, Lda. ISBN: 972-8383-00-2.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2010). *Funções do Enfermeiro Coordenador*.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2014). Norma nº 20. *Cuidados ao doente neurocrítico: monitorização da PIC*.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2014). Norma nº 6. *Avaliação da Dor*.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2014). Norma nº 20. *Cuidados ao doente neurocrítico: monitorização da PIC*.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – SU: Pólo B. (2014). *Manual De Integração Para Enfermeiros No Serviço De Urgência*. 2ª Edição.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – HG. (2017). *Plano de Emergência Externa do Hospital Geral*. Coimbra.
- Despacho nº 242/96. (1996). Resíduos Hospitalares. *Diário da Republica II Série nº187*. 18-08-1996. Acedido em 7 julho 2020. Disponível em: http://iasaude.pt/UPS/legislacao/242_96.pdf
- Despacho nº1057/2015. (2015). Estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester. *Diário da República n.º 22/2015, Série II de 2015-02-02*. Acedido a 7 julho 2020. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66396673/details/normal?l=1>
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Determina os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência. *Diário da República 2.a série Nº 153 (11-08-2014)*, 20673–20674.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). Plano Nacional de Segurança dos Doentes. *Diário da República, 2.ª série — N.º 28*. Acedido a 25 novembro de 2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>
- Dias, L. J. (2014). *Sistema De Melhoria Contínua Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem: Um Modelo Construtivo No Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Epe*. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*. Acedido a 25 novembro 2020. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1529/1/Sistema%20de%20Melhoria%20Cont%C3%ADnua%20da%20Qualidade%20dos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*, (007/2010), 125.
- Direção Geral de Saúde. (2010). Criação e Implementação da Via Verde Sépsis. Circular Normativa nº1, (06/01/2010). Acedido em 20 de novembro de 2020, em <http://www.portaldasaude.pt>
- Direção Geral de Saúde. (2010). Norma nº 01/2010. Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS). Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional. Acedido a 20 novembro 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?ci=554&ur=1&newsletter=224>

- Direção Geral de Saúde. (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 3 julho 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Bundles: a new language and a new methodology. Acedido em 3 Julho 2020. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Bundles%3A+a+new+language+and+a+new+methodology&oq=Bundles%3A+a+new+language+and+a+new+methodology&aqs=chrome..69l57j69l58.2406j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>
- Direção Geral De Saúde. (2016). *Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. 2ª Edição. Acedido a 5 março de 2020. Disponível em: https://www.google.com/search?ei=8QyqXI5OrRgww6JTaw&q=dgs+violencia+interpessoal&oq=dgs+violencia+interpessoal&gs_l=psyab.3..0i71l5.0.0..60951...0.0.0.0.....0.....gws-wiz.FvFV24PP.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma 022/2012: Abordagem Hospitalar em Idade Pediátrica e no Adulto. Diário da República. Acedido em 12 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma nº 14/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Art 2º. Acedido em 3 agosto de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Dornelles, E. L. (2014). *Atuação da Enfermagem no Atendimento em Situação de Desastres: Uma Revisão Integrativa*. Tese. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.
- Fernandes, A. S., & Coelho, S. P. (2014). *Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: Revisão integrativa*. Revista Cuidarte, 5 (2), pp. 813-819.
- Fishman, S.; Ballantyne, J. & Rathmell, J. (2010). *Bonica's Management of Pain*. (4ª Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-0-7817-6827-6
- França, M. I. R. (2013). *Enfermeiros Na Experiência De Supervisão Clínica De Novos Profissionais: Adversidades E Estratégias*. Dissertação Apresentada À Escola Superior De Enfermagem De Coimbra Para Obtenção Do Grau De Mestre Em Enfermagem, Coimbra.
- Goyatá, S.; Rossi, L. (2009). *Nursing Diagnoses of Burned Patients and Relatives "Perceptions of Patients" Needs*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Vol. 20, n.º 1, Janeiro-Março, pp. 16-24.
- Kaiser, D. E. & Wegner, W. (2020). *Gestão do cuidado por enfermeiros: quais as competências necessárias?* *BlogRev@Enf*, 2020. Acedido em 28 novembro 2020. Disponível em: <https://blog.revenf.org/2020/03/13/gestao-do-cuidado-por-enfermeiros-quais-as-competencias-necessarias/>
- Lei n.º 27/2006 de 3 julho. (2006). Lei de bases da Proteção Civil. Diário da República n.º 126/2006, Série I. Acedido em 2 julho de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/537862/details/maximized>
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. II Curso de Mestrado de Gestão em Saúde. Trabalho de Projecto – Mestrado de Gestão em Saúde Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa.
- Magnetite, A.; Beerthuisen, G. (2011). *European Practice Guidelines For Burn Care: Minimum Level Of Burn Care Provision In Europe*. Netherlands. Acedido a 20 maio de 2020. Disponível em: https://www.academia.edu/9432606/European_Burns_Association_European_Practice_Guidelines_for_Burn_Care_Minimum_level_of_Burn_Care_Provision_in_Europe
- Martinho, A.M. (2008). *Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Acedido em 2 maio de 2020. Disponível em: <WWW:URL:https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9613/4/Dissertacao%20AM-Sum%C3%A1rio%20e%20Introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Mealer, M. & Moss, M. (2016). *Moral distress in ICU nurses*. Intensive Care Medicine. v. 42, n. 10, p. 1615-1617. doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. (5ªed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing company, LLC.
- Miranda, P. M. M.; Paula C. S. & Bordin, I. A. (2010). *Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família*. Acedido a 16 julho de 2020. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v27n4/a09v27n4.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Parecer nº10/2010: *Dotação de Enfermeiros no Bloco Operatório*. Acedido em 16 julho 2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%2010_CE_08.06.2010_DotacaoEnfermeirosBO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Acedido em 10 julho de 2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer nº01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em 3 julho 2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer nº 09/2017. *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em 25 novembro. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- Osborn, K. (2003). *Nursing burn injuries (Critical care)*. Nursing Management.
- Patricio, J.; Coelho, A. & Saleiro, S. (2015). *Processos de inclusão de mulheres vítimas de violência doméstica*. Cies-Iul, Instituto Universitário De Lisboa. Acedido a 23 março 2020. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/1007188791/Livro%20pimvvd>
- Peixoto, N. M. & Peixoto, T. A. (2016). *Prática reflexiva em estudantes de Enfermagem em ensino clínico*. Rev. Enf. vol.serIV, n.11, pp.121-132. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Politécnico de Leiria. Escola superior de saúde, conselho científico. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*.
- Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde. (2019). *Planeamento das Unidades Curriculares Ensino Clínico II e III*.
- Regulamento nº 21/2008. (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Direção Geral de Saúde. Acedido em 20 setembro de 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/joana/Downloads/i016167%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/joana/Downloads/i016167%20(2).pdf)
- Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República 2ª Série. Nº 26 (06-02-19), 4744 – 4750. Acedido a 10 de setembro de 2020. Disponível em www.dre.pt.
- Regulamento nº 429/2018. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República 2ª Série. Nº 135, 19359 – 19370. Acedido a 5 de novembro de 2019. Disponível em www.dre.pt

- Regulamento n.º 533/2014 de 2 Dezembro. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II. Acedido em 7 julho 2020. Disponível em www.dre.pt.
- Rossi, L.; Menezes, M. & Gonçalves, N. (2010). *Cuidados locais com as feridas das queimaduras*. Acedido em 4 maio de 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/joana/Downloads/v9n2a05.pdf>
- Sá, F.; Botelho, M. & Henriques, M. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A experiência do Enfermeiro*. Revista Pensar em Enfermagem, Vol. 19 (1). Acedido em 23 de maio de 2020. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Santos, A. & Miranda, S. (2007). *A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Brasil: Manole.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Programa de Acreditação*. Acedido em 3 julho de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/>
- Silva, M. A. O. (2012). *Pessoa em situação crítica – foco de cuidados do enfermeiro especialista*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Acedido em 20 setembro 2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16296/1/PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20OCR%C3%8DTICA%20%E2%80%93%20FOCO%20DE%20CUIDADOS%20DO%20ENFERMEIRO%20ESPECIALISTA.pdf>
- Silva, M. J. (2012). *Comunicação de más notícias*. O Mundo da Saúde, (36) 1, pp. 49-53.
- Silva, R.; Pires, R. & Vilela, C. (2011). *Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico. Revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2011). *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*; ISSN 0872-3087.
- World Health Organization and International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*, ISBN 978-92-95065-79-6.
- Xavier, S. M. (2013). *Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/10565>
- Zangão, O. B.; Serra I. C. & Gemitó, M. L. (2018). *Violência doméstica: Investigar para agir*. RIASE, Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento. Vol. 4 n.º 1. Acedido a 1 abril de 2020. Disponível em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24918/1/03%20-%20230-1004-1-PB%20artigo%20violencia.pdf>.

PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

EFETIVIDADE DA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ATUAÇÃO PERANTE A VÍTIMA DE VD EM CONTEXTO DE SU GERAL NA MELHORIA DOS CONHECIMENTOS E INTERVENÇÕES.

RESUMO

Introdução: A problemática da VD é encarada hoje, acima de tudo, como uma questão de Direitos Humanos e de Cidadania, consagrados em instrumentos internacionais, nomeadamente na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Constitui um dos principais problemas de saúde pública no mundo e, como tal, é importante que esta seja uma prioridade de investigação neste setor. O Profissional de Saúde, nomeadamente Enfermeiro, tem um papel importante e de grande responsabilidade, na identificação e sinalização da VD, pois o serviço de saúde é o primeiro ambiente ao qual a vítima recorre. De facto, estes profissionais devem possuir qualificações e conhecimentos que lhes permitam facultar apoio e referência, prestar cuidados e fazer o acompanhamento dos casos, assim como recolher e preservar evidências e meios de prova em situações de VD.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo rever sistematicamente a efetividade da formação dos Enfermeiros sobre a atuação perante a vítima de VD em contexto de SU geral na melhoria dos conhecimentos e intervenções.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados da PubMed, SciELO, CINAHL e MEDLINE tendo por base a estratégia PI(C)OD. Foram incluídos estudos realizados em Enfermeiros que trabalham no SU geral, a quem foi realizada formação adequada na área de intervenção a vítimas de VD. Os *outcomes* procurados incluíram: o Nível de conhecimento acerca das Intervenções em utentes vítimas de VD e Intervenções.

Resultados: Foram encontrados cinco artigos que cumpriram os critérios de inclusão e qualidade metodológica para análise tendo sido demonstrado que o nível de conhecimento dos Enfermeiros melhorou com a formação assim como uma melhoria das intervenções principalmente ao nível da identificação e referência.

Conclusão: Pode inferir-se pela análise dos estudos que a implementação de protocolos de intervenção de Enfermagem, bem como a capacitação e formação dos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, torna-se fulcral para a abordagem face à problemática da VD. Dotando, assim, todos os profissionais e as instituições prestadoras de cuidados de saúde das ferramentas necessárias para a mitigação de um problema com tão grande impacto na sociedade a nível mundial.

Palavras chave: Violência Doméstica; Cuidados de Enfermagem; Protocolos de Enfermagem; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

Introduction: The issue of Domestic Violence (DV) is seen today, above all, as a matter of Human Rights and Citizenship, consigned in international instruments, namely in the Universal Declaration of Human Rights. It constitutes one of the main public health problems worldwide, so by this reason it is important that this theme become a priority research target. The Healthcare Professionals, namely the Nurses, have an important role and great responsibility in the identification and signaling of DV, mainly because the health institutions are the first local to which the victim goes to. In fact it is important to mention that these Professionals must have qualifications and a body of knowledge that allow them to provide the proper support and referral, to provide care and follow-up on the cases of Domestic Violence, as well to collect and preserve evidence in situations of DV.

Aim: This study's main goal is to review systematically the effectiveness of the training of Nurses on the performance before the victim of Domestic Violence in the context of Emergency Department in improving Knowledge and Interventions.

Material & Methods: A search was carried out in the data bases of PubMed, SciELO, CINAHL and MEDLINE based on the PICOD strategy. The present study included randomized studies carried out in Nurses who worked in the Emergency Department, and received adequate training in the area of intervention for victims of Domestic Violence. The outcomes searched for this study included the Level of Knowledge about Interventions in victims of Domestic Violence and Interventions

Results: The present study found five main articles that fulfilled the inclusion criteria and the methodological quality for the subsequent analysis, and it was demonstrated that the level of knowledge of the Nurses improved with training, as well an improvement in the interventions, specially in the areas of identification and referral.

Conclusion: It is possible to infer from the thorough analysis of the studies that the implementation of Nursing Intervention Protocols, as well as the Training and Education of Healthcare Professionals, namely Nurses, becomes central to a convenient approach to the problem of Domestic Violence. Providing, this way, all Professionals and Healthcare Institutions with the necessary tools to mitigate a problem with a major impact on the society worldwide.

Keywords: Domestic Violence; Nursing Care; Nursing Protocols; Emergency Department.

INTRODUÇÃO

Na História da Humanidade, a violência tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos, não deixando de ser encarada de forma diversa nas diferentes civilizações. Todavia, no mundo de hoje, não é plausível considerar a violência como sendo parte inevitável da condição humana. Na sociedade atual, o conceito de atos violentos engloba um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis, dado o impacto negativo que, a curto, médio e longo prazo pode ter na qualidade de vida e na saúde das pessoas e das populações, levando, em casos limite, à morte (DGS, 2016).

O investimento nesta área, por parte dos Enfermeiros Portugueses, surge por defenderem que, enquanto profissionais que lidam com a saúde das pessoas, na sua vertente holística, têm a responsabilidade, bem como a função de colaborar com a Justiça e dar resposta, na íntegra, ao que é defendido no Código Deontológico dos Enfermeiros:

“ (...) As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. São valores universais a observar na relação profissional: a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional (...)”.

(Ordem dos Enfermeiros (OE), 2005 pág. 61 e 64)

A violência destrói vidas. No mundo todo, cerca de meio milhão de pessoas são assassinadas a cada ano. Além dessas mortes, milhões de crianças, mulheres e homens sofrem devido à amplitude das consequências da violência em suas casas, nas escolas e nas comunidades. Muitas vezes, as consequências da violência atormentam a vida das pessoas por décadas, levando ao consumo inadequado de bebidas alcoólicas e de drogas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a recorrentes dificuldades de relacionamento (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014).

A violência, atualmente é considerada um problema de saúde pública, apesar de não representar um novo problema de saúde, mas sim um fenómeno que tem sido perpetuado na história da humanidade que acontece nas mais variadas conjunturas e contextos. A violência manifesta-se como uma realidade que ultrapassa qualquer fronteira, independentemente da

sua natureza étnica, cultural, geográfica, política, social, económica ou financeira. De cariz extremamente versátil, a violência é um fenómeno que se torna incapacitante porque gera sofrimento pessoal, tanto nas vítimas como nos agressores, potenciando transtornos de ansiedade, transtornos do humor, abuso de substâncias ou outros problemas de saúde (OMS, 2000).

Apenas nas últimas duas décadas este fenómeno ganhou maior relevância pública e política, reconhecida como uma violação dos direitos e da dignidade do ser humano e sendo alvo de legislação específica (Patrício, Coelho & Saleiro, 2015). No âmbito dos contextos familiares temos hoje um maior conhecimento tanto empírico quanto científico e, por isso, uma maior consciência dos níveis de violência no ambiente familiar, bem como da dimensão dos seus impactos (Miranda, Paula & Bordin, 2010).

(DGS, 2016). Articulando potencialidades, saberes e recursos, é possível atuar com propriedade junto das vítimas e dos agressores, no sentido de minorar os efeitos perniciosos e, quem sabe, debelar a violência doméstica a longo prazo (Zangão *et al.*, 2018).

As Equipas e os Profissionais de Saúde encontram-se numa posição única para poderem responder às necessidades específicas de pessoas em risco ou em perigo de sofrer atos de violência, ou também de perpetrá-los. De facto, os Enfermeiros, além de poderem ser os primeiros recetores da revelação das situações, estão em condições de facultar apoio e referência, prestar cuidados e fazer o acompanhamento dos casos, assim como recolher e preservar evidências e meios de prova em situações de violência interpessoal, nomeadamente de violência sexual. Os serviços de saúde, quer de urgência ou pré-hospitalares, quer os centros de saúde, são locais privilegiados para a observação destes casos, porque os Enfermeiros são quase sempre os primeiros a interagir com as vítimas, sendo esta primeira observação e interação fundamentais e que pode fazer toda a diferença (Gomes, 2014 & DGS, 2016).

Segundo Ferraz, Lacerda & Labronici (2009), os profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros, estão em contato direto com a maioria das vítimas, pois é nos serviços de saúde que normalmente buscam ajuda e tratamento para os seus problemas. Isso os deixa próximos, fornece a possibilidade de construir elos de confiança e permite reconstruir conceitos sobre a violência, com vistas a reduzir os índices deste agravo e mudar a realidade social. Não existe um modelo para cuidar, porém, profissionais melhor preparados terão condições de

estabelecer uma relação de cuidado que extrapole as ações técnicas com estabelecimento de vínculos de cuidado com a pessoa. Ressalta-se que o processo de cuidar não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre profissional e paciente.

Qualquer profissional de saúde, ao deparar-se com um caso de VD, está perante um problema de saúde pública, devendo adotar um papel proactivo na prevenção, o que implica que este tenha um conhecimento profundo sobre a temática e a sua consequente capacitação e formação, para que a resposta a estes problemas seja cada vez mais eficaz. Neste contexto existe um conjunto de atividades que o profissional, especificamente num SU, deve desenvolver junto da vítima e que são: Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar e Referenciar (Redondo, Pimentel & Correia, 2012). A sinalização das vítimas de VD é de extrema importância, assumindo-se como uma estratégia para a prevenção da violência, de possíveis lesões ou até mesmo a morte das vítimas. Esta é uma etapa importante, pois, identificar uma vítima de VD pode ser o primeiro passo para um acompanhamento e intervenção adequada por parte da equipa de saúde, sendo necessário em primeira instância realizar um *screening* da vítima e do agressor (Redondo, Pimentel & Correia, 2012).

Por outro lado, Gomes (2014) defende que, um Profissional de Saúde dotado de conhecimentos forenses facilmente identifica as situações de violência doméstica e os traumatismos não acidentais, e tem uma abordagem para com a vítima e cuidados próprios para que essa violência possa ser sinalizada e denunciada nas instâncias competentes e fazer a articulação com as entidades que prestam apoio psicossocial às vítimas. O atendimento de uma vítima, face às lesões físicas e psíquicas de violência, não se pode limitar a uma prática médica reparadora, mas por uma avaliação das lesões suspeitas, pela audição calma e segura da vítima e pela salvaguarda dos vestígios com relevância criminal que possam constituir provas para uma futura investigação criminal. Desta forma, dotar os profissionais de Enfermagem de conhecimentos e de técnicas forenses, desenvolver e implementar programas de Enfermagem forense, aplicar protocolos forenses nos SU e pré-hospitalares mostra-se fundamental na deteção da justiça de forma célere e adequada para a proteção da vítima. Visto que, a Enfermagem forense combina, os conceitos gerais da Enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais, o Enfermeiro com esta formação, possui conhecimento sobre o funcionamento do sistema legal, documenta, preserva e recolhe evidências, podendo

proporcionar apoio jurídico e consultadoria às autoridades legais (International Association of Forensic Nursing (AIFN), 2006 & Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (APEFORENSE), 2011). A consultadoria eficaz e atempada, por conseguinte, poderá facilitar a obtenção de provas.

Neste enquadramento, em Portugal, o Governo, em reunião de Conselho de Ministros realizada em março de 2019, aprovou um conjunto de medidas que visam reforçar as respostas para prevenir e combater a VD. Entre as respostas a desenvolver destaca-se a reestruturação do Serviço de Informação a Vítimas de VD, garantindo o atendimento especializado 24 horas por dia, e abrangendo um serviço de apoio em situações de emergência. Tendo presente esta medida, e como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médica Cirúrgica, acredito ser essencial e urgente, investigar e estudar a efetividade das intervenções de Enfermagem perante a pessoa adulta vítima de VD em contexto de SU Geral, dada a importância que esta temática apresenta no panorama nacional e internacional. O investimento na formação dos Enfermeiros portugueses, na temática da VD surge, porque acreditam que enquanto profissionais que lidam com a saúde das pessoas, na sua vertente holística, têm a responsabilidade, bem como a função de colaborar com a justiça e dar resposta, na íntegra, ao que é defendido no Código Deontológico dos Enfermeiros. Assim, o modo de atuação do profissional de Enfermagem no atendimento à vítima de VD, nomeadamente num serviço de urgência, pode ser determinante para o seu restabelecimento de saúde, em particular e, no geral, para toda a sua vida pelo apoio que pode facultar para a resolução dos seus problemas (Marques, 2017).

A escolha deste tema impôs-se primeiro pela sua relevância e atualidade e, segundo, pela vontade de adquirir mais conhecimento sobre este fenómeno e, quiçá, compreendê-lo um pouco mais, dado que no SU onde laboro não existe um protocolo/plano de atuação de Enfermagem. Este tem como intuito facultar orientações para as boas práticas na deteção e intervenção em situações de VD. Assegurando desta forma, a uniformização de procedimentos, tanto nos cuidados de saúde primários como nos hospitalares, contribuindo para atuações mais exequíveis, concertadas e efetivas. E deste modo, responder ao fenómeno da violência numa mudança gradual do paradigma de intervenção, priorizando ações preventivas e rentabilizando os recursos existentes, numa perspetiva dinâmica e não estanque (DGS, 2016). Os Protocolos são instrumentos que contêm recomendações estruturadas de forma sistemática e a sua

utilização na área da Enfermagem apresenta como resultados positivos a redução da variabilidade de ações de cuidado, a melhoria na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, entre outros (Figueiredo *et al.*, 2018). Como exemplo, pode-se observar o fluxograma emanado pela DGS em 2016 (FIGURA 1).

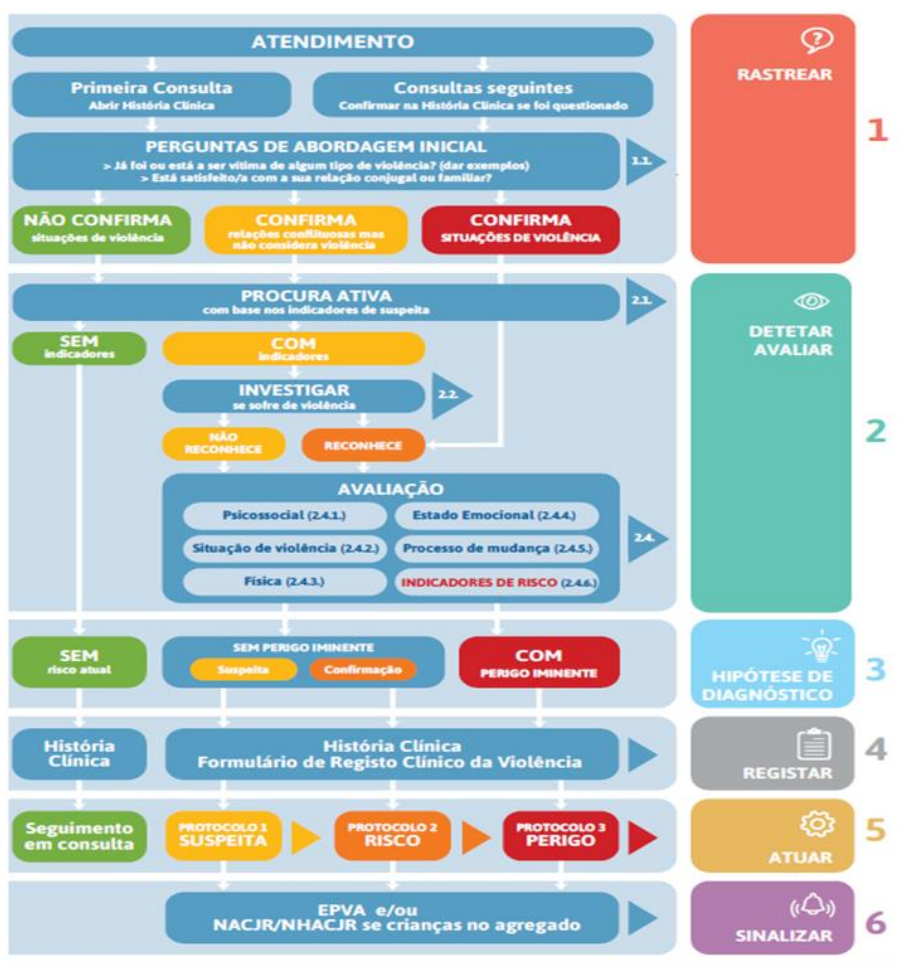


Figura 1 - Fluxograma Geral de Atuação em Violência Interpessoal, segundo DGS (2016)

No SU do CHUC – Pólo B, local onde realizei EC I, existe em vigor um protocolo sobre VD desde 2005, tal como referido anteriormente e em anexo (ANEXO IV e ANEXO V).

Em vista disso, foi definido para este estudo, o seguinte objetivo:

- Rever sistematicamente a efetividade da formação dos Enfermeiros sobre a atuação perante a vítima de VD em contexto de SU geral na melhoria dos conhecimentos e intervenções.

Face à evidência das alterações de saúde, secundárias à VD, importa que os profissionais de Enfermagem a integrem nas suas práticas profissionais e possam dispor de meios humanos,

materiais e de formação específica, favorecedores da prevenção e intervenção e do surgimento de políticas públicas adequadas.

1. METODOLOGIA

Investigar é uma atividade que obriga a disciplinar o pensamento e a ação. Supõe desenvolver um delicado equilíbrio entre a aplicação de normas mais ou menos preestabelecidas pelo método e uma certa dose de criatividade e originalidade. O que distingue a investigação científica de outras formas de indagação acerca do nosso mundo é que esta tem subjacente um método específico. Há um modo de fazer as coisas, de colocarmos as questões e de formular as respostas, que é característico da ciência, que permite ao investigador desenvolver o seu trabalho de um modo sistemático (Vilelas, 2017).

De acordo com o *Cochrane Handbook* as RSL são habitualmente consideradas como evidência de alta qualidade, dado que resumem os resultados de todos os estudos originais num determinado tema. Assim, foram tidas em consideração as sete fases recomendadas para uma revisão sistemática, apresentadas pelo *Cochrane Handbook* (Chandler, Higgins, Deeks, Davenport & Clarke, 2017), designadamente: 1. Formulação da questão/problema; 2. Localização e seleção dos estudos; 3. Avaliação crítica dos estudos; 4. Colheita de dados; 5. Análise e apresentação dos dados; 6. Interpretação dos resultados; 7. Aperfeiçoamento e atualização da revisão.

1.1. OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Vilelas (2017), a investigação é entendida como uma atividade básica da ciência, procurando questionar e analisar a realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza perante a realidade do mundo. Embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas com interesses e circunstâncias socialmente condicionadas.

O primeiro passo para realizar uma RS é formular uma questão de investigação. O foco da questão é um ponto importante, pois se a questão é muito restrita serão identificados poucos estudos e a generalização pode ser limitativa. Se a questão é abrangente de mais, pode ser difícil chegar a conclusões aplicáveis a uma população (Wright, Brand, Dunn & Spindler, 2007). Por conseguinte, para uma pergunta bem formulada são definidos os participantes e a intervenção, cuja formulação da pergunta estabeleceu-se como um passo inicial na realização desta RSL. Sendo esta:

-Qual é a efetividade da formação dos Enfermeiros sobre a atuação perante a vítima de VD em contexto de SU geral na melhoria dos conhecimentos e intervenções?

Partindo desta questão, definiu-se o seguinte objetivo: rever sistematicamente a efetividade da formação dos Enfermeiros sobre a atuação perante a vítima de VD em contexto de SU geral na melhoria dos conhecimentos e intervenções.

1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A prática baseada em evidências propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando a estratégia PI(C)OD que representa um acrónimo para População, Intervenção, Contexto, Resultados (*Outcomes*) e Estudos. Definida pela *Centre for Reviews and Dissemination* (2009) para estudos qualitativos, surge como um método de definição de critérios de inclusão e exclusão de artigos. Este método orienta a pesquisa científica, selecionando e aumentando a precisão dos resultados obtidos, indo ao encontro da questão de investigação formulada.

Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos e os limitadores de pesquisa nas diferentes bases de dados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

	Inclusão	Exclusão
P	Enfermeiros que laboram no SU geral.	Outros Profissionais de Saúde.
I	Formação adequada na área de intervenção a utentes sujeitos a VD.	
C	NÃO APLICÁVEL	
O	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de conhecimento acerca das intervenções em vítimas sujeitas a VD; - Intervenções: I) Facilitação da perceção de casos suspeitos de VD; II) Sinalização/Notificação das vítimas de VD e denúncia nas instâncias competentes; III) Entendimento acerca dos encaminhamentos perante a vítima de VD; IV) Detecção da justiça de forma célere e adequada para a proteção de vítima; V) Articulação/Referenciação com entidades que prestam apoio psicossocial ás vítimas de VD. 	
D	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos experimentais/ randomizados e quasi-experimentais - Estudos transversais, observacionais e analíticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos secundários - Revisões da literatura

1.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA E LOCALIZAÇÃO/SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Esta RSL foi efetuada seguindo três passos fundamentais: primeiramente realizou-se uma pesquisa preliminar onde foram analisadas as bases da *Cochrane Database of Systematic Reviews* e da *The Joanna Briggs Institute*, com a finalidade de assegurar que nenhum protocolo ou revisão sistemática nesta temática tinha sido desenvolvida; de seguida desenvolveu-se uma pesquisa nas várias bases de dados bibliográficas, nomeadamente na *PubMed*, *EBSCO*, *MEDLINE*, *CINAHL*, *SciELO* e no motor de busca Google académico, com o objetivo de identificar os termos mais recorrentes na literatura dentro do tema desta revisão; tendo em conta o *background* realizado sobre o tema, foram definidas as palavras-chave que surgiram dos *Medical Subject Headings* (MeSH), sendo que para cada uma das palavra-chave, apresentadas em cada um dos componentes PI(C)OD, foram identificados os seus respetivos sinónimos. As palavras-chave identificadas nesta temática são:

- #1 MESH *Domestic Violence* – Violência Doméstica
- #2 MESH *Nursing Care* – Cuidados de Enfermagem
- #3 MESH *Emergency Service* – Serviço de Urgência

Da sua conjugação com os operadores booleanos nos motores de busca para a obtenção dos textos completos das publicações, resultou a seguinte formulação: [("*Domestic Violence*") AND ("*Nursing Care*") AND ("*Emergency Service*")].

Os descritores supracitados, em língua portuguesa e em inglês, foram utilizados em motores de busca científicos, nomeadamente na *PubMed*, *SciELO*, *CINAHL* e *MEDLINE* com o objetivo de realizar uma pesquisa mais profunda e para a obtenção de textos completos e gratuitos das publicações. A pesquisa foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2020, tendo sido incluídos os artigos nos idiomas português, inglês e espanhol independentemente do ano da sua publicação.

Na pesquisa (1) de artigos nas bases de dados referidas, foram obtidos 18 artigos, revelando-se um número muito reduzido de artigos. A organização da pesquisa é assim descrita:

Foram excluídos todos os estudos que surgiram repetidos, cuja população fosse integrada nos escalões exclusivos da pediatria e estudos cuja linguagem não fosse o inglês, português ou espanhol. Seguidamente foram removidos os indisponíveis ou inacessíveis em texto completo e analisados os títulos e resumos disponibilizados, excluindo todos aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão identificados sob a metodologia PI(C)OD. De forma a facilitar a compreensão de todo o processo, entendeu-se útil a elaboração de um fluxograma com a descrição dos passos até à obtenção da amostra final de estudos incluídos na RSL. A FIGURA 2 abaixo ilustra o diagrama (PRISMA).

Avaliada a qualidade metodológica dos artigos pelos dois investigadores, foi selecionado apenas 1 para o corpo deste trabalho.

- Campbell, J. C.; Coben, J. H.; McLoughlin, E.; Dearwater, S.; Nah, G.; Glass, N.; ... Durborow, N. (2001). *An Evaluation of a System-change Training Model to Improve Emergency Department Response to Battered Women. Academic Emergency Medicine*, 8(2), 131–138. doi:10.1111/j.1553-2712.2001.tb01277.x

Com a equação da pesquisa (2): [(“Nursing protocol”) AND (“Domestic Violence”) AND (“Emergency Service”)] foram localizados 7 artigos na PubMed, tendo sido incluído apenas 1 no corpo do estudo.

- Fanslow, J. L.; Norton, R. N.; Robinson, E. M. & Spinola, C. G. (1998). *Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(5), 598–603. doi:10.1111/j.1467-842x.1998.tb01445.x

Através da bibliografia dos estudos encontrados foram incluídos mais 3 estudos que cumprem os critérios de inclusão.

- Bournsnel, M. & Prosser, S. (2010). *Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. Contemporary Nurse*, 35(1), 35–46. doi:10.5172/conu.2010.35.1.035

- Basu, S. & Ratcliffe, G. (2013). *Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations: Table 1. Emergency Medicine Journal, 31(3), 192–195.* doi:10.1136/emered-2012-201947

- Tilden, V. P. & Shepherd, P. (1987). *Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: Use of a nursing protocol. Research in Nursing & Health, 10(4), 209–215.* doi:10.1002/nur.4770100403

Nesta revisão, a procura de artigos com evidência científica, apenas conduziu a 5 estudos descritos e analisados, tal como demonstra a FIGURA 2 (PRISMA).

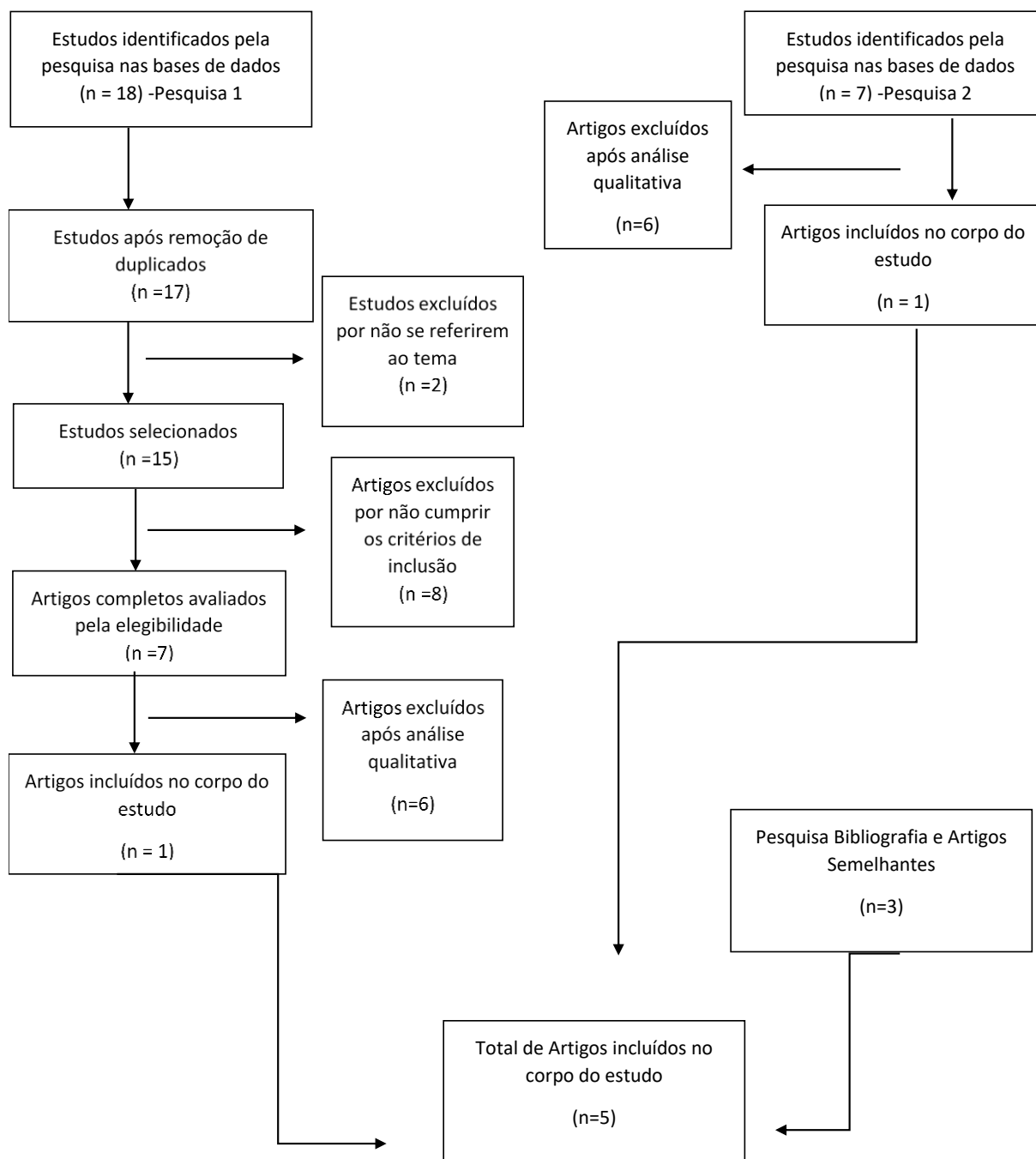


Figura 2 - Diagrama PRISMA

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo foram considerados cinco artigos de base científica, que cumprem os critérios de inclusão definidos e que foram submetidos a análise cuidada de qualidade metodológica:

Do ponto de vista da metodologia de estudo, a totalidade dos artigos focam a sua atenção, em determinado ponto da sua atuação, na utilização de protocolos de intervenção para equipas de Enfermagem, no contexto da temática da VD. A localização dos estudos configura-se no Serviço de Urgência Hospitalar, referido como *Emergency Department* ou *Emergency and Trauma Centre*. No que se refere às características da população, em todos os artigos foram considerados maioritariamente os Enfermeiros que trabalham no SU geral.

A grande ênfase foi dada na realização de formação sobre VD às equipas, procedendo uma avaliação através de questionários e/ou leitura de registos. Usando a comparação pré e pós aplicação do protocolo.

Assim sendo, na tabela seguinte apresenta-se toda esta informação, por estudo correspondente, de acordo com a metodologia PI(C)OD definida nesta RSL (TABELA 2).

Tabela 2 - Apresentação dos resultados, PI(C)OD

Autor	Título	População/Amostra	Intervenção	Resultados	Tipo de estudo
Jacquelyn C. Campbell, Jeffrey H. Coben, Elizabeth Mcloughlin, Stephen Dearwater, Gregory Nah, Nancy Glas, Nancy Durborow	An Evaluation of a System-change Training Model to Improve Emergency Department Response to Battered Women	Médicos e enfermeiros de doze hospitais sendo que a uns foi realizada formação e noutros não foi. Participaram igualmente mulheres admitidas no Serviço de Urgência (SU) com mais de 18 anos.	A intervenção consistiu num Programa de Formação e Planeamento realizado em dois dias. Cada Serviço de Urgência identificou uma equipa constituída por um médico, enfermeiro, assistente social e um administrador hospitalar que estivessem interessados na temática da Violência Doméstica e em participar na formação. O Primeiro Dia de formação consistiu na dinâmica e resposta apropriada à VD, incluindo a avaliação, documentação e referência. A segunda metade do primeiro dia foi dedicado à avaliação e intervenção em formato de role-play e o início do planeamento da equipa. O segundo dia de formação foi dedicado à parte relacionada com a alteração do sistema, com a equipa a trabalhar para o desenvolvimento de um plano de ação que incluía protocolos de planeamento adequados, como a organização e a adoção de protocolos, formação do staff do SU e assegurar o apoio administrativo.	Nos hospitais onde foi realizada a formação quando comparados com os hospitais onde não foi realizada formação verificou-se que: - Os profissionais obtiveram melhores conhecimentos e atitude - As Utentes apresentaram melhor nível de satisfação - Maior número de vítimas identificadas, embora a diferença não tenha sido significativa do ponto de vista estatístico.	Experimental com as seguintes avaliações: -baseline (pré-teste), imediatamente após as formações -9-12 meses após a formação -18 – 24 meses Foram realizadas as mesmas avaliações aos profissionais e utentes do grupo de controlo
Subhashis Basu, Giles Ratcliffe	Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations	22 membros da Equipa de Médicos e de Enfermagem (10 Médicos e 12 Enfermeiros) foram consultados durante o ano do estudo. Os dois Conselheiros Independentes para a Violência Doméstica (Independent Domestic Violence Advocate) nomeados fazem parte, de igual forma, da população do estudo	As medidas-chave para o estudo foram a inclusão de uma equipa no interior do Serviço de Urgência (SU) para auxiliar na gestão de Violência Doméstica e coordenar respostas; melhorar a confiança da equipa na deteção de Violência Doméstica; desenvolver um processo estruturado e consistente para a gestão de apresentações de Violência Doméstica. Um número de iniciativas e intervenções foram introduzidas no SU após uma série de reuniões e trabalho colaborativo entre parceiros comunitários do Sheffield Domestic Abuse Partnership (SDAP) e membros do SU do Northern General Hospital, Sheffield, Reino Unido. Um formulário standard foi desenvolvido para utilização no SU, que inclui uma rápida ferramenta de avaliação do grau de risco do paciente (Elevado ou Baixo). Um Serviço de Aconselhamento Independente para a Violência Doméstica foi	Os resultados das intervenções foram avaliados e medidos através do número de referências feitas no SU e Satisfação da Equipa. Após a Introdução do Serviço de IDVA no SU e 1ª fase de formação, os dados foram recolhidos com base nas referências realizadas aos serviços comunitários no período de 12 meses subsequentes. A satisfação da equipa foi avaliada através de grupos informais com pessoal médico e de enfermagem do SU, bem como a realização de entrevistas com os dois Conselheiros Independentes para a Violência Doméstica (IDVAs) nomeados. 172 Referências foram efetuadas ao SU (121 indivíduos distintos) durante um período de doze meses. Estes números contrastaram com uma única referência realizada aos serviços sociais a partir do SU no ano anterior. A equipa demonstrou maior confiança na deteção de VD e os parceiros comunitários enalteceram o papel que o Serviço criado no interior do SU	Estudo longitudinal

			<p>introduzido através de um acordo entre diversas entidades. A formação foi providenciada pelos Conselheiros Independentes para a Violência Doméstica, numa base rotativa. Um sistema de codificação eletrónico foi desenvolvido de modo a que os membros da equipa estivessem atentos a apresentações prévias de VD no SU.</p>	<p>desenvolveu, na melhoria da deteção de VD e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde na comunidade da cidade.</p>	
<p>Melanie boursnell, Sue prosser</p>	<p>Increasing identification of domestic violence in emergency departments : A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses</p>	<p>Este projeto colaborativo é composto por formadores da Equipe de Prevenção à Violência, Abuso e Negligência e pela Equipa de Enfermagem de um SU constituída por um total de 61 Enfermeiros. No total, foram auditados 316 Urgências de maio de 2007 e 285 de outubro de 2007.</p>	<p>Este projeto envolveu uma fase de planeamento, que envolveu o desenvolvimento de diretrizes, sendo elaborado um fluxograma, ferramenta considerada válida para uso na identificação da VD em contexto SU.</p> <p>As sessões de formação foram ministradas em aproximadamente 45-60 min cada, numa totalidade de 8 entre julho e setembro de 2007, de forma a assegurar a participação do número máximo de Enfermeiros da Equipa.</p> <p>Antes de iniciar a formação, a Equipa concluiu um pré-teste que forneceu uma linha de base acerca dos níveis de conhecimento. Este mesmo teste foi realizado um mês após a formação e, novamente, aproximadamente seis meses depois.</p> <p>Foram realizadas também auditorias aos registos de Enfermagem, buscando identificar as práticas documentadas anteriormente à formação e compará-las com as realizadas após a mesma. Esta ferramenta orientadora ajudou a responder as seguintes perguntas:</p> <p>Que informações estão a ser registadas sobre VD? Essas informações estão bem registadas? São precisas e refletem o que aconteceu? Como coletar informações de forma mais eficaz?</p>	<p>- Conscientização da política de VD Antes da formação, 52% dos Enfermeiros participantes (n = 25) relataram sentir que não tinham conhecimento da política atual de VD e procedimentos. No entanto, quando retestados um mês após a formação, 95% dos entrevistados sentiram que agora estavam cientes das políticas atuais. Todos os Enfermeiros que responderam ao segundo teste referiram que tinham mantido o conhecimento adquirido.</p> <p>- Consciência das responsabilidades com a VD Antes da formação, aproximadamente metade dos enfermeiros (52%, n = 25) disseram não ter conhecimento de suas responsabilidades. No entanto, quando concluíram as pesquisas, aos 1 e 6 meses após a formação, isso diminuiu para apenas um funcionário que continuava a relatar a falta de consciência dessas responsabilidades.</p> <p>- Conhecimento sobre encaminhamento 73% dos Enfermeiros (n = 36) não sabiam como ou para onde encaminhar os pacientes. Após a formação, o número de Enfermeiros que relataram falta de capacidade de referência foi reduzido consideravelmente (27%, n = 6) e permaneceu relativamente estável 6 meses depois (32%, n = 13).</p> <p>- Resultados da auditoria de registos A principal constatação foi que houve mudanças em questionar sobre crianças. Em maio de 2007, foram documentados 20% das apresentações de VD foram questionadas acerca de crianças. E em outubro de 2007, a auditoria indicou</p>	<p>Longitudinal Quasi- experimental</p>

				que em 66% das apresentações de VD os pacientes eram questionados sobre crianças.	
Janet L. Fanslow and Robyn N. Norton, Elizabeth M. Robinson, Carla G. Spinola	Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse	Equipe médica, de Enfermagem e Administrativa do SU do hospital designado intervenção e do hospital designado para comparação, em Auckland-Nova Zelândia	<p>Equipe médica, de Enfermagem e Administrativos do hospital de intervenção participou de uma formação no mês anterior à coleta de dados de avaliação. As etapas do protocolo incluíram: reconhecimento de lesões, doenças e comportamentos sugestivos de VD; perguntas modelo acerca de abuso físico e sexual (triagem); avaliação do risco de homicídio, suicídio e perigo para as crianças; intervenções, incluindo fornecer informações sobre o ciclo da violência, planeamento de segurança; e encaminhamento para casas de apoio. Três sessões adicionais de formação de uma hora foram realizadas: uma pela polícia local, uma por um abrigo local e outra para abordar questões culturais. A equipa também foi fornecida com formulários impressos para: avaliação do risco de homicídio; um mapa corporal para documentação das lesões; uma lista de verificação para documentar quais intervenções foram realizadas; e cartões de tamanho comercial listando os nomes e números de telefone de contato da comunidade local e serviços de suporte.</p> <p>Um mês após a implementação do protocolo, foi organizada uma sessão de formação adicional para os Enfermeiros responsáveis.</p> <p>Os registos de mulheres com mais de 15 anos foram identificados por revisão do registo diário em cada hospital. A seleção para inclusão no estudo foi feita com base em uma lista gerada aleatoriamente.</p>	<p>Foram revistos 8.051 registos, com números aproximadamente iguais em cada hospital, pré e pós-implementação. Não foi encontrada diferença na identificação geral da VD ($\chi^2=0,13$, $p0,72$), mas as análises de regressão logística mostraram outras mudanças significativas. No local da intervenção, houve aumento nos casos confirmados de VD ($\chi^2=7,6$, $p0,006$). Uma tendência para o aumento da documentação ($\chi^2=3,5$, $p0,06$) e um aumento significativo nas intervenções oferecidas ($\chi^2=13,8$, $p0,002$).</p> <p>A implementação deste protocolo resultou em um aumento moderado dos casos confirmados de abuso e melhorou a intervenção oferecida às vítimas identificadas. Os achados reforçam recomendações para a implementação generalizada de formação e protocolos para enfrentar a VD.</p> <p>O aumento do uso de intervenções adequadas é de particular importância para garantir que as vítimas recebam cuidados adequados para todas as lesões que sofreram, bem como assistência na avaliação de seus riscos futuros e informações sobre o contato com serviços de apoio que possam fornecer-lhes ajuda legal e prática.</p>	<p>Estudo de intervenção comunitária entre dois SU públicos, um submetido a aplicação de intervenção (protocolo) e outro sujeito a comparação. <i>Baseline</i> e <i>follow-up</i> foram realizados em ambos.</p>
Virginia Peterson Tiiden and Peg Shepherd	Increasing the Rate of Identification of Battered Women in an Emergency	A Equipa de Enfermagem era formada por 22 profissionais, 17 em Full-Time e 5 em Part-Time	<p>A Intervenção consistiu em duas componentes. 1º) Um Protocolo de Entrevista foi elaborado pelos Investigadores em colaboração com a Equipa de Enfermagem. O protocolo consistia numa sequência de perguntas a fazer a mulheres vítimas de violência. O protocolo baseou-se noutros protocolos disponíveis na literatura, modificados e adaptados de modo a satisfazer as necessidades e</p>	<p>Verificaram-se as frequências de casos positivos de violência registados pelos profissionais de Enfermagem Antes e Depois da formação. Os Totais foram de $n=72$ e $n=74$ para os períodos Antes e Depois da Intervenção. Utilizando a Correção de Continuidade de Yates no Teste Z. a taxa de casos positivos no pós-intervenção (17 casos e 22,97% do total) foi significativamente maior do que a taxa na pré-intervenção (7 casos ou</p>	<p>Desenho <i>quasi</i>-experimental.</p>

	<p>Department: Use of a Nursing Protocol</p>		<p>contexto da Equipa de Enfermagem. O Protocolo consistia em quatro passos: I) Perguntas Abertas; II) Perguntas desenhadas com o intuito de suscitar a descrição do problema de abuso; III) Questões sobre recursos presentes e planos; IV) Plano de Gestão de Enfermagem.</p> <p>2º) Um Programa de Formação da Equipa foi introduzido. Este programa incluía informação sobre violência familiar e Teoria de Intervenção em Crise, discussão sobre objetivos, resultados realísticos, recursos da comunidade, questões legais e modelos de entrevista. A exposição da totalidade da Equipa à formação foi essencial para garantir a integridade do estudo.</p>	<p>9,72%). Assim, o aumento na proporção de casos positivos de violência identificados pelos Enfermeiros entre os períodos de recolha de dados foi significativo. O Cálculo da Razão de Possibilidades (Odds Ratio) demonstrou que a probabilidade de identificação foi 2,74 vezes maior após a intervenção do que antes.</p>	
--	--	--	---	---	--

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a realização da presente Discussão é necessário ter em conta dois aspetos, um deles consiste na avaliação da Questão de Investigação, “Qual é a efetividade da formação dos Enfermeiros sobre a atuação perante a vítima de VD em contexto de SU geral na melhoria dos conhecimentos e intervenções?”, o outro é a análise dos *Outcomes* escolhidos como Critérios de Inclusão do PI(C)OD: - **Nível de conhecimento acerca das intervenções em utentes sujeitos a VD** e - **Intervenções:** I) Facilitação da perceção de casos suspeitos de VD; II) Sinalização/Notificação das vítimas de VD e denúncia nas instâncias competentes; III) Entendimento acerca dos encaminhamentos perante a vítima de VD; IV) Detecção da justiça de forma célere e adequada para a proteção de vítima e V) Articulação/Referenciação com entidades que prestam apoio psicossocial às vítimas de VD.

Os estudos de Campbell *et al.* (2001); Basu *et al.* (2014) e Tiiden *et al.* (1987) apresentaram resultados que evidenciam a importância da formação para a problemática da VD em contexto de SU e na área de Enfermagem.

Deslandes (2002) enfatiza que os profissionais de saúde, particularmente os Enfermeiros, convivem diariamente com a violência nas situações de emergência e ressalta a importância dos SU na avaliação da repercussão da violência na saúde. Pois para este:

[...] em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência. [...] é, para a maioria das vítimas de violência, a “porta de entrada” no sistema público de saúde. [...] Para muitas pessoas é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos é um dos únicos momentos em que a violência será declarada (Deslandes, 2000).

Para Leal & Lopes (2005), não se tem a pretensão de acreditar que os serviços públicos de saúde tenham toda a responsabilidade de arcar com o combate à violência, no entanto, a este setor cabe o envolvimento institucional com a capacitação dos profissionais de saúde para esse desafio, respaldados na compreensão das relações sociais. Aponta-se também que a compreensão das relações sociais é adquirida através da construção de uma consciência política voltada para o coletivo, e enfatiza-se que, principalmente, os serviços públicos de saúde necessitem de se autoavaliar e propiciar a criação de espaços de discussão sobre o tema.

Campbell *et al.* (2001), demonstrou, após a realização de um programa de formação e planeamento, que nos hospitais onde foi realizada a formação, tendo por ponto de comparação os hospitais onde não se efetuou o programa de formação, que os profissionais obtiveram melhores conhecimentos e atitude, as pacientes apresentaram melhor nível de satisfação e uma maior e melhor identificação das vítimas de abuso (apesar da diferença não ter sido significativa do ponto de vista estatístico). No respeitante ao artigo de Basu *et al.* (2014), foi possível verificar e constatar que a formação, neste caso levada a cabo por Conselheiros Independentes para a Violência Doméstica, originou uma maior confiança da equipa do Serviço de Urgência na deteção de VD (aliás 172 referências foram efetuadas durante um período de doze meses, números que contrastavam com uma única referência realizada nos serviços sociais no ano transato) e os parceiros comunitários enaltecera a melhoria da deteção da VD e a melhoria dos cuidados de saúde na comunidade. No caso do estudo levado a cabo por Tiiden *et al.* (1987), levou à verificação que a taxa de casos positivos no pós-formação e intervenção, utilizando a correção de continuidade de Yates no Teste Z, foi igual a 17 casos e 22,97% do total, sendo significativamente maior do que na taxa da pré-formação (7 casos ou 7,92%). Estes números levaram à conclusão que o aumento na proporção de casos positivos de violência doméstica identificados pelos Enfermeiros entre os períodos de recolha de dados foi significativo. Assim o Cálculo da Razão de Possibilidades (Odds Ratio) demonstrou que a probabilidade de identificação foi 2,74 vezes maior após a intervenção do que anteriormente. Seguindo a mesma linha de pensamento o estudo de Bournell *et al.* (2010), evidenciou conclusões em quatro áreas principais, I) Consciencialização de Violência Doméstica, II) Consciência das responsabilidades com a Violência Doméstica, III) Conhecimento sobre Encaminhamento e IV) Resultados da Auditoria de Registos. Assim o estudo demonstrou que antes da formação 52% dos Enfermeiros constituintes da amostra indicaram não possuir conhecimentos adequados sobre a política e procedimentos internos sobre VD. A formação providenciada sobre a problemática levou a que um mês após a mesma 95% do Enfermeiros sentissem uma maior consciencialização das políticas existentes no ponto atual. Todos os Enfermeiros após a realização do segundo teste indicaram a manutenção do conhecimento adquirido e necessário relativamente à VD. No respeitante à segunda área principal supracitada, aproximadamente metade da amostra (52%) mencionou não ter conhecimento das responsabilidades sobre VD. Contudo e convém realçar que quando concluíram as

pesquisas, um e seis meses após a formação, a percentagem diminuiu de forma significativa, para apenas um profissional da área de Enfermagem que continuava a relatar a falta de consciência dessas responsabilidades.

Um valor de 73% dos Enfermeiros, antes da formação sobre a temática alvo de investigação, não sabia como ou para onde encaminhar os pacientes. Esse número após a formação foi reduzido consideravelmente para 27%, tendo permanecido relativamente estável seis meses depois (32%). Relativamente à área da auditoria de registos (foram realizadas auditorias aos registos de Enfermagem, de forma a identificar as práticas documentadas anteriormente à formação, de modo a serem alvo de comparação com as realizadas após a mesma, e assim tornar possível a identificação e precisão das informações registadas sobre VD e a forma como a recolha era obtida), a principal constatação foi a existência de mudanças sobre o questionar acerca de crianças. No início do estudo documentaram-se que em 20% das apresentações de VD questionou-se sobre crianças e seis meses depois a auditoria indicou que em 66% dos possíveis casos de VD os pacientes foram questionados sobre crianças.

Constata-se, que os muitos papéis dos Enfermeiros continuam a multiplicar-se na expansão crescente do sistema de prestação de serviços de saúde, sendo a Enfermagem Forense um exemplo de um novo conceito do papel da Enfermagem. Estes profissionais estão capacitados com a proficiência e o saber no que concerne à identificação dos cenários de violência, estabelecimento de diagnósticos contextualizados, execução de medidas preventivas e terapêuticas legalmente suportadas, e avaliação dos resultados, em ganhos para a saúde, no âmbito do trauma e violência. Aplicam o processo de Enfermagem numa interligação entre a ciência de Enfermagem, as ciências forenses e os cuidados de saúde específicos e especializados, colmatando necessidades forenses das vítimas, perpetradores, famílias, populações vulneráveis, com *handicaps* congénitos e de desenvolvimento, residentes em lares e abrigos, portadores de patologia psiquiátrica e/ou com comportamentos aditivos (Gomes, 2014).

Indo ao encontro da investigação de Fanslow *et al.* (1998), que consistiu num estudo de intervenção entre dois SU públicos, em que um era submetido a aplicação de intervenção (protocolo) e outro era sujeito a comparação, este procedeu à revisão e análise de 8051 registos, com números aproximadamente iguais em cada hospital, pré e pós-implementação

do protocolo. No local da intervenção foi demonstrado um aumento nos casos confirmados de VD, uma tendência para o aumento da documentação e um aumento significativo nas intervenções oferecidas. O estudo concluiu que a implementação do protocolo utilizado resultou num aumento moderado dos casos confirmados de abuso e melhorou a intervenção oferecida às vítimas identificadas, sendo que os achados reforçam as recomendações para a implementação generalizada de formação e protocolos para enfrentar a VD. Fanslow *et al.* (1998) referiram, igualmente, que o aumento do uso de intervenções adequadas é de particular e fulcral importância para garantir que a totalidade das vítimas de VD recebam cuidados de saúde adequados para as lesões sofridas, tal como a assistência na avaliação dos riscos futuros e informações sobre como proceder ao contacto com serviços de apoio a vítimas de VD, que possam providenciar auxílio legal e prático.

Isto posto, e, uma vez que a Enfermagem Forense é uma área que se encontra pouco desenvolvida no nosso país, torna-se indispensável sensibilizar estes profissionais para as repercussões que as suas intervenções acarretam, perante casos clínicos que se apliquem em contexto forense. Assim, é necessário cooperar nos avanços do conhecimento dos Enfermeiros quanto à ligação estabelecida entre estes e o sistema jurídico-legal. Não obstante, a realidade que encontramos em Portugal não favorece os avanços nesta área, pois a formação é diminuta e normalmente implica a disponibilidade temporal e económica do Enfermeiro. Torna-se assim, imperativo, o reconhecimento da Enfermagem Forense pela Ordem dos Enfermeiros como uma competência acrescida. Existe ainda um desconhecimento por parte da tutela sobre esta área de intervenção tão importante. Está na hora de verem a realidade e aceitarem o que é por demais evidente.

A violência, na atualidade, tem-se comportado como um sério problema de saúde pública, e os SU têm constituído uma porta de entrada para vítimas agredidas.

Nesta revisão, a procura de artigos com evidência científica, apenas conduziu a cinco estudos descritos e analisados. Existiu efetivamente muita dificuldade no desenvolvimento de um caminho de revisão científica, quando a maior parte dos recursos publicados são estudos de prevalência. Tendo sido necessário proceder à revisão da bibliografia dos principais artigos da pesquisa, de forma a aumentar os estudos alvo de análise. Tal revela, igualmente, a premente necessidade de mais e melhores investigações científicas na área da VD.

O facto do alvo de escolha desta RSL constituir um problema de saúde pública, aliás com um elevado impacto a nível mundial, deve originar, de forma urgente e prioritária, a adoção de estratégias e protocolos por parte das instituições hospitalares para a mitigação do problema. O SU proporciona aos Enfermeiros um grande desafio, obrigando a uma constante e permanente atualização destes profissionais, nomeadamente no que concerne a questões legais relacionadas com processo de triagem; questões legais relacionadas com recolha de informação clínica; cumprimento de protocolos do serviço na prestação de cuidados; questões legais relacionadas com as atribuições/competência de cada membro da equipa; obrigação de reportar situações suspeitas de crime; situações de doação de órgãos; situações de fim de vida; violência laboral e doméstica (Sekula, 2005).

Por conseguinte, a problemática VD nos seus vários contextos está fortemente vinculada em *guidelines* e recomendações internacionais, com elevado grau de evidência científica, tal como o fluxograma geral de atuação emanado pela DGS em 2016, já referido anteriormente e acima representado pela FIGURA 1. Tem como objetivo facultar orientações para as boas práticas na deteção e intervenção em situações de violência interpessoal, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

CONCLUSÃO

A violência tem se configurado como um problema mundial, presente em todas as sociedades ao longo da história. O Profissional de Saúde, nomeadamente o Enfermeiro, tem um papel importante e de grande responsabilidade, na identificação e sinalização da VD, pois o serviço de saúde é o primeiro ambiente ao qual a vítima recorre. De facto, estes profissionais para além de poderem ser os primeiros recetores da revelação destas situações, estão em condições de facultar apoio e referenciação, prestar cuidados e fazer o acompanhamento dos casos, assim como recolher e preservar evidências e meios de prova em situações de violência interpessoal, nomeadamente de violência sexual (DGS, 2016).

Pode-se inferir pela análise dos estudos que a implementação de protocolos de intervenção de Enfermagem, bem como a capacitação e formação dos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, torna-se fulcral para a abordagem face à problemática da VD. Dotando, assim, todos os profissionais e as instituições prestadoras de cuidados de saúde das ferramentas necessárias para a mitigação de um problema com tão grande impacto na sociedade a nível mundial.

A investigação sobre o fenómeno tem revelado que é incontornável e duradouro o impacto negativo sobre a saúde da vítima, pela morbilidade e mortalidade que dele decorre tanto no presente como no futuro. Os serviços de saúde têm por isso responsabilidade na prevenção e intervenção neste fenómeno declarado problema de saúde pública pela OMS desde 1996.

Contudo, na literatura da área, encontra-se disponível um pequeno leque de ensaios clínicos randomizados sobre a temática, sendo necessária a realização de mais investigação científica sobre a eficácia da aplicação de protocolos de atuação sobre VD, por Enfermeiros, em contexto da PSC admitida em Serviço de Urgência, apesar de as suas aplicações clínicas nos vários contextos se encontrarem fortemente vinculadas em *guidelines* e recomendações internacionais (tais como as orientações emanadas pela DGS em 2016).

Em Portugal, o Governo, aprovou um conjunto de medidas que visam reforçar as respostas para prevenir e combater a VD. Entre as respostas a desenvolver destaca-se a reestruturação do Serviço de Informação a Vítimas de VD, garantindo o atendimento especializado 24 horas por dia, e abrangendo um serviço de apoio em situações de emergência. Torna-se pertinente

referir que no nosso país existe, ainda, um enorme caminho a percorrer e muitos obstáculos a ultrapassar no sentido de fazer a diferença na temática da VD.

O presente estudo pode ser visualizado como um alerta e uma motivação para que todos os profissionais de Enfermagem elaborem, por exemplo, protocolos de atuação nas instituições onde exercem funções, objetivo inicial pretendido e interrompido devido a toda a situação atualmente experienciada causada pela pandemia Covid-19.

Assim, e como sugestões futuras de trabalho a desenvolver no SU: enaltece-se a importância de dotar os Enfermeiros de mais formação sobre a temática e criar mais momentos de reflexão sobre as práticas já realizadas; realizar protocolo de atuação para o Enfermeiro durante a sua intervenção e na entrevista que é realizada à vítima. Este não é um estudo concluído, é sim mais um passo que foi dado no sentido de se dar continuidade à investigação nesta temática nestes contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa Enfermagem Forense (APEFORENSE). (2011). *Facebook Web site*. Acedido 19 outubro 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/pages/APEFORENSE/241312185903245?v=info>
- Basu, S., & Ratcliffe, G. (2013). *Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations: Table 1. Emergency Medicine Journal*, 31(3), 192–195. doi:10.1136/emmermed-2012-201947
- Bournsnel, M., & Prosser, S. (2010). *Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. Contemporary Nurse*, 35(1), 35–46. doi:10.5172/conu.2010.35.1.035
- Campbell, J. C.; Coben, J. H.; McLoughlin, E.; Dearwater, S.; Nah, G.; Glass, N.; ... Durborow, N. (2001). *An Evaluation of a System-change Training Model to Improve Emergency Department Response to Battered Women. Academic Emergency Medicine*, 8(2), 131–138. doi:10.1111/j.1553-2712.2001.tb01277.x
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. The Lancet Infectious Diseases* (Vol. 10). York: University of York.
- Chandler, J.; Higgins, J. P. T.; Deeks, J. J.; Davenport, C. & Clarke, M. J. (2017). Chapter 1: Introduction. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version, 5(0)*. Cochrane, 2017. Acedido em: www.training.cochrane.org/handbook
- Deslandes, S. F. (2002). *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Direção Geral De Saúde. (2016). *Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. 2ª Edição*. Acedido a 5 novembro de 2020. Disponível em: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-joovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-joovens-em-risco/documentos.aspx>
- Fanslow, J. L.; Norton, R. N. & Robinson, E. M. (1998). *Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(5), 598–603. doi:10.1111/j.1467-842x.1998.tb01445.x
- Ferraz R. M. I.; Lacerda R. M. & Labronici L. M. (2009). *O Cuidado De Enfermagem A Vítimas De Violência Doméstica*. *Cogitare Enfermagem*, vol. 14, núm. 4, pp. 755-759 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil.
- Figueiredo, T. W. B.; Mercês, N. N. A. & Lacerda, M. R. (2018). *Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 6), 2837-2842.
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. Volume 1. Lisboa. Lidel.
- International Association of Forensic Nursing (AIFN). (2006). *What is forensic nursing?* Acedido a 5 novembro 2020. Disponível em: <https://www.forensicnurses.org/page/WhatIsFN>
- Leal, S. M. C. & Lopes, M. J. M. (2005). *A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem*. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10(2): 419-431
- Marques, P. A. D. (2017). *A intervenção do Enfermeiro no Serviço com a Pessoa Vítima de Violência*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica, Coimbra.
- Miranda, P. M. M.; Paula C. S. & Bordin, I. A. (2010). *Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família*. Acedido a 16 outubro de 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v27n4/a09v27n4.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Acedido a 22 novembro 2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

- Organização Mundial de Saúde. (2000). *World report on violence and health*. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano. Geneve. Acedido a 16 outubro de 2020. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Acedido a 1 novembro 2020. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf.
- Patricio, J., Coelho, A. & Saleiro, S. (2015). *Processos de inclusão de mulheres vítimas de violência doméstica*, Instituto Universitário De Lisboa. Acedido a 5 novembro 2020. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/1007188791/Livro%20pimvvd>
- Redondo, J.; Pimentel, I. & Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar*. Acedido em 10 novembro de 2020. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>
- Sekula, L. K. (2005). The advance practice forensic nurse in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 27(1), 5-14.
- Tilden, V. P., & Shepherd, P. (1987). *Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: Use of a nursing protocol*. *Research in Nursing & Health*, 10(4), 209–215. doi:10.1002/nur.4770100403
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª Edição). Edições Silabo.
- Wright, R. W.; Brand R. A.; Dunn W. & Spindler K. P. (2007). *How to write a systematic review*. *Clin Orthop Relat Res.*; 455:23-9.
- Zangão O. B.; Serra I. C. & Gemito M. L. (2018) *Violência Doméstica: Investigar para Agir*. *RIASE, Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*. Vol. 4 n.º 1 Abril 2018. Acedido a 11 outubro de 2020. Disponível em: DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(1\).1263](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(1).1263)

APÊNDICES

APÊNDICE I – MÉTODOS AGRESSIVOS DE EXCISÃO CIRÚRGICA DA QUEIMADURA

APÊNDICE I - MÉTODOS AGRESSIVOS DE EXCISÃO CIRÚRGICA DA QUEIMADURA

- A escaretomia tem como objetivo a excisão de todo o tecido necrótico, possibilitando a cobertura cutânea antes que haja proliferação bacteriana.

- A escarotomia é um procedimento utilizado quando, em queimaduras circulares e de espessura total, se forma uma cinta constrictiva (tipo garrote), que pode ocasionar défices neurológicos e/ou vasculares graves. Consiste assim numa incisão, ao longo de toda a cinta constrictiva, que irá permitir a separação das bordas e a adequada descompressão.

O enxerto tem como objetivo proceder à reposição da cobertura cutânea, permitindo proteger a ferida da contaminação, limitar as perdas de líquidos, eletrólitos e proteínas, reverter o estado catabólico, prevenir o desenvolvimento de tecido de granulação edematoso, friável e hipertrófico, e diminuir a dor. A cobertura cutânea ideal e definitiva é a própria pele do doente, podendo ser obtida utilizando:

- autoenxertos – lâmina cutânea transferida de outra área corporal, sem irrigação própria;
- retalhos – tecido cutâneo que mantém um pedículo vascular que assegura a sua sobrevivência;

Cultura de pele do próprio doente (elaborado em laboratório), esta não se realiza em Portugal, e quando necessário a UQ transfere para Espanha (Ferreira, Lucas & Rossi, 2003; Martinho, 2008; Rossi et al., 2010).

ANEXOS

ANEXO I – VALIDADE CARRO EMERGÊNCIA Nº1

ANEXO I – VALIDADE CARRO EMERGÊNCIA

Local	Material/Medicação	Quant	Validade	Dias de Validade
1ª Gaveta	1	1	01/02/2019	-170
1ª Gaveta	1	1	01/05/2020	285
1ª Gaveta	1	1	01/03/2018	-507
1ª Gaveta	1	1		
1ª Gaveta	1	1		
1ª Gaveta	1	1		
1ª Gaveta	2	2		
1ª Gaveta	3	3		
1ª Gaveta	3	3	01/11/2016	-932
2ª Gaveta	5	5	31/08/2016	-1054
2ª Gaveta	10	10	30/08/2016	-1116
2ª Gaveta	4	4	30/08/2018	-325
2ª Gaveta	2	2	31/07/2016	-1085
2ª Gaveta	6	6	30/04/2017	-812
2ª Gaveta	10	10	30/07/2016	-1086
2ª Gaveta	3	3	30/04/2016	-1177
2ª Gaveta	4	4	28/02/2017	-873
2ª Gaveta	4	4	30/08/2017	-751
2ª Gaveta	3	3	30/08/2016	-1055
2ª Gaveta	3	3	30/09/2016	-1024
2ª Gaveta	2	2	30/11/2016	-963
2ª Gaveta	10	10	30/04/2017	-812
2ª Gaveta	2	2	31/12/2018	-202
2ª Gaveta	2	2	30/06/2017	-751
2ª Gaveta	4	4	30/05/2018	-417
2ª Gaveta	5	5	30/07/2017	-721
2ª Gaveta	3	3	30/05/2016	-1147
2ª Gaveta	2	2	31/07/2016	-1085
2ª Gaveta	4	4	28/02/2018	-508
2ª Gaveta	1	1	#####	345
2ª Gaveta	1	1	30/07/2016	-1086
3ª Gaveta	10	10	31/07/2019	10
3ª Gaveta	8	8	31/05/2020	315
3ª Gaveta	20	20	30/04/2019	-82
3ª Gaveta	20	20	31/03/2019	-112
3ª Gaveta	1	1	31/08/2019	41
3ª Gaveta	5	5	31/01/2019	-171
3ª Gaveta	5	5	28/02/2018	-508
3ª Gaveta	5	5	28/02/2019	-143
3ª Gaveta	5	5	31/05/2020	315
3ª Gaveta	3	3	17/07/2019	-4
3ª Gaveta	3	3	30/04/2017	-812
4ª Gaveta	2	2	31/12/2018	-202
4ª Gaveta	2	2	30/11/2016	-963
4ª Gaveta	2	2	30/04/2016	-1177
4ª Gaveta	2	2	28/02/2019	-143
4ª Gaveta	2	2	30/09/2018	-294
4ª Gaveta	2	2	30/06/2016	-1116
4ª Gaveta	2	2	31/01/2017	-901
4ª Gaveta	1	1		
4ª Gaveta	1	1	06/07/2016	-1110

Legenda:
 Validade inferior a 3 meses
 Validade expirada
 Dentro da validade
 Sem validade

Depois de preenchida a folha fazer "guardar como" mês/ano na pasta - "Serviço de Urgencia/"Validades Carro de Emergencia"
 EX- Fevereiro 2005

Carro 1 Sala Emerg | Carro 2 Sala Emerg | Carro 3 Sala 4 | Carro 4 SO |

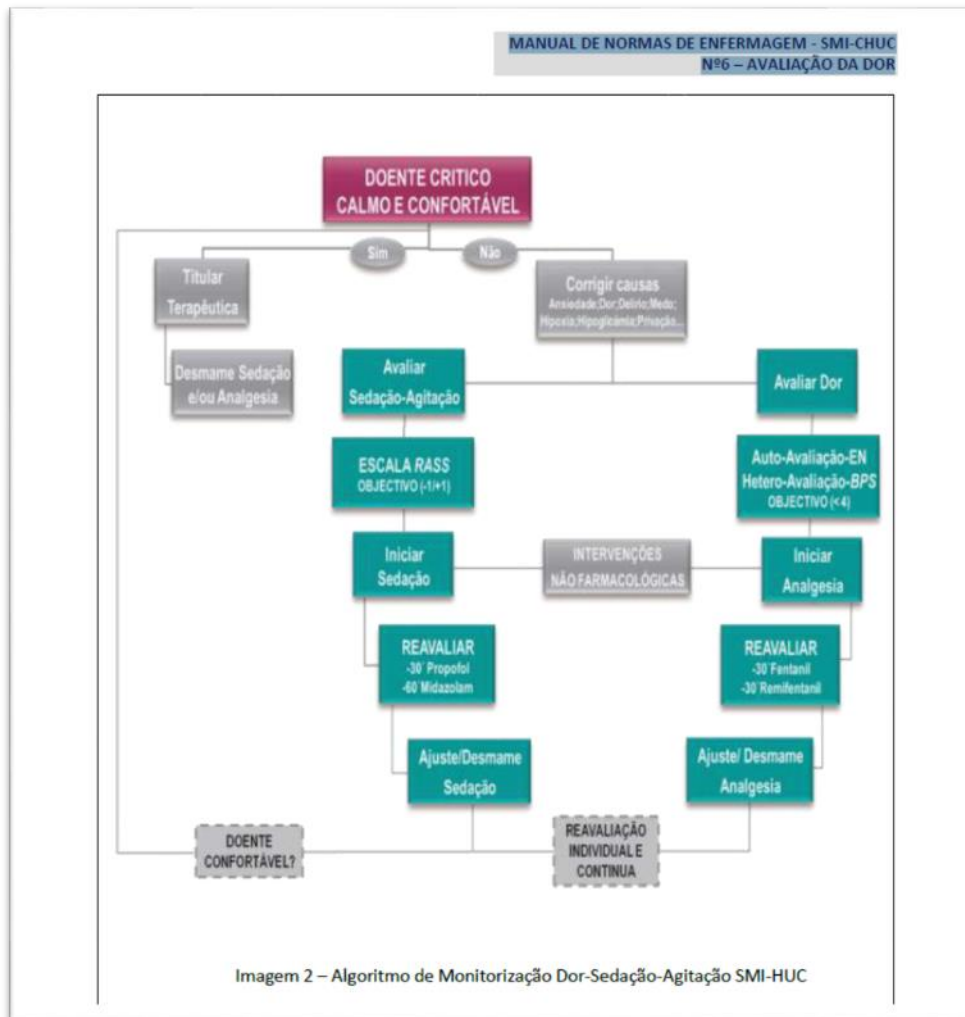
ANEXO II - NORMA Nº 20 - SMI-CHUC: CUIDADOS AO DOENTE NEUROCRÍTICO- MONITORIZAÇÃO DA PIC

ANEXO II - NORMA Nº 20 - SMI-CHUC: CUIDADOS AO DOENTE NEUROCRÍTICO- MONITORIZAÇÃO DA PIC

<p>5.PRÁTICAS A DESENVOLVER</p> <ol style="list-style-type: none">1. Providenciar os recursos para junto do doente;2. Lavar as mãos;3. Prevenir IAC's;4. Posicionar o doente em decúbito dorsal e elevação da cabeça a trinta graus (otimização do fluxo/retorno venoso);5. Prevenir PAV;6. Avaliar estado de consciência, registar a escala de coma de Glasgow e o diâmetro e reactividade pupilar;
<p style="text-align: right;">2</p>
<p style="text-align: right;">MANUAL DE NORMAS DE ENFERMAGEM-SMI-CHUC Nº20-CUIDADOS AO DOENTE NEUROCRÍTICO /MONITORIZAÇÃO PIC</p> <ol style="list-style-type: none">7. Prevenir desenvolvimento de úlcera da córnea;8. Vigiar e monitorizar sinais vitais;9. Monitorizar, avaliar e registar os valores de PIC e PPC, e administrar medicação prescrita em SOS (anti-edematosos ou cloreto sódico hipertónico sob controlo da osmolaridade);10. Prevenir elevação de PIC, associada aos procedimentos com administração prévia de sedativos/relaxantes/analgésicos prescritos para SOS;11. Otimizar cuidados ao doente com DVE, tendo em conta mobilizações, rebaixar de cabeça e adequar clampagem para cada situação específica, monitorizando e intervindo de forma interdependente;12. Providenciar e monitorizar normotermia com utilização de recursos disponíveis e prescrições interdependentes como são as farmacológicas (prevenir <i>Shivering</i>);13. Providenciar acesso venoso central;14. Providenciar acesso arterial;15. Providenciar, monitorizar e vigiar adequada sedação/analgesia face às escalas instituídas e às características de cada doente individualmente e/ou eventual coma barbitúrico;16. Providenciar ingestão nutricional suficiente e controlar os riscos associados à alimentação oral, entérica ou parentérica e monitorização e controlo de normoglicemia;17. Prevenção do risco de obstipação, monitorizando e vigiando padrão digestivo/gastrointestinal;18. Prevenir riscos associados à imobilidade, com a utilização de dispositivos como meias compressivas elásticas (ou de alternância de pressão-ainda não existente no serviço) e mais medidas profiláticas de TVP;19. Observar e avaliar alterações de padrão respiratório e nível de lesão, manutenção da permeabilidade das vias aéreas e oxigenação adequada;20. Vigiar e controlar crises convulsivas com eventual recurso a terapêutica prescrita em SOS (anti-convulsivantes, anti-epiléticos profiláticos, sedativos, barbitúricos)21. Executar e vigiar o penso do cateter de PIC e/ou de DVE e/ou de drenagem epicraneana;
<p style="text-align: right;">3/4</p>
<p style="text-align: right;">MANUAL DE NORMAS DE ENFERMAGEM-SMI-CHUC Nº20-CUIDADOS AO DOENTE NEUROCRÍTICO /MONITORIZAÇÃO PIC</p> <p>6.BIBLIOGRAFIA (se aplicável)</p> <p>Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, Lisboa, 2011; 18:3; ISSN 0872 – 3087</p>

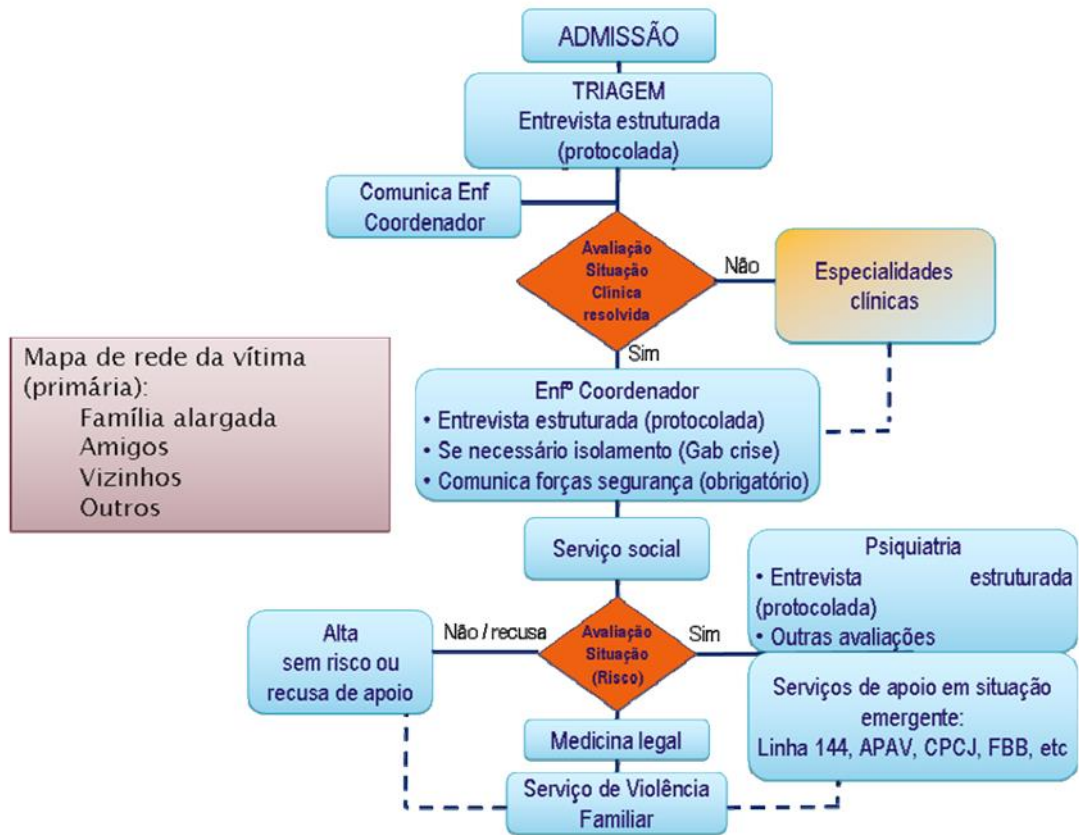
ANEXO III – NORMA Nº6 - SMI-CHUC: AVALIAÇÃO DA DOR

ANEXO III – NORMA Nº6 - SMI-CHUC: AVALIAÇÃO DA DOR



ANEXO IV – PROTOCOLO VD DO CHUC- PÓLO B

ANEXO IV – PROTOCOLO VD DO CHUC-PÓLO B



ANEXO V – ENTREVISTA ESTRUTURADA (PROTOCOLO VD)

ANEXO V – ENTREVISTA ESTRUTURADA (PROTOCOLO VD)

ASPECTOS A TER EM CONTA NA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA

De preferência efectuar o registo em "Notas Relevantes" (não sai na impressão do processo para o exterior). Deixar anotação em "Notas de enfermagem" de: Ex. "Ver entrevista em notas relevantes".

- Tipo de violência e a natureza do abuso (contextualizar e de preferência sempre com as palavras da vítima)
(verbal/físico/psicológico/sexual/económico) descrição personalizada.
- Caracterizar a vítima e o agressor
- Registar sempre se a vítima vem acompanhada pelo agressor
- Avaliar o risco para a vítima aquando da alta
- Se existem menores envolvidos e se correm riscos
- Identificar os apoios de que dispõe na comunidade (familiares, amigos, outros)
- Informar e registar das ajudas de que dispõe (APAV/CPCJ/SEG consulta de violência familiar do CHPC, SOCIAL/FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO/PSP/GNR)
- Contacto com as forças de segurança e registar se efectuada confirmação quando essas forças não vêm ao serviço.
- Contacto seguro e hora do contacto
- Referir se houve necessidade de recorrer a:
 - Medicina Legal
 - Urgência Psiquiatria, etc

PEDIR SEMPRE PARECER SOCIAL

Imprimir folha de identificação e colar uma vinheta de identificação

ANEXO VI – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA DO CHUC-PÓLO B

ANEXO VI- PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA DO CHUC-PÓLO B

