

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: O CAMINHO PARA A ESPECIALIZAÇÃO NO CUIDAR

ROSA MARIA MARTINS CONCEIÇÃO SILVA

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: O CAMINHO PARA A ESPECIALIZAÇÃO NO CUIDAR

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Rosa Maria Martins Conceição Silva, n.º 5160005

5º Curso Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Professor Orientador:

Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Unidade Curricular:

Relatório Estágio

“Não é na ciência que está a felicidade, mas na aquisição da ciência”.

(Edgar Allan Poe)

Agradecimentos

Este relatório emerge duma longa caminhada pautada por grandes realizações assim como por alguns momentos de angústia. Esses momentos só foram vencidos através do apoio, carinho e amizade daqueles que sempre acreditaram em mim. A todos os que fazem parte da minha vida, agradeço-vos.

Agradeço também a todos aqueles que de uma forma ou de outra possibilitaram e incentivaram a elaboração deste relatório, nomeadamente a todos os profissionais com quem me cruzei nesta jornada.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, um muito obrigado pela orientação, motivação, disponibilidade e paciência, numa fase em que achei que seria difícil terminar esta jornada.

Ao João Maria, que no decorrer desta caminhada me fez ingressar na mais “especializada” competência que é ser MÃE.

Ao Pedro, por existir na minha vida, pela paciência e incentivo durante toda esta etapa.

Finalmente, um grande obrigado à minha família, em particular, aos meus pais e ao meu irmão, por todos os sacrifícios, disponibilidade, incentivo e apoio, assim como pela minha ausência e pelo tempo que não lhe dediquei, sempre acreditando que aqui chegaria.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDS – Escala de avaliação do estado de consciência

BO – Bloco Operatório

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

CO₂ – dióxido de carbono

cr. – ciclos respiratórios

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EA – Eventos Adversos

EC – Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EET – Entubação Endotraqueal

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERI – Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar

ESSLEI – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

et al. – e outros

FC – frequência cardíaca

FiO₂ – Fração inspirada de O₂

FR – Frequência Respiratória

GCS – Escala de Coma de Glasgow

HCIS – Health-Care Information Systems

HSJ – Hospital de São José

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPLERIA – Instituto Politécnico de Leiria

JDT - Jones Dependency Tool

Kg – Quilogramas

MEPSC – Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

min. – minuto

mL - mililitros

mmHg – milímetros de mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

O₂/O₂ – oxigénio

p. – página

PaO₂ – diferença alvéolo arterial de oxigénio

PAVM – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PEEP - pressão expiratória final positiva

PICOD – População, Intervenções, Comparação, Resultados e Desenho

pp. – páginas

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SatO₂/SpO₂ – Saturação de oxigênio

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SO – Sala de Observação

sp – sem página

START – Simple Triage and Rapid Treatment

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TET – Tubo Endotraqueal

TIH – Transporte Intra-Hospitalar

TRTS – Triage Revised Trauma Score

UCI/UTI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCV – Unidade Cérebro Vascular

UP – Úlcera por Pressão

VA – Via Aérea

VM – Ventilação Mecânica

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

Índice de Quadros	vii
Índice de Figuras.....	viii
Introdução	11
Parte I – Relatório de Estágio	14
1. Caracterização da Estrutura Física e Organizacional do Locais de Ensino Clínico	15
2. Competências desenvolvidas em Ensino Clínico.....	21
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	22
2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica	42
Conclusão	67
Referência Bibliográficas	68
Parte II – Efetividade das intervenções de enfermagem, através do uso de protocolos/ <i>check-lists</i> na segurança do doente durante o transporte intra-hospitalar, atuando na redução de eventos adversos.....	71
Introdução	74
1. Metodologia	82
1.1. Objetivos e Questão de Investigação	82
1.2. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Artigos e Estratégias de Pesquisa.....	82
1.3. Seleção de Estudos	84
1.4. Avaliação da Qualidade Metodológica dos Artigos.....	85
2. Apresentação e Discussão dos Resultados	86
Conclusão	95
Referências Bibliográficas	96
Reflexão Final sobre Competências Especializadas	98

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Abordagem ABCDE.....	44
Quadro 2 - Descrição da estratégia PICOD.....	83
Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão: Metodologia PICOD.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Triagem Primária do Adulto	59
Figura 2 - Sistema de Pontuação do TRTS.....	60
Figura 3 - Avaliação para o transporte intra-hospitalar.....	81
Figura 4 - Diagrama PRISMA.....	84

RESUMO

Este relatório explica todo processo de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Para que a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica seja possível é necessário reunir um conjunto de competências científicas, éticas, relacionais e técnicas que culminam numa especialização nas áreas de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação operacionalizando uma abordagem qualificada do doente crítico. Os relatos neste documento compõem uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas na prática clínica, bem como do processo de aquisição de competências especializadas em diferentes cenários de cuidados de enfermagem, nomeadamente, num Serviço de Urgência Polivalente, numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Bloco Operatório.

Esta aprendizagem por dentro das competências comuns e específicas demonstrou ser muito proveitosa e enriquecedora no caminho para a especialização no cuidar, colaborando no crescimento pessoal e profissional e determinando assim o futuro como Enfermeira Especialista, na procura da excelência dos cuidados de enfermagem.

Na segunda parte deste trabalho apresenta-se uma Revisão Sistemática da Literatura que pretende avaliar quais são os benefícios da utilização de protocolos/*check-lists* pelos enfermeiros na segurança do doente durante o transporte intra-hospitalar.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Doente Crítico; Competências; Transporte de Doentes; Segurança de Doentes; *Checklist*

ABSTRACT

This report explains the entire process of developing specialized skills in Nursing for People in Critical Situations. For the provision of care to the Person in Critical Situation to be possible, it is necessary to gather a set of scientific, ethical, relational and technical skills that culminate in a specialization in the areas of care provisioning, management, training and research, operating a qualified approach to a critical patient. The reports in this document comprised a critical-reflexive analysis of the activities developed in clinical practice, as well as the process of acquiring specialized skills in different nursing care settings, namely, in a Multipurpose Emergency Department, an Intensive Care Unit and an Operating Room.

This learning within the common and specific competences proved to be very profitable and enriching on the way to specialization in care, collaborating in personal and professional growth and thus determining the future as a Specialist Nurse, aiming to excellence in nursing care.

In the second part of this work, a Systematic Literature Review is presented, which aims to evaluate what are the benefits of using protocols/checklists by nurses in patient safety during intra-hospital transport.

Keywords: Specialist Nurse; Critically ill; Skills; Transportation of Patients; Patient Safety; Checklist

INTRODUÇÃO

A exigência da comunidade científica, a par com o avanço tecnológico faz crescer o interesse em papéis especializados de enfermagem como um meio de adaptação a contextos e necessidades em mudança na área da saúde. À medida que os enfermeiros estão cada vez mais trabalhando em níveis variáveis de especialização e profundidade de conhecimento, a sua prática torna-se cada vez mais diversificada (Jokiniemi e Miettinen, 2020).

Enfermeiros Especialistas (EE) são necessários para melhorar a qualidade dos cuidados ao doente, assim como a qualidade dos sistemas de saúde. Os EE adquiriram a base de conhecimentos especializados, habilidades complexas para tomada de decisão e competências clínicas necessárias para a prática expandida (Fukuda, Sakurai, e Kashiwagi, 2020).

Nesse sentido, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLEI) incluiu no seu ciclo de estudos o Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC). O presente relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular: Relatório de Estágio e é elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre.

Este documento é assim uma narração do desenrolar de atividades no âmbito de Ensino Clínico (EC). Os EC têm como objetivo aliar a componente teórica do curso com a prática clínica, estabelecendo todo um processo de prática reflexiva e análise crítica. Wiedenbach (citado por George, 2000, p. 148) refere que “a sabedoria em enfermagem é adquirida através de experiências significativas”.

Para que as intervenções de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) sejam efetivas é necessário reunir um conjunto de competências científicas, éticas, relacionais e técnicas que culminam numa especialização nas áreas de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação operacionalizando uma abordagem qualificada do doente crítico. Essas competências estão enunciadas no Regulamento n.º 140/2019 que descreve as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e no Regulamento n.º 429/2018 que define e caracteriza as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica.

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363) .

É com base nas competências comuns e específicas que são desenvolvidos os objetivos e atividades pretendidas para os EC.

O Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745) refere que:

“A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo -alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”.

Para que isto seja possível, o contexto da prática, assume assim extrema importância. Desta forma, pretende-se que os EC sejam desenrolas em serviços diferenciados, cujo raio de ação seja a PSC.

As competências comuns do enfermeiro especialista, assentam em quatro domínios de competências, a saber: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A aquisição de competências específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica evidencia-se como o resultado de atividades desenvolvidas, cientificamente fundamentadas, nomeadamente: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação ; e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018)

O conteúdo deste relatório, traduz uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição de competências comuns e específicas no âmbito dos vários EC e suas áreas de diferenciação,

aliando a isso uma fundamentação científica. Pretende-se expor os fatores facilitadores e limitadores da aprendizagem e os contributos dos EC para o crescimento pessoal e profissional.

Este relatório está dividido em duas partes. A primeira parte evidencia a globalidade do percurso na aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do de enfermagem à PSC.

A segunda parte é composta por uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) subordinada ao tema: Efetividade das intervenções de enfermagem, através do uso de protocolos/*check-lists* na segurança do doente durante o transporte intra-hospitalar, atuando na redução de eventos adversos.

Este relatório termina, numa reflexão final sobre a aquisição de competências para o cuidar.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O presente relatório, elaborado após as situações vivenciadas, surge como o fio condutor no processo de introspeção e reflexão que a realização dos EC exige. Este documento evidencia ainda a repercussão destes processos no crescimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista.

1. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DO LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

A formação em contexto da prática é uma peça imprescindível na integração de saberes e desenvolvimento de competências dos enfermeiros, constituindo um pilar fundamental da sua socialização e construção da identidade profissional (Martinho, Pires, Carvalho, e Pimenta, 2014).

No plano curricular do 5º MEPSC, encontra-se prevista a realização de três etapas de ensino clínico: I – Serviço de Urgência (SU), ensino clínico II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e ensino clínico III (opcional). A unidade escolhida foi o Bloco Operatório (BO).

Na construção de um cuidar especializado, o SU, a UCI e o BO tornam-se locais de eleição para o desenvolvimento de EC, uma vez que pelas suas características e especificidades são ricos em vivências que agilizam a abordagem ao doente em situação crítica e consequentemente permitem a aquisição de competências neste sentido, conjugado com os conhecimentos teóricos adquiridos previamente.

Segue-se assim a descrição da estrutura física e organizacional dos locais de EC, bem como o processo de integração que foi desenvolvido.

Serviço de Urgência

Este EC foi desenvolvido no período entre 23 de maio e 7 de julho de 2017 no Serviço de Urgência Geral Polivalente do Hospital de São José em Lisboa.

O Hospital de São José (HSJ) está inserido no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), que reúne para além deste o Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta, Hospital Dona Estefânia, Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

O CHULC (CHULC, 2019, sp) vê-se como “um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência.”

A sua área de influência é composta por 38 freguesias do concelho de Lisboa e por sete freguesias do concelho de Loures, tendo algumas especialidades uma área de influência mais alargada. Sendo um serviço de urgência polivalente, recebe ainda doentes referenciados de serviços de urgência médico-cirúrgica (UMC) de outras regiões de Lisboa e Vale do Tejo que careçam de observação e intervenção por especialidades ou técnicas não existentes nos hospitais de origem.

O HSJ está instalado num edifício com origens conventuais, advindo daí uma especificidade e particularidade no que respeita aos espaços e circuitos de doentes. O SU deste hospital situa-se no piso 0 do edifício principal. O circuito de doentes inicia-se com a sua admissão no balcão administrativo. Este SU funciona com o Sistema de Triagem de Manchester que prioriza o seu atendimento com base na identificação de problemas. Os doentes são assim triados consoante a sua prioridade clínica: vermelho – emergente, laranja – muito urgente, amarelo – urgente, verde – pouco urgente e azul – não urgente e desta forma encaminhados para as diversas áreas do serviço.

As restantes áreas que compõem este SU são os 8 gabinetes médicos das especialidades de Medicina Interna e Cirurgia Geral, pequena-cirurgia, Ortopedia, balcão azul/verde, balcão amarelo/laranja, e zona de Sala de Observação (SO) onde estão inseridas 4 salas de emergência, das quais 2 direcionadas para emergências médica e outras 2 para situações de trauma. Para além das especialidades presentes no SU, pertencem ainda a esta unidade hospitalar as especialidades de Anestesiologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Estomatologia, Gastroenterologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neurorradiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia.

A equipa de enfermagem do SU do HSJ é composta por cerca de 120 profissionais, distribuídos diariamente e em cada turno pelas diferentes áreas do serviço, com um ratio de cerca de 20 enfermeiros no turno da manhã (contabilizando enfermeiros com funções de gestão), 18 enfermeiros no turno da tarde e 16 enfermeiros no turno da noite. Esta equipa de profissionais está subdividida também em 5 equipas, cada uma com um chefe de equipa, sendo este elemento de referência para os restantes elementos da equipa.

Enquanto estudante, fui inserida na equipa C, tendo como orientadora a enfermeira Susana Tormenta, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Sendo o meu local de

trabalho uma Urgência Médico-Cirúrgica, considero que processo de integração na equipa multidisciplinar acabou por se facilitar por conseguir juntar ambas as realidades fazendo inevitavelmente comparações adaptativas entre os dois serviços.

Unidade de Cuidados Intensivos

O Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) integra três unidades hospitalares, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas, este tem uma área de influência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes. Este EC desenrolou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) da unidade de Abrantes. A UCIP localiza-se no 6º piso desta unidade hospitalar, ala poente. É composta por uma sala de Cuidados Intensivos com 6 unidades para doentes, um quarto de isolamento correspondente a uma unidade e uma sala de Cuidados Intermédios com capacidade para 4 doentes e suas respetivas unidades. Para além das áreas clínicas é composta também por sala de pessoal, sala de reuniões, gabinete administrativo, armazém avançado, farmácia e salas de equipamentos.

Este ensino clínico foi desenvolvido entre os dias 14 dezembro de 2017 e 11 de fevereiro de 2018, com a duração de 180h.

A equipa de enfermagem da UCIP é composta atualmente por 30 enfermeiros, entre os quais a enfermeira chefe e o 2º elemento que exercem maioritariamente funções de gestão. A dotação de enfermagem na UCIP é de 4 enfermeiros nos turnos da manhã, tarde e noite, sendo o ratio enfermeiro: doente de 1:2 em Cuidados Intensivos e 1:4 em Cuidados Intermédios. Consoante a afluência do serviço os turnos poderão eventualmente ser reforçados, principalmente no turno da manhã. A equipa médica e de enfermagem da UCIP compõem também a Equipa de Reanimação Intra-hospitalar (ERI), assim um dos elementos de enfermagem em cada turno poderá ser ativado para a ERI, deslocando-se ao serviço de internamento para onde foi chamado. De salientar ainda a função do enfermeiro responsável de turno, que acumula simultaneamente funções de gestão durante o turno, tanto a nível de recursos humanos, bem como materiais.

A integração na equipa de enfermagem da UCIP foi facilitadora uma vez que o meu local de trabalho é a UMC, serviço com estreita articulação com a UCIP e, por conseguinte, contato

frequente com esta equipa, tendo sido uma mais valia no processo de integração e no desenrolar do EC.

Tive também acesso à documentação do serviço no que diz respeito a protocolos e instruções de trabalho, bem como especificidades técnicas dos equipamentos disponíveis.

Bloco Operatório

Este ensino clínico foi desenvolvido entre os dias 18 de setembro e 17 de novembro de 2017 no Bloco Operatório (BO) da unidade de Abrantes do Centro Hospitalar do Médio Tejo, com a duração de 180h.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006, p.20) define o BO como:

“uma unidade orgânico-funcional autónoma constituída por meios humanos, técnicos e materiais, vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados (...), com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações, reunidas numa mesma unidade imobiliária e que funciona de forma autónoma.”

O BO da unidade de Abrantes situa-se no piso 2 desta unidade tendo como serviços contíguos o serviço Central de Esterilização e a Urgência Médico-Cirúrgica do CHMT, tendo estes serviços assim acesso privilegiado pela proximidade.

O BO é constituído por 4 salas operatórias. A sala zero é uma sala mais pequena que as restantes e é utilizada para procedimentos invasivos menores quando as restantes salas estão em funcionamento, como por exemplo técnicas invasivas de Cardiologia como a colocação de *pacemaker*. A sala 1 é a sala operatória destinada a toda a cirurgia considerada urgente, e as salas 2 e 3 estão regularmente em funcionamento para cirurgias eletivas do foro ortopédico e ginecológico, assim como para realização de exames de Gastrenterologia que requeiram necessidade de sedação. Todas as salas convergem diretamente para o armazém de material esterilizado, assim como possuem saída para uma zona de sujos e daí para o corredor de sujos com acesso ao serviço Central de Esterilização.

À entrada do BO encontra-se uma zona de transferência onde é feito o acolhimento e saída do doente. As salas operatórias convergem também para o corredor que dá acesso à UCPA. Esta é constituída por 5 unidades providas de equipamento de monitorização contínua de parâmetros vitais, rampa de oxigénio, rampa de ar comprimido, aspirador e aquecedor corporal, completamente preparadas para receber os doentes no pós-operatório imediato. Existe ainda a UCPA 2, esta constituída por 3 unidades semelhantes e que funciona apenas quando a afluência é aumentada, esgotando os recursos da UCPA.

Fazem parte da estrutura física do BO o gabinete da enfermeira-chefe e o gabinete do administrativo, o gabinete de enfermagem, a copa e ainda uma área do pessoal, que inclui os vestiários.

A circulação de doentes, pessoal e materiais tem como base a regra da Assepsia Progressiva, tal como refere a AESOP (2006, p.23) esta regra “vai determinar um tráfico controlado, limitado e com barreiras para o pessoal, doentes e materiais. Circulação do pessoal, doentes e material das zonas menos limpas para as mais limpas.”

A integração na equipa de enfermagem do BO foi facilitadora uma vez que o meu local de trabalho é a UMC, serviço contíguo e, por conseguinte, tendo contato frequente com esta equipa, foi uma mais valia no processo de integração e no desenrolar do EC. A orientação deste EC foi feita pela Enfermeira Isilda, que é também a Enfermeira Chefe deste serviço. Experimentei funções de enfermagem nas várias áreas do BO. Foram realizados alguns turnos na UCPA, assim como nas salas operatórias. Da experiência das salas operatórias tive oportunidade de vivenciar as diversas funções dos enfermeiros perioperatórios, maioritariamente como enfermeira de anestesia e enfermeira circulante e tive ainda a experiência de estar na mesa operatória juntamente com um colega na instrumentação. Destaco ainda turnos realizados na área da gestão onde pude experienciar a gestão de recursos humanos e materiais.

“O papel do enfermeiro perioperatório pode ser descrito como o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2006, p.108).

Os doentes do foro cirúrgico são doentes geralmente vulneráveis quer pela sua situação clínica quer pela ansiedade gerada pela intervenção cirúrgica e anestesia. “A perspetiva do

ato cirúrgico, como algo desconhecido e do qual sente medo, preocupa mais o doente do que a própria doença, provocando níveis elevados de ansiedade.” (AESOP, 2006, p.122).

Assim, o enfermeiro de anestesia é quem acolhe o doente no BO e o acompanha até à sala operatória, estando presente na fase pré-anestésica. Tive assim oportunidade de desempenhar estas funções tentando tranquilizar os doentes em colaboração com a restante equipa, no sentido de diminuir os níveis de ansiedade, tranquilizando o doente, desmistificando os seus medos.

Tive também acesso à documentação do serviço no que diz respeito a protocolos e instruções de trabalho.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

A realização dos EC, que fazem parte do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, aprovado pelo Despacho n.º 9128/2012 é parte integrante do processo de desenvolvimento das competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

“Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico -Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação”. (Regulamento n.º 429/2018 - Anexo 1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica, 2018, p. 19360)

A par com a componente teórica do MEPSC, emerge a componente prática do mesmo através da frequência dos EC. Estes têm como função uma prática reflexiva na aquisição de competências especializadas, através do investimento nas várias áreas do saber.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019, p.4744):

“Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. “

Através das experiências e situações vivenciadas e do conhecimento daí advindo, juntamente com o conhecimento científico e reflexão crítica foi possível o crescimento pessoal e profissional que culmina com o desenvolvimento das competências referidas neste relatório.

Os objetivos propostos para os EC são enquadrados com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista bem como nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica tendo como base legal o Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) e o Regulamento n.º 429/2018 - Anexo 1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica (2018) respetivamente.

Assim, o processo de aquisição de competências desenvolvidas ao longo dos vários EC foi baseado nestes dois referenciais e este relatório é assim organizado da mesma forma.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A exigência atual dos Cuidados de Saúde e nomeadamente dos Cuidados de Enfermagem traduz a necessidade destes profissionais na reunião de saberes e competências mais específicas e exigentes culminando num processo de aquisição de competências que lhe conferem a capacidade de um Cuidar Especializado.

“As competências comuns do Enfermeiros Especialista “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745)

Através das experiências e situações vivenciadas nos EC e do conhecimento daí advindo, juntamente com o conhecimento científico e reflexão crítica foi possível o crescimento pessoal e profissional que através de todo um processo de enriquecimento e investimento culmina com o desenvolvimento das competências referidas ao longo deste relatório.

Ainda segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745) as esferas de ação destas competências assentam em quatro domínios fundamentais: a) Responsabilidade profissional,

ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considero que os objetivos propostos ao longo do EC foram alcançados. A Ordem dos Enfermeiros (2012, p.10) refere que “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”.

O Código Deontológico dos enfermeiros enuncia ainda que os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” (OE, 2015, p. 8078) A base da deontologia em enfermagem tem como fundamento ético a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Desta forma, considero que desenvolvi uma prática profissional e ética em toda a minha atuação e promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Por outro lado, a tomada de decisão ética é o pilar na aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Nunes, 2004 citado por Morgado et al. (2014, p. 114) refere que:

“A Enfermagem é uma disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa surgindo dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada. Existe um campo de reflexão próprio ao agir dos enfermeiros que nasce da nossa prática e das preocupações profissionais que se refere àqueles a quem prestamos cuidados denominado «Ética de Enfermagem»”.

Para que se faça uma tomada de decisão ética em Enfermagem é necessário que se reúnam conhecimentos fundamentados e que o enfermeiro esteja ciente dos mesmos e os inclua no processo de tomada de decisão assim como a vontade do utente, devidamente esclarecido.

Por conseguinte assumi a minha prática demonstrando sempre o respeito pela privacidade e dignidade da pessoa, fazendo cumprir o sigilo profissional. Esta postura traduziu-se num cuidado em manter o respeito pela integridade da pessoa cuidada, assegurando que a informação que a mim era confiada não teria outros objetivos que não os cuidados de saúde e que esta só seria partilhada pelos seus profissionais. Nos diferentes contextos dos EC, o maior desafio a este nível foi no SU pelas características físicas do próprio serviço, e número de pessoas, quer profissionais quer utentes, que por ali circulavam. Por exemplo, nos balcões do SU onde o aglomerado de utentes era maior houve o cuidado em falar com proximidade ao doente, ou levando-o para um local mais privado quando era necessário colher alguns dados ou prestar cuidados. Com o mesmo objetivo, os processos clínicos dos doentes eram guardados junto ao posto de trabalho de enfermagem, para que não houvesse consulta aleatória do mesmo. Nos EC do BO e UCIP foram mantidas as mesmas intervenções, contudo, sendo serviços mais confinados, acabou por ser mais facilitador.

A passagem de turno é um dos momentos onde se podem destacar as boas práticas no que diz respeito à aquisição de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Relativamente a este momento o conselho jurisdicional da OE emitiu um parecer em que refere:

“A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação. A passagem de informação é realizada de forma oral, complementando a informação escrita – e não substitui o registo de enfermagem, realizado em notas de evolução/continuidade e/ou avaliação do planeamento de cuidados.” (OE, 2001, p.1)

Nos vários EC deparei-me com várias formas de realizar esta transmissão de informação que pretende a continuidade de cuidados de enfermagem. Assim, no serviço de Urgência a

passagem de turno é feita junto dos utentes, de uma forma resumida e visando o respeito pela privacidade da informação. Num universo onde por vezes a sobrelotação é comum e o espaço físico reduzido, torna-se um verdadeiro desafio manter as boas práticas, sendo o papel do enfermeiro fundamental neste aspeto. As informações mais específicas ou de situações mais complexas, eram relatadas no gabinete de enfermagem antes de chegar junto do doente, de forma a privilegiar o sigilo profissional.

Por outro lado, na UCIP e no BO a passagem de turno é feita num balcão central onde se visualizam todos os utentes, bem como monitorizações, tendo-se uma visão geral do utente e do seu estado geral. Nestes EC, notei que havia uma passagem de informação mais resguardada, uma vez que se mantinha distância dos utentes, contudo tinha-se uma visão geral dos mesmos.

Teixeira, Martins, Dias e Vieira (2014) referem que o local da passagem de turno acaba por não revelar uma importância extrema, mas sim o conteúdo da informação partilhada, visando essencialmente a privacidade do doente e a proteção dos seus direitos fundamentais. Também a OE (2001, p.3) através do seu parecer refere isso mesmo: “O que poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas, diante terceiros”.

Consequentemente a decisão do local da passagem de turno deverá ser feita em equipa, bem como a tipologia de informação partilhada. A meu ver, a passagem de turno deveria ser realizada em espaço reservado, como por exemplo o gabinete de enfermagem, fazendo aí a passagem de toda a informação clínica relativamente ao utente, seguida de um momento junto ao mesmo em que se faria a sua apresentação relativamente ao nome, assim como do enfermeiro que irá iniciar a prestação de cuidados.

No que diz respeito aos registos de enfermagem Martins et al.(2008, p.52) referem que “importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados”.

Os registos de enfermagem são fundamentais em enfermagem e a par com a passagem de turno assumem extrema importância na continuidade dos cuidados de enfermagem assim

como das boas práticas. É nos registos de enfermagem que se prende a base legal dos cuidados.

No EC I – Urgência, contactei com a plataforma de registos *Health-Care Information Systems* (HCIS) utilizada no SU do HSJ, fazendo nela registos fidedignos que permitissem a continuidade dos cuidados ao doente. Penso que me adaptei de forma positiva a esta forma de registos diferente da minha prática diária em contexto profissional. No BO os registos de enfermagem são realizados em suporte papel e aplicação SClínico e na UCIP os registos de enfermagem são realizados na aplicação SClínico, nestes EC o acesso aos registos de enfermagem foram mais facilitados uma vez que fazem parte da minha prática diária, pois são dentro da mesma instituição na qual desenvolvo a prática profissional.

No SU pelas suas características que assentam muitas vezes em condições de sobrelotação e escassez de recursos humanos a comunicação com o utente é muitas vezes condicionada por estes aspetos.

De qualquer forma no decorrer dos EC tentei informar sempre os utentes sobre os procedimentos a realizar, bem como terapêuticas instituídas ou exames a realizar, obtendo desta forma o seu consentimento. Em situações de emergência, bem como em contexto de UCIP muitas vezes a comunicação com o utente está limitada pela sua situação clínica, quer por sedação entre outras, assumindo-se nestas situações um consentimento presumido tal como é evidenciado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015, p.6):

“Há consentimento presumido quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado. O consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir”.

No BO o consentimento presumido existe também em situações de emergência, todavia, a entrada de utentes nesta Unidade prevê a existência do consentimento informado livre e esclarecido, em suporte papel assinado pelo mesmo, ou representante legal.

Nos EC tentei sempre, de alguma forma, participar em tomadas de decisão, conjuntamente com os enfermeiros orientadores e conseqüentemente com a restante equipa multidisciplinar, fazendo valer para isso a colheita de informação, diagnósticos de enfermagem e a avaliação sistemática do doente, bem como a avaliação das intervenções efetuadas.

b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A aquisição de competências ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade foi alcançada nos EC através do conhecimento das políticas de qualidade dos serviços, das respetivas instruções de trabalho e protocolos, através da consulta de documentos dos respetivos serviços. A reflexão sobre as práticas e a procura da evidência em consultas nas bases de dados também contribuiu para a aquisição destas competências

Nos EC a minha colaboração na concretização de projetos institucionais na área da qualidade deteve alguma limitação, pela dimensão temporal de permanência no serviço, contudo dei o meu melhor contributo nas intervenções que executei juntamente com os enfermeiros orientadores, participando ativamente na implementação e manutenção das políticas de qualidade.

Machado (2013, p. 46) refere que “Os modelos de avaliação da qualidade têm como denominador comum a melhoria contínua da qualidade orientada para a eficiência e efetividade clínicas, para a responsabilidade dos profissionais face aos padrões de exigência dos clientes e para a análise de indicadores de saúde, nomeadamente, os resultados”.

Hinrichsen et al. (2011, p. 11) complementam ao dizer que:

“para que se possam prevenir riscos, é necessário identificar e analisar a origem do evento para que ações preventivas possam ser sistematizadas de forma pró-ativa e não somente quando ocorrem. Estabelecer uma sistemática de gerenciamento de riscos na instituição poderá ser um caminho para se buscar um melhor controle e

monitoramento de processos. Uma cultura de qualidade é necessária como uma política institucional em todas as fases do cuidado do paciente segundo as diversas equipes multidisciplinares.”

A gestão da qualidade em saúde pretende desta forma evidenciar a segurança dos utentes através da avaliação de riscos, apostando na melhoria contínua da qualidade dos cuidados através de linhas orientadoras nas principais áreas de intervenção.

A gestão da qualidade, através das suas políticas têm como base o Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020 emanado pelo Despacho n.º 1400-A/2015 2015-2020 (2015, p. 3882-3) e que assentam nos seguintes objetivos estratégicos: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; Aumentar a segurança da comunicação; Aumentar a segurança cirúrgica; Aumentar a segurança na utilização da medicação; Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; Prevenir a ocorrência de quedas; Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Este plano constitui-se como um documento de apoio aos gestores das unidades de saúde na implementação de políticas de gestão da qualidade e melhoria contínua.

No SU do HSJ, através da documentação consultada no serviço, destaco as áreas onde estão implementadas: Política de referenciação e admissão de doentes; Política de controlo de infeções e resistências a antimicrobianos; Política de descontaminação de dispositivos médicos; Política de tratamento e cuidados ao doente; Política de segurança do doente; Política de recursos humanos e Política de reanimação.

O CHUCL integra um sistema de gestão da qualidade referindo no seu site que a finalidade da política da qualidade é “implementar uma abordagem estruturada, mensurável e auditável que promova junto dos doentes, dos profissionais e da comunidade a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelo Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE (CHULC), integrando as diferentes metodologias da qualidade e apoiando ativamente os processos de melhoria.”(CHULC, 2019, sp).

Nomeadamente na política de tratamento e cuidados ao doente, no SU do HSJ saliento a avaliação de dependência do doente através do uso da Jones Dependency Tool (JDT), que

permite classificar e avaliar o grau de dependência do doente e as suas necessidades em cuidados de enfermagem, verificando também o aumento ou não do grau de dependência durante a permanência em SU. O estudo de Crouch e Williams (2006) sugere a utilização desta escala como uma ferramenta válida e eficaz na avaliação do grau de dependência dos utentes nos Serviços de Urgência. Foi uma mais valia neste EC a utilização desta ferramenta, uma vez que desconhecia a sua existência e aplicabilidade.

Para além disso é realizada a avaliação risco de queda através da Escala de Morse a avaliação de risco de Úlceras por Pressão (UP) com a escala de Braden. Esta avaliações são feitas a todos os doentes que dão entrada diretamente nas salas de emergência assim como a colheita de dados/avaliação inicial. Aos restantes doentes que acorrem ao SU do HSJ, esta recolha de informação/avaliação inicial é realizada em caso de internamento ou permanência em SO.

Relativamente à promoção de um ambiente terapêutico e seguro a OE através do Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4747) defende que o enfermeiro “considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco”, assim, relativamente à política de segurança do doente intervi através da utilização do sistema Gricode®, que é utilizado na administração de sangue e hemoderivados, sendo um sistema de hemovigilância que permite a prevenção de eventos adversos, otimizando assim a qualidade desta intervenção.

No BO também tomei conhecimento das políticas de qualidade do serviço, das respetivas instruções de trabalho e protocolos, através da consulta de documentos do serviço.

“A qualidade dos cuidados é indubitavelmente uma necessidade que deve resultar da interação entre humanização e excelência técnicas” AESOP (2006, p.124).

Destaco a visita pré-operatória e a avaliação do risco de queda como projetos de melhoria contínua da qualidade.

Não tive oportunidade de realizar nenhuma visita pré-operatória, uma vez que a realização desta estaria condicionada pela falta de recursos humanos no BO. Silva e Teles (2013) citados por Santo et al (2019, sp) referem que “a assistência que a Enfermagem presta ao paciente antes do procedimento cirúrgico é importante, pois prepara o físico e, sobretudo o emocional

do cliente. O enfermeiro, diante desse contexto, deve estar apto a praticar as duas vertentes principais da visita pré-operatória: as orientações ao paciente, voltadas à educação e ao preparo emocional, e os preparativos físicos para a cirurgia”.

“Conclui-se que o período que antecede a internação apesar de ser curto, é ideal para orientação e esclarecimento quanto a dúvidas em relação à cirurgia, e o enfermeiro tem obrigação legal e moral para fazê-las de forma clara, diagnosticando alterações emocionais e fisiológicas, e tomando medidas interventivas adequadas, realizando cuidados e procedimentos, ajudando na adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, amenizando seus medos e ansiedade fazendo com que o paciente aceite melhor o que acontece com ele e enfrente o problema, proporcionando uma cirurgia tranquila e uma boa recuperação. Diminuindo assim as chances de complicações em todas as fases de internação do paciente” (Aparecida e Souza, 2010, p. 805).

Esta visita permite assim individualizar os cuidados de enfermagem perioperatórios, e é através dela que se estabelece a relação de ajuda e do cuidar com o doente.

Na avaliação do risco de queda é utilizada a escala de Morse e registada na aplicação informática SClínico. Esta avaliação é feita à entrada e saída do doente da UCPA e teve oportunidade de a realizar. Esta avaliação é fundamentada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019) através da norma 008/2019 que salienta que a avaliação do risco de queda deve ser realizada a todas as pessoas em internamento hospitalar, através da escala de Morse validada para Portugal na admissão, e feita a sua reavaliação sempre que ocorre alteração do estado clínico, no momento de transferência intra ou inter-hospitalar e quando ocorre uma queda. Esta avaliação permite a adoção de estratégias com o objetivo de diminuir os riscos para o doente e prevenir a ocorrência de quedas. Em todos os EC esta avaliação é feita aos doentes nos diferentes momentos, sendo adotadas estratégias como por exemplo grades na cama/maca, local de maior vigilância, recurso a terapêutica em caso de agitação e supervisão e assistência nas atividades de vida.

Relativamente à promoção de um ambiente terapêutico tive oportunidade de preencher a lista de verificação pré-operatória aquando do acolhimento do doente no BO, confirmando em voz alta a identificação do doente, verificando a existência de pulseira corretamente preenchida, a inexistência de próteses e adornos, o cumprimento do jejum, bem como, a

existência de alergias conhecidas. Esta verificação traduz-se em ganhos para a segurança do utente, uma vez que permite detetar possíveis riscos que poderão originar complicações.

Com o objetivo de manter a segurança do doente e prevenir complicações é utilizada a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. (DGS, 2010). O seu preenchimento faz-se através de uma aplicação informática, é de carácter obrigatório e no BO do Hospital de Abrantes quem faz esse registo é o enfermeiro circulante. Esta lista é composta por vários itens e obedece a três momentos na sua verificação: antes da indução da anestesia, antes da incisão na pele e antes do doente sair da sala de operação.

Tomei conhecimento dos itens que compõe esta lista e da sua operacionalização e preenchimento na sala de operações.

Na UCIP, sendo esta uma unidade isolada e com autonomia, com uma afluência mais reduzida comparativamente a outros serviços, apresenta um ambiente mais controlado, sendo este aspeto facilitador nos que diz respeito à promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Assim, existe no serviço um livro de registos de entradas e saídas de doentes do serviço, onde é registado também os contactos de referência, bem como eventuais valores pertencentes ao doente. Destaco ainda a existência de uma tabela para consulta de incompatibilidades medicamentosas, afixada na zona de trabalho assim como disponível nos computadores do serviço para consulta, servindo assim para alcançar a efetividade terapêutica e prevenção de acidentes. Nesta unidade os registos são feitos em SClínico, na entrada do doente é feita a avaliação inicial, bem como delineado o plano de cuidados através dos diagnósticos de enfermagem, e feitas também as avaliações de risco de queda e risco de UP através das escalas de Morse e Braden respetivamente.

c) Competências do domínio da gestão dos cuidados

No que diz respeito às competências do domínio da gestão dos cuidados a OE através do Regulamento n.º 429/2018 (2018, p. 4748) refere que “o Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, assim como “o Enfermeiro

Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados”.

No decorrer dos vários EC, relativamente à aquisição de competências do domínio da gestão dos cuidados foram delineados dois grandes objetivos: a gestão os cuidados à PSC otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional e a identificação da função de liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No SU colaborei e prestei cuidados diferenciados e especializados à PSC com base nos problemas/diagnósticos identificados, nomeadamente na sua admissão e tratamento nas salas de emergência, onde estive distribuída grande parte dos turnos deste ensino clínico, uma vez que é onde se evidenciam e apresentam os doentes considerados críticos. Deparei-me com diversas situações de doente crítico, nomeadamente em situações de trauma, situações de dispneia, convulsão, arritmias, hemorragia digestiva, que considero terem sido as mais frequentes na minha passagem pelas salas de emergência.

Contudo, foi também importante a passagem pelos balcões azul/verde e amarelo/laranja, assim como pelas salas de SO, na evidencia das competências em gestão dos cuidados, uma vez que é nestes locais que poderão ser observados o surgimento de complicações e por conseguinte a gestão dos cuidados na vigilância e monitorização de doentes, encaminhando-os por exemplo para as salas de emergência, recorrendo também a outros profissionais de saúde. Nos balcões, apesar do método de trabalho no SU ser de enfermeiro responsável, acaba por haver muitas vezes o método à tarefa uma vez que é evidente nestes locais a sobrelotação de utentes e escassez de recursos humanos.

Costa (2004, p.248) através do seu estudo sobre esta temática, refere que:

“A reflexão sobre os diferentes métodos de prestação de cuidados permite-nos concluir que:

- quanto à qualidade, a prestação de cuidados de enfermagem totais, contínuos, coordenados e imputáveis, depende do método de prestação escolhido. Passa-se o mesmo com a centralização ou descentralização do poder de decisão, que é ainda

influenciado pela filosofia da organização, pelos recursos disponíveis e pelo estilo de liderança dos gestores de enfermagem;

•quanto à organização propriamente dita, qualquer dos métodos tem vantagens e inconvenientes, facto que nos deve levar a refletir sobre os efeitos da utilização dos diversos métodos, a fim de se equacionar a qualidade dos cuidados, os custos, a satisfação do cliente, a satisfação no trabalho e as vantagens de ordem interacional e social, que daí derivam. Importa, essencialmente, não tomar como adquirido que um modo particular de cuidar ou de organizar a prestação dos cuidados de enfermagem, tem uma relação inevitável com a qualidade dos mesmos ou com o nível de desempenho profissional”.

Acaba por ser objetivo da equipa de enfermagem a segurança do doente, bem como a sua vigilância e satisfação, o que faz com que nas diversas áreas do SU sejam adequadas frequentemente as metodologias de trabalho tendo em conta os recursos existentes, bem como a lotação do serviço.

Neste contexto, a gestão dos cuidados acaba por assentar também na delegação de funções. A delegação de funções e sobretudo a sua supervisão fazem parte das competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A OE através da sua tomada de posição relativamente ao assunto evidencia o seguinte algoritmo:

“O algoritmo de tomada de decisão para delegar considera:

- a. verificação dos critérios para a delegação, relativos a quem delega, ao que é delegado (natureza da tarefa e a relação com o grau de dependência em cuidados de Enfermagem) e a quem;
- b. avaliação da situação, considerando as necessidades do cliente, o planeamento de cuidados, as circunstâncias e os recursos disponíveis;
- c. plano para a tarefa específica a delegar, especificando a natureza da tarefa, a preparação para a realizar adequadamente e as implicações (para o cliente, outros clientes, conviventes significativos);

- d. quem delega e em quem é delegado aceitam a responsabilidade;
- e. fornecimento de orientações claras para a realização da tarefa, o que implica um adequado processo de comunicação;
- f. supervisionar, acompanhar e avaliar o desempenho da tarefa;
- g. assegurar apropriada documentação (registo) da tarefa;
- h. avaliar o processo global e prover feedback;
- i. reajustar o plano de cuidados conforme necessário” (OE - Conselho Jurisdicional, 2007, p. 2).

Desta forma, considero que este EC foi muito enriquecedor no domínio da gestão dos cuidados, pois permitiu que houvesse uma reflexão contínua nos aspetos focados anteriormente, nomeadamente ao nível das metodologias de trabalho e delegação de funções. Considero que houve um crescimento enquanto enfermeira e futura Enfermeira Especialista neste sentido, pois ponderei todos estes aspetos relacionando-os diretamente com a minha prática diária, evidenciando-se assim uma necessidade de mudança e um investimento pessoal e profissional ao qual me propus no início desta jornada.

Para além disto, durante os EC reconheci a importância da função de liderança aqui transmitida pelo papel do enfermeiro chefe de equipa. Como diz Ribeiro, Santos e Meira (2006, p. 110)

“A equipe de enfermagem é a maior entre as equipes de profissionais da área de saúde no âmbito de uma instituição hospitalar, tendo nesta o enfermeiro uma ação gerencial de destaque. (...) O trabalho em equipe exige que o enfermeiro considere o todo de cada indivíduo, respeite as individualidades, reconheça e fomente as competências, capacidades e potencialidades de cada membro.”

Apesar de não exercer um papel ativo na função de liderança e gestão dos recursos, foi de extrema importância para mim o contato com esta figura, algumas vezes desempenhada pela enfermeira orientadora, permitindo-me assim a reflexão sobre a função de liderança no seio de uma equipa e o seu impacto na qualidade dos cuidados. Deste EC saliento o meu enriquecimento pessoal ao nível da gestão de recursos humanos. Foi uma mais valia a

passagem por este serviço uma vez que me alertou para a priorização de cuidados quando existe escassez de recursos humanos para as necessidades do serviço.

Outra competência que reconheço ter adquirido refere-se ao correto acompanhamento da PSC em transportes intra e inter-hospitalares, que considero atualmente ser uma mais valia na minha prática profissional, despertando em mim um paradigma reflexivo. O acompanhamento de doentes em transportes intra e inter-hospitalares tem como base as recomendações da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Estas recomendações fundamentam o tipo de acompanhamento ao nível de recursos humanos, bem como tipo de monitorização e materiais que devem acompanhar o doente crítico. Através da escala adaptada de Etxebarria et al (1998) citado por Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.33-37), com resultado em pontos é alcançado o nível de risco e respetivamente o acompanhamento necessário, tipo de monitorização e equipamento.

Tive oportunidade de fazer vários acompanhamentos de doentes críticos no transporte intra-hospitalar, nomeadamente para realização de exames e transferência para a Unidade de Urgência Médica ou para Neurocríticos. No SU do HSJ existem em local próprio sacos de transporte com material clínico, monitores de sinais vitais e ventiladores portáteis destinados ao transporte de doentes. Estes são verificados regularmente para garantir o adequado funcionamento aquando a sua utilização. O acompanhamento dos doentes é assim definido através da escala já referida que pode ser acedida na aplicação informática HCIS utilizada neste SU. Para todos os doentes que são transferidos do serviço é preenchida essa escala para aferir o tipo de acompanhamento necessário. Nos transportes que acompanhei, na grande maioria de doentes críticos, foram cumpridos os pressupostos, quer ao nível dos recursos humanos bem como do equipamento e tipo de monitorização.

Pela permanência nas salas de Emergência e Trauma, para além dos cuidados à PSC, desenvolvi competências no controlo, reposição e registo da operacionalidade destas, através dos testes aos equipamentos, e de toda a operacionalidade das salas ao nível de recursos materiais.

No BO relativamente à aquisição desta competência foram delineados vários objetivos: a gestão os cuidados à PSC otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na

equipa multiprofissional; controlo, reposição e registo da operacionalidade das salas operatórias; efetuar registos de enfermagem concisos e pertinentes; e a identificação da função de liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Experienciei a gestão dos cuidados à PSC, avaliando os riscos cirúrgicos e anestésicos, através da monitorização contínua do estado do doente no período perioperatório. Sendo um serviço maioritariamente com procedimentos programados e controlados, existem situações de emergência que requerem uma gestão minuciosa de cuidados. Verifiquei isso mesmo, ao experienciar a realização de uma cesariana emergente. Também tive oportunidade de verificar a operacionalidade das salas operatórias participando na sua reposição e operacionalização.

Os enfermeiros são distribuídos pelas salas operatórias mediante os programas operatórios, respeitando as 3 funções do enfermeiro perioperatório: enfermeiro instrumentista, enfermeiro de anestesia e enfermeiro circulante, de acordo com o preconizado pela AESOP (2006). Existe também uma equipa designada para as cirurgias de urgência, distribuídos exatamente pelas mesmas funções. A AESOP (2006, p.108) refere ainda que “qualquer das funções do enfermeiro peri-operatório é essencial, com idêntica importância na prestação de cuidados peri-operatórios em que o todo completa, dá continuidade e otimiza os benefícios de uma enfermagem peri-operatória centrada no doente e na qualidade”. Para além destas são distribuídos ainda dois enfermeiros para a UCPA/Recobro.

No BO a distribuição dos enfermeiros é feita semanalmente pela enfermeira chefe. Esta é feita mediante as competências dos enfermeiros e o seu período de integração no BO. Relativamente a este aspeto a OE(2017, p.2) refere que:

“Em cada contexto os cuidados à população devem ser organizados para que sejam prestados em benefício da mesma, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção e tendo sempre presente que as funções dos enfermeiros não dependam da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos ou de opiniões individuais (...). Considera-se indispensável que todos os enfermeiros a desempenhar funções em contexto perioperatório, estejam sujeitos a um período de integração nunca inferior a 6 meses, durante o qual devem

ser orientados de forma sistemática adquirir um conjunto mínimo de competências técnicas e não técnicas”.

Existe sempre também designado um enfermeiro coordenador de turno que gere os recursos humanos e as questões pontuais que surgem ao longo do turno.

Neste EC, destaco também a elaboração de registos de enfermagem no instrumento próprio utilizado no BO, assegurando a continuidade dos cuidados ao doente intervencionado. Para além do impresso próprio, é feita na plataforma SClínico a avaliação do risco de queda, tal como já foi referido anteriormente.

Também no BO acompanhei por diversas vezes o enfermeiro coordenador de turno, destacando o seu papel de liderança na gestão dos cuidados de enfermagem, adequando os recursos humanos e materiais às necessidades inerentes, articulando com a restante equipa multidisciplinar.

Na UCIP colaborei e prestei cuidados diferenciados e especializados à PSC com base nos problemas/diagnósticos identificados e neste sentido considero que alcancei na sua maioria os objetivos delineados. Experienciei a gestão dos cuidados à PSC através da monitorização contínua do doente, identificando potenciais focos de instabilidade, assim como prioridades de atuação.

Leach, Ward, e Sylvester (2004, p.16), salientam a importância dos cuidados de enfermagem em Cuidados Intensivos dizendo que:

“a importância de uma enfermagem especializada na gestão dos pacientes gravemente doentes não pode ser mais enfatizada. A avaliação, monitorização contínua, a administração de fármacos, o conforto, o suporte psicológico, a assistência com a comunicação, o apoio legal, os cuidados com a pele, o posicionamento, a alimentação e a deteção precoce de complicações são papéis vitais da enfermagem que têm um profundo efeito no resultado. Os enfermeiros também providenciam um suporte essencial para os familiares, os médicos, os fisioterapeutas e outros profissionais de saúde”.

Durante a realização do ensino clínico na UCIP destaco as competências técnicas desenvolvidas pois é um serviço rico em procedimentos técnicos que exigem rigor e

conhecimento. Destaco, por exemplo, a técnica dialítica, bem como ventilação mecânica (VM) e monitorização invasiva.

O método de trabalho na UCIP é o método de enfermeiro responsável, contudo, nesta unidade, evidencia-se o trabalho em equipa em que todos colaboram nas intervenções delegadas pelo enfermeiro responsável pelo doente.

A distribuição é feita por turno pelo enfermeiro coordenador de turno. Durante cada turno existe também um destes enfermeiros alocado à Equipa Reanimação Intra-hospitalar (ERI), que em caso de chamada se deslocará ao serviço que solicitou a equipa.

Também o transporte de doentes é assegurado pelos enfermeiros do turno, quer intra-hospitalar que inter-hospitalar. Nos transportes intra-hospitalares o enfermeiro que acompanha o utente, quer na realização de exames, transferência para BO por exemplo, é o enfermeiro responsável pelo mesmo. Nos transportes inter-hospitalares, se houver uma previsão e planeamento prévio é convocado um enfermeiro para esse efeito ou não sendo possível é realizado por um enfermeiro do turno designado pelo coordenador de turno, tendo em conta as suas competências e necessidades do utente. Tal como no SU do HSJ, na UCIP também existem sacos de transporte, bem como monitores de sinais vitais e ventiladores portáteis que são verificados periodicamente para que se mantenha o seu bom funcionamento e operacionalidade. Aqui, apenas nos casos de transporte inter-hospitalar é preenchido o score com base nas recomendações da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) e este é executado pelo médico que faz o pedido do transporte.

Também na UCIP, acompanhei por diversas vezes o enfermeiro coordenador de turno, como líder na gestão dos cuidados de enfermagem, adequando os recursos humanos e materiais às necessidades do serviço, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar.

Inevitavelmente, desempenhando por diversas vezes o papel de coordenador de turno na UMC, estabeleci algumas comparações no desempenho desta atividade, acabando por ter algumas funções facilitadas, como por exemplo, na requisição de materiais, pedidos extraordinários, entre outros, uma vez que desempenho também função semelhante. Contudo, considero também uma mais valia, uma vez que tive outra visão desta gestão que muitas vezes é divergente com a que desempenho diariamente.

No domínio da gestão dos cuidados torna-se fundamental abordar a temática das dotações seguras.

“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” (Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2019, p. 128).

O Regulamento n.º 743/2019 (2019) refere que o SU deverá ter as suas dotações seguras assumindo como base de cálculo os postos de trabalho, adaptando os mesmos ao fluxo de afluência e de igual forma ajustando aos períodos temporais de afluência. No SU do HSJ o ratio de enfermeiros na prestação de cuidados era de 18 nos turnos da Manhã e Tarde e 16 no turno da Noite. Este documento refere ainda que os enfermeiros que asseguram o posto de triagem deverão ter formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, bem como deve ser assegurado, nas urgências de adultos, de preferência por um enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tal como se deve verificar a mesma especialidade nos enfermeiros que assumem as salas de emergência e a função de chefe de equipa/responsável de turno. No SU do HSJ os enfermeiros que assumiam o posto de triagem todos possuíam formação no Sistema de Triagem de Prioridades. Relativamente à especialidade, o número de enfermeiros especialistas em EMC neste serviço era limitado, não atingindo os 50%, sendo esses enfermeiros preferencialmente distribuídos pelas salas de emergência ou assumindo o papel de chefe de equipa, cumprindo assim, dentro das limitações do próprio serviço, as recomendações do Regulamento citado.

No BO em Abrantes, as dotações nesta unidade cumprem os pressupostos emanados pelo Regulamento n.º 743/2019: (2019, p. 142), no que diz respeito ao número de enfermeiros, que refere:

“Nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, considera -se a existência dos seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. Considera -se adequado que os enfermeiros que assumem

estes postos de trabalho sejam enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área, os blocos operatórios integram enfermeiros e enfermeiros especialistas das diferentes áreas de especialidade, preferencialmente enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (...). Nas unidades de recobro ou unidades de cuidados pós -anestésicas recomenda-se que devem existir, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.”

Neste serviço existiam à data do EC apenas 2 enfermeiros Especialistas em EMC, sendo um deles a enfermeira com funções de chefia.

O rácio de utentes por enfermeiro na UCIP é de 2 utentes para cada enfermeiro em Cuidados Intensivos e 3 utentes por enfermeiro em Cuidados Intermédios. Estas unidades cumprem assim o propósito evidenciado pelo Regulamento n.º 743/2019 (2019, pp. 144-145) classificando os Cuidados Intermédios em Unidade de nível I que “visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior”, e os Cuidados Intensivos em Unidade de nível II visto que “tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior”. Considera-se assim que esta unidade se encontra com as dotações adequadas.

d) Competências do domínio das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento de competências, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica foi o cerne da motivação que levou ao ingresso neste desafio que foi o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação. Todo este processo, desde os momentos teóricos até à realização dos EC foram de constante desafio, desenvolvendo para isso todo um processo de autoconhecimento quer enquanto pessoa quer enquanto enfermeira.

A base dos EC foi uma postura de prática reflexiva. Tal como diz Jarvis (1999) citado por Peixoto e Peixoto (2016, p. 122) “a prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga”.

“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019 p. 4749). Assim os EC foram um desafio constante neste processo uma vez que foi através deles que deparei com diversas problemáticas e contextos para mim novos ou evidenciados com uma perspetiva diferente que me fizeram refletir e procurar o conhecimento necessário para lhes fazer face, através de pesquisa bibliográfica e análise reflexiva juntamente com os enfermeiros orientadores.

Benner (2001. p. 33) refere que:

“a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”.

Em todos os EC foi de uma sobeja mais valia, a relação com a equipa multidisciplinar para o desenvolvimento do auto e hétero conhecimento, bem como do crescimento profissional. Os enfermeiros orientadores tiveram um papel preponderante ao nível das aprendizagens.

O EC no SU do HSJ foi bastante enriquecedor ao nível das aprendizagens pessoais, não tanto a nível técnico uma vez que também trabalho num SU, mas sim ao nível da gestão dos recursos que humanos quer técnicos. A forte afluência de utentes a este serviço, o ambiente de sobrelotação e o número mais elevado de doentes críticos por ser uma unidade mais diferenciada foram algumas das problemáticas com as quais me deparei e que me fizeram aprofundar conhecimentos e refletir sobre as mesmas, acabando por transpô-los para a minha vivência diária

A nível pessoal o EC no SU do HSJ foi também um desafio, uma vez que estava longe de casa. Requereu alguma reorganização da dinâmica familiar assim como uma gestão do tempo, dividido entre este e a prática profissional.

No BO o EC foi muito enriquecedor pela sua complexidade e especificidade. Sendo um serviço com o qual contato frequentemente existiam ainda bastantes aspetos que eram para mim desconhecidos e que através da realização deste EC foram esclarecidos.

Destaco as várias funções dos enfermeiros perioperatórios que pude vivenciar: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro da UCPA, assim como toda a sua articulação na prestação de cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico. Desempenhei estas funções juntamente com os colegas e saliento a oportunidade que me foi proporcionada de acompanhar o enfermeiro instrumentista na mesa cirúrgica, adquirindo conhecimentos relativamente às suas funções, materiais frequentemente utilizados, disposição da mesa cirúrgica e sobretudo a lavagem cirúrgica das mãos e manuseamento de material esterilizado. Saliento ainda os conhecimentos adquiridos relativamente ao posicionamento de doentes no intraoperatório, bem como a disposição de equipamentos e matérias na sala operatória.

Considero este EC bastante positivo e gratificante ao nível das aprendizagens profissionais, descrevendo-o como enriquecedor para a prática reflexiva a que me proponho diariamente.

Na UCIP a aprendizagem ao nível profissional acabou por ter um enfoque maior no domínio técnico, uma vez que contactei primariamente com muitos equipamentos e técnicas até ao momento pouco exploradas. A especificidade do serviço requereu um investimento em conhecimentos teóricos aliados ao contexto da prática.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA SITUAÇÃO CRÍTICA

A especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem, na sua área de estudos, como foco de atenção, a pessoa a vivenciar situações de doença crítica. A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais

funções vitais dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

“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 n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Evidenciam-se assim de seguida cada competência específica do enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica desenvolvidas em EC.

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

O enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve ter na sua essência um conjunto de conhecimentos e competências e a capacidade da sua mobilização com o objetivo de dar resposta a situações de doença crítica, atempadamente, direcionando as suas intervenções quer ao doente, assim como à família.

Em contexto de EC, existiram diversas oportunidades de aprendizagem relativamente aos cuidados à PSC. Todas as experiências que descrevo posteriormente foram supervisionadas e orientadas em conjunto com os enfermeiros orientadores, contudo, foi-me proporcionado progressivamente o desenvolvimento da minha autonomia.

No SU, a primazia deste ensino clínico foram os cuidados à PSC. Por conseguinte, grande parte dos turnos foram realizados nas salas de emergência tendo como objetivo a aprendizagem. Uma vez que o meu local de trabalho e desenvolvimento profissional é a Urgência Médico-Cirúrgica direcionou-se a aprendizagem no sentido dos cuidados à PSC e a intervenção em procedimentos e situações mais complexas. No SU do HSJ os elementos designados para a sala de emergência reúnem uma série de competências que os torna capazes de dar resposta a este tipo de situações, nomeadamente a formação diferenciada como por exemplo enfermeiros especialistas, formação em SAV, trauma e experiência pré-hospitalar. Os

restantes elementos vão sendo progressivamente integrados no sentido do desenvolvimento dalgumas destas competências.

Tive assim oportunidade de prestar cuidados aos doentes admitidos na sala de emergência. A abordagem a este doente, considerado crítico, faz-se através da sua avaliação sistemática ABCDE, descrita no Quadro 1. Os registos da avaliação inicial ao doente baseiam-se também nesta abordagem. Desenvolvi competências neste sentido, da avaliação sistemática do doente com recurso a estas abordagens, prevenindo assim complicações identificando focos de instabilidade antecipadamente.

Quadro 1 - Abordagem ABCDE

Abordagem da vítima	
A – Via Aérea	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas; • Desobstruir com manobras manuais (extensão e elevação da cabeça, ou subluxação da mandíbula em vítimas com suspeita de lesão medular); • Aspirar secreções, se necessário; • Considerar o uso de adjuvantes básicos da VA: tubo nasofaríngeo e tubo orofaríngeo; • Considerar uma abordagem avançada da VA com dispositivos laríngeos ou tubo endotraqueal (cricotirotomia é uma técnica de recurso); • Assim que possível colocar uma sonda gástrica (se abordagem da VA avançada).
B - Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar (se disponível): SpO2, Capnografia; • Administrar Oxigénio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Em caso de insuficiência respiratória aguda procurar manter a SpO2 (oximetria de pulso $\geq 95\%$); ○ Nas grávidas garantir SpO2 $\geq 97\%$; ○ Há doentes que fazem retenção crónica de CO2 (DPOC) nos quais a administração de O2 em doses elevadas pode deprimir o centro respiratório, pelo que a administração de O2 é necessária, mas tem de ser criteriosamente controlada e monitorizada. O objetivo geral perante uma vítima crítica com DPOC é o de obter uma PaO2 > 60mmHg o que equivale a uma saturação obtida por oximetria de pulso de 88-92%, com o intuito de impedir a hipoxia grave sem deprimir o centro respiratório. • Ventilação assistida: <ul style="list-style-type: none"> ○ Efetuar ventilação assistida (se $8\text{cr}/\text{min} < \text{FR} < 35\text{cr}/\text{min}$), realizando 1 insuflação em cada 6 segundos no adulto (10 ventilações por minuto); ○ Se ventilação mecânica: volume corrente 6 mL/Kg, FR 12cr/min e FIO2 50%;
C – Circulação	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar TA, FC, ritmo cardíaco, ECG 12 derivações; • Controlar hemorragia; <ul style="list-style-type: none"> ○ Estabilizar e imobilizar fraturas: pélvica, fémur, úmero. • Se hemorragia externa/visível: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Compressão manual direta no local da hemorragia (é a técnica de eleição); ○ 2. Técnica de 2ª linha: aplicação de garrote em posição proximal relativamente à lesão; ○ 3. Técnicas de 3ª linha: <ul style="list-style-type: none"> • Elevação do membro/extremidade (contraindicada no membro com suspeita de fratura ou luxação); • Pontos de pressão: aplicação de pressão na artéria próxima da lesão, dessa forma diminuindo a perda de sangue, pela oclusão da artéria. • Posicionar a vítima: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se hipotensão: decúbito dorsal; ○ Se grávida, evitar a compressão aorto-cava: Decúbito lateral, no plano (Trauma) lateralizar 30º para a esquerda ou deslocar o útero manualmente para a esquerda; • Ao doente com dor torácica cardíaca e suspeita de SCA deve ser administrado O2 (se SpO2 < 90%), aspirina, clopidogrel/ ticagrelor, nitroglicerina e morfina; • Estabelecer acesso venoso periférico (14 ou 16G); • Colher sangue (hemograma, bioquímica, coagulação e tipagem); • Considerar a administração rápida de fluidos.

Quadro 1 - Abordagem ABCDE (continuação)

Abordagem da vítima	
D – Disfunção Neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Excluir condições que influenciam o nível de consciência; • Avaliar o nível da consciência (classificando-o em AVDS e/ou GCS); • Examinar o tamanho, simetria e reatividade à luz das pupilas; • Avaliar sinais focais bilateralmente; • Avaliar a glicémia.
E – Exposição com controlo da temperatura	<ul style="list-style-type: none"> • Corrigir condições com risco de vida: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipotermia; ○ Amputação. • Remover roupa e avaliar a vítima (tendo em atenção a privacidade e dignidade da vítima); • Promover medidas para prevenir hipotermia (ex. cobertores, mantas térmicas, temperatura da célula sanitária).

Fonte: Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2019, p. 28-29

Experenciei algumas situações de alteração do estado de consciência, em que havia necessidade de realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC), sendo o papel do enfermeiro bastante importante no acompanhamento destes doentes no sentido de antecipar qualquer tipo de complicações.

Por exemplo, o transporte de doentes a nível intra-hospitalar foi uma das temáticas que me fez refletir, uma vez que na minha prática diária é uma problemática sobre a qual impera apenas o bom senso, daí que tenha despertado em mim uma profunda necessidade de enriquecer o conhecimento, aplicando-o futuramente.

O transporte de doentes é uma atividade de grande importância nos cuidados de saúde e com uma repercussão importante nos sistemas de saúde. O foco dos recentes estudos é o transporte de doentes críticos uma vez que requer um maior número e especificidade de recursos quer a nível humano e de equipamento. Contudo, existe um número significativo de doentes não críticos que são objeto de transporte e cujo acompanhamento quer a nível de recursos humanos quer a nível de equipamento deverá ser considerado, não só para sua segurança, uma vez que poderá estar sujeito a agravamento do seu quadro clínico, mas para a melhor gestão desses mesmos recursos (Hains, Marks, Georgiou e Westbrook, 2011)

A decisão de transportar um doente crítico é da responsabilidade do médico, contudo o enfermeiro, fazendo parte integrante da equipa multidisciplinar e tendo um papel fundamental nos cuidados de saúde deverá fazer parte dessa tomada de decisão. “Devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, (...) ou sempre que a deslocação possa contribuir directa ou indirectamente para o agravamento da situação

clínica sem mais valia aparente” (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9).

O planeamento do transporte deverá ser feito em conjunto pela equipa médica e de enfermagem do serviço de origem levando em conta os seguintes aspetos: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação.

A prática reflexiva nesta temática foi extremamente importante para o meu enriquecimento profissional, evidenciando aqui as competências que podem ser adquiridas enquanto enfermeira especialista. Pretendo daqui para a frente transpor para o meu serviço esta fundamentação no que concerne ao transporte intra-hospitalar de doentes, uma vez que atualmente, como já disse impera apenas o bom senso, acontecendo por vezes uma inadequada gestão dos recursos humanos e algum comprometimento na segurança do doente. As deslocações de doentes no SU são bastante frequentes quer para a realização de exames ou transferências de serviços.

É de salientar a parceria dos enfermeiros do SU com a Unidade Cérebro Vascular (UCV) nos casos de Via Verde de AVC. Este protocolo está regulamentado pela Norma 015/2017 da Direção-Geral da Saúde. A ativação deste protocolo é feita na triagem de Manchester pelo enfermeiro, pela equipa pré-hospitalar ou então doentes referenciados por outras unidades de saúde, que apresentem sinais como dificuldade em falar, boca ao lado e falta de força num membro (DGS, 2017, p. 1). Tive assim oportunidade de apoiar a receção de doentes ativados pelo protocolo assim como o seu acompanhamento até à realização de TAC e conseqüente processo de terapêutica endovascular nas situações em que está indicada. A mesma norma refere a importância dos profissionais especializados para atuação neste contexto dizendo:

“A terapêutica endovascular, dada a sua complexidade técnica, deve ser realizada em unidade de saúde com neurorradiologia de intervenção, por equipa multiprofissional disponível para a sua execução com carácter de emergência que deve incluir médico neurorradiologista, neurologista (ou outro médico, com experiência no diagnóstico e tratamento do AVC), anestesiológista e enfermeiros com treino específico” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 5).

Também ao longo deste EC prestei cuidados a vítimas de trauma nomeadamente acidentes de viação e quedas em altura as mais frequentes. Para além da avaliação sistemática destes

doentes com o objetivo de prevenir complicações, foram evidenciadas competências nas técnicas de mobilização e imobilização destes doentes nomeadamente levantamento e rolamento, bem como aplicação de colar cervical e estabilização de fraturas. Relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado Cestari et al. (2015), citados por Perboni, Silva e Oliveira (2019, p. 963) referem:

“O cuidado é compreendido como um compromisso por parte da equipe de enfermagem com os pacientes e suas famílias. Nesse sentido, é necessário que o enfermeiro esteja preparado para gerenciar o cuidado ao paciente politraumatizado de modo que possa promover o conforto físico, emocional, além de realizar escutas terapêuticas e cuidado humanizado. Ressalta-se também a importância de a equipe de enfermagem compreender como os indivíduos e seus familiares vivenciaram a experiência de uma situação de trauma, permitindo ofertar o apoio necessário nessas situações”.

Neste sentido, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado para além das competências técnicas que devem ser exigidas, sobretudo na antecipação de complicações, é necessário que o enfermeiro desenvolva também competências ao nível da relação humana e controle de ansiedade destes doentes e família. Neste EC não tive muitas oportunidades de prestar apoio à família pois a grande maioria não se encontrava na altura presentes, contudo houve um investimento na relação com o doente tentando perceber de que forma poderia diminuir a sua ansiedade, tentando responder atempadamente às suas perguntas, explicando o que estava a acontecer e quais seriam as próximas etapas na sua permanência no SU. Nos casos em que familiares se encontravam no SU, eram fornecidas informações sobre o estado do doente e logo que possível o familiar era levado para junto do doente com o objetivo de diminuir a ansiedade ambos.

Na aquisição de competências especializadas é também objetivo a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC, assim, foram diversas as técnicas que pude observar e intervir, garantido os cuidados ao doente e a prevenção de complicações. Nomeadamente, a participação na colocação de cateter venoso central (CVC) e colocação de dreno torácico. Foi de extrema importância também a prestação de cuidados a doentes com ventilação não invasiva (VNI) e VM, bem como o apoio e observação de técnicas de endoscopia

de urgência realizadas nas salas de emergência. Quando existe a necessidade urgente deste exame, este é realizado na sala de emergência com recurso aos enfermeiros nela distribuídos. Recorre-se também ao apoio da especialidade de Anestesiologia para proceder à sedação destes doentes, tendo sido assim uma mais valia na aquisição de competências em enfermagem à PSC.

No EC do BO de Abrantes, os grandes objetivos traçados neste domínio foram: a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas; a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

“A cirurgia é uma experiência muito especial para cada doente, dependente dos fatores de ordem psicossocial e fisiológica, que estejam subjacentes” (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 528).

Assim, considero que devo salientar as funções desempenhadas na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) uma vez que foi através delas que concretizei grande parte destes objetivos.

Segundo a AESOP (2006, p.156) “a UCPA é uma unidade bastante especializada, dotada de meios técnicos e humanos, altamente vocacionados e dirigidos à vigilância e monitorização intensiva do doente num curto período de tempo que é considerado crítico e que se inicia imediatamente após a intervenção cirúrgica. É nesta altura que o doente concilia em si os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico, vivendo uma situação de vulnerabilidade”.

Assim, o enfermeiro da UCPA atua “na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, deteção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto” (AESOP, 2006, p.160).

Desempenhei funções na UCPA, tendo em conta a prevenção de complicações, estabelecendo prioridades de atuação. O facto de desempenhar funções na UMC foi em parte facilitador neste processo através do domínio da avaliação do doente no estabelecimento de prioridades, bem como pelo conhecimento do algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV) e pelo contato frequente com o doente crítico. Contudo, revelou-se também uma mais valia, no sentido de estar desperto para os riscos a que o doente está exposto, e os focos de atenção tendo em conta a técnica cirúrgica e anestésica. Considero ter adquirido autonomia neste sentido, prestando cuidados ao doente em permanência na UCPA.

O controlo da dor é uma preocupação constante nos doentes em pós-operatório e vivenciei isso mesmo através do investimento dos colegas no controlo da dor no pós-operatório. “A dor é um fenómeno frequente no pós-operatório e pode resultar em sofrimento e riscos desnecessários ao paciente. Estudos demonstram o inadequado alívio da dor após a cirurgia e sua relação com falhas na avaliação e falta de conhecimento sobre métodos analgésicos” (Pimenta, Santos, Chaves, Martins e Gutierrez, 2001, p. 180).

Phipps et al. (2003, p. 363) referem ainda que:

“O alívio da dor e do desconforto é um objetivo de enfermagem primordial, que requer perícia na arte e na ciência de enfermagem. É essencial o conhecimento dos conceitos relacionados com dor, colheita de dados e terapias úteis. A sensibilidade e a empatia, o tentar compreender o que a pessoa está a sentir, são componentes importantes de uma abordagem sistemática ao doente com dor”.

No BO de Abrantes a monitorização da dor é realizada de acordo com o protocolo em vigor nesta Instituição. Este protocolo tem como base a Circular Normativa n.º 9 de 14/06/2003 da DGS. No período intraoperatório, a monitorização da dor é feita na admissão do doente na sala de operações, de 15 em 15 minutos durante o procedimento e na transferência. Na UCPA esta monitorização é realizada na admissão do doente, de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas, de 30 em 30 minutos até às quatro horas e de hora em hora até à alta desta Unidade (Centro Hospitalar do Médio Tejo, 2019, p. 3).

As orientações para a monitorização da dor referem ainda que a avaliação da dor deve ser realizada com recurso ao uso de escalas, que o doente entende o significado da escala, a escala a utilizar deverá ser sempre a mesma, salvaguardando quando o doente tem alteração do

estado de consciência, conhecer fatores agravantes e de alívio da dor, ter presente que a manifestação da dor poderá ter múltiplas variáveis e colher dados subjetivos e objetivos para caracterização da dor. (CHMT, 2019, pp. 3-4)

No protocolo da dor do CHMT (CHMT, 2019, PP. 4-5) as escalas utilizadas são as referidas seguidamente que vão de encontro à informação emanada pela OE através do seu Guia Orientador de Boas Práticas referente à Dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

- Recém-nascidos (até 28 dias) – EDIN (Échelle de Douleur et d’Incofort du Nouveaux-Né);
- Crianças menores de 3 anos e/ou incapazes de verbalizar – FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) ou FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised);
- Crianças entre os 3 e os 6 anos – Escala de Faces de Wong-Baker;
- Crianças com mais de 6 anos – Escala Numérica e Escala de Faces de Wong-Baker;
- Adultos – Escala Visual Analógica em utentes com dificuldade de expressão verbal, alterações do estado de consciência, perturbações do pensamento, demência e afasia; Escala numérica em utentes conscientes e orientados; Escala Qualitativa em utentes conscientes e orientados com dificuldade na utilização da escala numérica;

Durante o EC as escalas utilizadas para avaliação da dor foram a Escala Visual Analógica, Escala Numérica e Escala Qualitativa. Os registos desta avaliação foram efetuados no impresso em suporte papel utilizado na UCPA.

A avaliação da dor conforme protocolado e o esclarecimento ao doente no seu acolhimento de que dispõe de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor são uma mais valia neste sentido e onde considero ter desenvolvido competências neste EC.

Nas salas operatórias, colaborei nas funções de enfermeiro de anestesia onde manuseei e administrei fármacos sob supervisão do enfermeiro e do anestesista. A terapêutica é validada com o anestesista e entoada em voz alta prevenindo erros na sua administração. Cooperei ainda na monitorização do doente, punções venosas para colocação de acesso e colheita de sangue, posicionamento para o ato cirúrgico e colocação do eletrodo neutro, nas situações com recurso a eletrocirurgia.

O posicionamento do doente no intraoperatório foi também matéria que obrigou a um investimento no conhecimento, uma vez que este requer o conhecimento da técnica cirúrgica, bem como as complicações que dele podem surgir.

Menezes et al. (2013, p. 13) evidenciam que:

“O objetivo do posicionamento cirúrgico é oferecer a melhor exposição cirúrgica, tendo sempre em atenção que se devem minimizar os riscos inerentes. Todos os posicionamentos apresentam riscos para o doente, riscos estes exacerbados no doente anestesiado, que não pode alertar para o seu desconforto.

A segurança e o bem-estar do doente cirúrgico encontram-se nas mãos da equipa cirúrgica, desde o momento, em que este entra no bloco operatório. O posicionamento adequado é um passo essencial que é muitas vezes subestimado, no entanto há que considerar que pode levar a lesões graves, mas evitáveis”.

Segundo a AESOP (2006) o posicionamento adequado do doente para o ato cirúrgico adquire tanta importância na segurança do doente como qualquer outro procedimento perioperatório. É uma área de cuidado com riscos inerentes e cujo resultado pode afetar o equilíbrio hemodinâmico, ventilatório ou provocar lesões nervosas, vasculares e cutâneas.

Relativamente ao posicionamento Lopes e Galvão (2010, p. 156) referem que “o principal objetivo desse procedimento é promover a ótima exposição do sítio cirúrgico e, ao mesmo tempo, a prevenção de complicações, decorrentes do posicionamento cirúrgico. “

No desenvolvimento de competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a reflexão sobre os posicionamentos do doente na mesa operatória é de sobejá importância uma vez que, tal como descreve a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 3) uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC é precisamente a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Ora, esta competência é desenvolvida através da pronta identificação de focos de instabilidade e consequente resposta pronta e antecipatória. “Para isso, é necessária a identificação das alterações anatómicas e fisiológicas do paciente, associadas ao tipo de anestesia, tipo de procedimento e ao tempo cirúrgico a que será submetido, para que o posicionamento seja adequado e não ocasione complicações pós-operatórias”(Lopes e Galvão, 2010, p. 156).

Barbosa, Oliva e de Sousa Neto (2011, p. 32) dizem que “O posicionamento do paciente para uma intervenção cirúrgica é uma arte, uma ciência capaz de garantir eficiência e segurança ao procedimento cirúrgico. “

A AESOP (2006, pp. 71-72) enuncia que o posicionamento do doente para o ato anestésico-cirúrgico é da responsabilidade do enfermeiro e do anestesista, cabendo ao enfermeiro circulante a responsabilidade do posicionamento e monitorização constante do estado fisiológico do doente. São assim fundamentais para o enfermeiro perioperatório conhecimentos integros e fundamentados de anatomia e fisiologia assim como de todo o equipamento e material necessário para a realização do procedimento.

Também, no acompanhamento do enfermeiro circulante pode realizar alguns procedimentos, nomeadamente, fornecendo material esterilizado para a mesa de cirúrgica e na contagem de compressas e confirmação das mesmas antes do encerramento da ferida cirúrgica, tal como já foi referido anteriormente, cumprindo os pressupostos da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

“O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite”(OE, 2004, p. 1).

Phipps et al. (2003, pp. 550-551) referem ainda que:

“No decurso do procedimento cirúrgico, o enfermeiro circulante fornece material e equipamento aos elementos da equipa esterilizada, incentiva à observância de políticas e procedimentos, e implementa medidas de garantia da segurança do doente. O enfermeiro circulante também é responsável por anotar os cuidados de enfermagem intraoperatórios, e por garantir que os procedimentos cirúrgicos são identificados e postos em meio adequado. Outras das suas responsabilidades são: fazer respeitar os princípios da técnica asséptica; reconhecer e implementar ações para resolução de possíveis riscos ambientais que envolvam o doente ou elementos da equipa cirúrgica; comprovar que foram feitas, e anotadas, as contagens de compressas, instrumentos e

material pontiagudo; e comunicar as informações relevantes a pessoas que não os enfermeiros na sala de operações”.

A relação com a família foi um pouco limitada, uma vez que pela especificação e condicionamento deste serviço a entrada de familiares é restrita, contudo pude acompanhar a família de um doente pediátrico na UCPA, cooperando para a sua tranquilização.

O EC na UCIP do Hospital de Abrantes primou por ser claramente o mais rico no que diz respeito aos cuidados à PSC uma vez que esta tipologia de doentes compõem a totalidade e realidade dos Cuidados Intensivos. Em contexto do EC, existiram diversas oportunidades de aprendizagem relativamente aos cuidados à PSC.

Desta forma, os cuidados à PSC começam na admissão do doente na UCIP. Esta admissão é feita de forma coordenada pelos enfermeiros nomeadamente no que diz respeito à recolha de informação, através do acesso ao processo do doente bem como à transmissão de informação dos colegas que transportam o doente, à preparação da unidade do doente, montagem de sistemas de monitorização contínua, e colaboração com a equipa médica na execução de procedimentos emergentes para o doente.

Destaco alguns procedimentos tais como colocação de linha arterial e cateter venoso central (CVC) e conseqüente monitorização contínua através destes dispositivos. Também a colocação de cateter de diálise e toda a montagem e funcionamento da técnica, bem como o objetivo esperado foram experienciados neste EC, desenvolvendo assim competências neste âmbito.

Tal como já havia sido referido, a VM foi um dos cuidados à PSC em considero ter adquirido competências. O conhecimento dos modos ventilatórios, relacionando com o estado geral do doente, o desmame ventilatório, extubação do doente, sistema de aspiração fechado foram cuidados à PSC onde adquiri conhecimentos e desenvolvi competências.

Também de salientar não só a prestação de cuidados especializados à PSC assim como de igual importância a prevenção de complicações na PSC, uma vez que é muitas vezes acometida de procedimentos e técnicas invasivas que acarretam alguns riscos.

A gestão de protocolos terapêuticos foi também uma das vivências deste EC. A perfusão de aminas vasopressoras, assim como os fármacos utilizados na sedo-analgesia foram também uma experiência neste EC promovendo assim aquisição de competências neste sentido.

O controlo da dor é uma problemática constante nos doentes e vivenciei isso mesmo através do investimento dos colegas no seu controlo através da avaliação de sinais de desconforto. A avaliação da dor e o alívio do desconforto através de métodos farmacológicos e não farmacológicos são uma mais valia neste sentido e onde considero ter desenvolvido competências. Tal como no BO, a monitorização da dor rege-se pelo protocolo instituído nesta unidade hospitalar. Assim, para os doentes em ambiente de Cuidados Intensivos a monitorização da dor é realizada na admissão do doente, de duas em duas horas e no momento da sua transferência/alta. As escalas utilizadas são a Escala Visual Analógica, Escala Numérica e Escala Qualitativa (CHMT, 2019).

Considero que os grandes pilares desta aprendizagem foram evidenciados ao nível dos cuidados de enfermagem na ventilação mecânica e técnica dialítica.

“Tendo em vista o elevado número de pacientes internados em UTI que estão em uso de VM, é de suma importância que os enfermeiros estejam capacitados a prestar cuidados inerentes à monitorização dos parâmetros ventilatórios e dos alarmes, à mobilização, à remoção de secreções, ao aquecimento e à umidificação dos gases inalados, bem como ao controle das condições hemodinâmicas do paciente, visando a minimizar os efeitos adversos. A atenção aos pacientes sob VM torna-se responsabilidade dos enfermeiros, pois a evolução positiva deles depende de cuidados contínuos, capazes de promover a identificação de problemas que atinjam diretamente suas necessidades. Para uma prestação de cuidado de qualidade é necessário que os enfermeiros tenham uma ampla compreensão dos princípios da VM, além de reconhecer a tolerância fisiológica específica de cada paciente.”(Rodrigues et al., 2012, p. 790)

A função do enfermeiro em cuidados intensivos que presta cuidados ao doente em VM adquire assim extrema importância no sucesso da sua recuperação. A aprendizagem a este nível foi uma mais valia ao longo deste EC uma vez na minha prática diária este contacto é escasso. Desenvolvi conhecimento ao nível dos modos ventilatórios e a sua adequação

mediante a resposta do doente, bem como na monitorização do volume corrente, frequência respiratória, fração inspirada de O₂ (FiO₂), a pressão inspiratória alcançada e limite de pressão, a relação inspiração/expiração, pressão expiratória final positiva (PEEP), bem como a manutenção dos circuitos de traqueia e tubo endotraqueal (TET), evitando obstruções, como por exemplo, provocadas por secreções. É assim necessária uma avaliação sucessiva da tolerância do doente, das suas necessidades e do seu estado geral.

Tal como já foi referido um dos grandes momentos de aprendizagem na UCIP foi o contacto com a Terapia de Substituição Renal (TSR). Esta foi uma temática que exigiu um investimento no conhecimento e prática reflexiva pois até ao momento era para mim um assunto pouco investigado. Participei ativamente na montagem do equipamento Prismaflex[®] utilizado naquela unidade, colocação de cateter de diálise, ajuste dos fluidos, verificação do circuito e permeabilidade do filtro utilizado. A indicação para técnica dialítica depende da condição do doente, no decorrer do EC a modalidade observada foi a hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHDF), mais utilizada em doente crítico.

Como parte da essência da enfermagem e do ser enfermeira, foram desenvolvidas também competências ao nível da relação terapêutica com os doentes, que se caracteriza pela relação estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização pessoal (Regulamento n.º 361/2015 Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2015). Destaco por exemplo a comunicação com o doente ventilado e não sedado na aprendizagem de estratégias de comunicação. Vivenciei precisamente esta situação em que o doente não se encontrava sedado, mas ainda estava entubado. O propósito seria a sua extubação, desta forma foram necessárias estratégias de comunicação para que o doente vivesse este momento com alguma tranquilidade e colaboração. O estudo de Bayog et al. (2019) revela que um dos aspetos importantes na comunicação com o doente entubado será a presença da família. Para além disso refere ainda que as ferramentas tradicionais de comunicação deverão ser utilizadas para maximizar a comunicação entre doentes e enfermeiros. Na situação descrita recorreu-se à comunicação verbal por parte dos enfermeiros, o doente inicialmente tentou comunicar por gestos, parecendo perceber a mensagem que lhe era transmitida, contudo criou alguma dificuldade na equipa em perceber a sua mensagem, foi-lhe então facultado material de escrita,

chegando-se assim a uma comunicação eficaz. A presença da família não foi equacionada neste processo, mas talvez tivesse sido uma mais valia.

A relação com a família do doente em Cuidados Intensivos também foi objeto de estudo e precursor na aquisição de competências especializadas. Na UCIP esta relação era estabelecida no momento da visita, quando os familiares eram levados para junto do doente. Neste momento os enfermeiros abordavam os familiares tentando responder às suas dúvidas estimulando a interação com o doente.

Relativamente a esta temática, Toldo, Steffens, Hanuer, Rosa e Silva, (2016, p. 117) referem:

“É reforçada a importância de durante a visita conversar com seu familiar, mesmo quando este estiver sob efeito de sedativos, ressaltando que impacto é grande tanto para família como para o paciente que permanece em contato com toda aparelhagem, ouvindo vozes desconhecidas e muitas vezes impossibilitado de comunicar-se pela necessidade da ventilação mecânica ou até mesmo de sedação. Busca-se alimentar a esperança e encorajar demonstrando o quanto a família é fundamental para recuperação do paciente, diminuindo assim a sensação de impotência e aumentando o enfrentamento frente a possibilidade da perda”.

Em ambiente de Cuidados Intensivos é muito frequente a existência de más notícias que devem ser comunicadas à família.

“Más notícias são definidas como quaisquer informações com conteúdo desagradável relacionado ao paciente e transmitidas a ele pelo cuidador ou família que envolvam uma mudança drástica nas perspectivas futuras e/ou prognóstico da saúde. O conteúdo e o contexto das más notícias geralmente estão associados à morte, doenças graves e condições oncológicas. A comunicação de más notícias surge em situações que podem modificar negativamente, parcial ou radicalmente, a vida futura das pessoas envolvidas - paciente, família e comunidade. Consequentemente, destaca-se a importância da qualidade no processo de comunicação de más notícias; que inclui todos os profissionais da equipe multidisciplinar, em todos os níveis de atenção e complexidade, que prestam serviços de saúde à população” (Fontes, Menezes, Borgato e Luiz, 2017, p. 1090).

Todavia, durante a realização do EC na UCIP não ocorreram situações desta natureza. Pela informação do enfermeiro orientador, as más notícias são comunicadas à família durante o período de visita, não junto do doente, mas numa sala existente no serviço onde se dá primazia à privacidade. Muitas vezes a família é também contactada para que compareça no serviço para que lhe sejam fornecidas as informações presencialmente. Ocorre também, em situação de morte, quando os familiares já obtiveram informação do estado do doente e do seu prognóstico a informação da mesma ser realizada por telefone. Na UCIP esta comunicação é realizada pelo médico de serviço.

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

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p 19363).

Situações de emergência, exceção e catástrofe, no contexto de prestação de cuidados baseiam-se fundamentalmente em ocorrências nas quais se verifica um desequilíbrio entre as necessidades aferidas e os recursos disponíveis. É este desequilíbrio que vai limitar a ação dos profissionais, nomeadamente, através de uma sensata articulação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de todos os dados disponíveis. (INEM, 2012)

Durante os EC não foram experienciadas situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, contudo, tal como objetivado em todos os EC, pretendia-se o conhecimento dos planos de catástrofe ou emergência.

No SU do HSJ este conhecimento foi adquirido através da consulta da documentação disponível no serviço, tendo assim conhecimento dos planos de catástrofe para o SU. Evidencia-se neste sentido, em situações de catástrofe, o estabelecimento dos níveis de emergência e as diferentes formas de atuação. Assim, o nível 1 que evidencia uma catástrofe de reduzida dimensão com um número de vítimas inferior a 20 e número de doentes críticos inferior a 5, aqui recorre-se apenas aos meios permanentes no serviço. O nível 2, catástrofe

de razoável dimensão, com um número de vítimas entre 20-40 e número de doentes críticos entre 5-10, já com recurso aos meios permanentes e os ativáveis. O nível 3 caracteriza-se como um desastre grave na comunidade e pressupõe um número de vítimas superior a 40 um número de doentes críticos superior a 10, reunindo-se todos os recursos.

Para cada nível de emergência existe uma reorganização dos recursos. Existem no serviço cartões de ação que identificam os elementos por áreas de ação e neles estão descritas as suas funções relativamente àquela área. Fazem parte também desta documentação as respetivas plantas de reorganização do serviço consoante o nível de emergência. Existem também kits de catástrofe com cartões para identificação e triagem dos doentes.

Em situações de emergência, exceção e catástrofe a triagem tem como objetivo a racionalização dos recursos quer humanos quer técnicos quando o número de vítimas é superior ao número de recursos disponíveis-

“É sempre uma decisão difícil, em ambiente hostil e dramático, com informações incompletas, sob pressão emocional, baseada em critérios de sobrevivência e com meios de socorro limitados. A classificação tem como propósito salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes (tendo por base uma visão geral de cada vítima)”. (INEM, 2012, p. 15)

Neste contexto, a triagem baseia-se em dois momentos diferentes: a triagem primária e a triagem secundária.

A triagem primária pretende triar o mais rapidamente possível o maior número de vítimas. O algoritmo utilizado baseia-se no método *Simple Triage And Rapid Treatment* (START) (figura 1).

“Para realizar esta Triagem são usados discriminadores muito simples:

- Vítima anda? Ferida?
- Respira? Frequência respiratória (FR)?
- Frequência cardíaca (FC)?

Com base nesses discriminadores (ver fluxogramas) é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias:

- Prioridade 1 (cor vermelho) : Vítima emergente;
- Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave;
- Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave;
- Morto (cor preto)”.(INEM, 2012, p. 15)

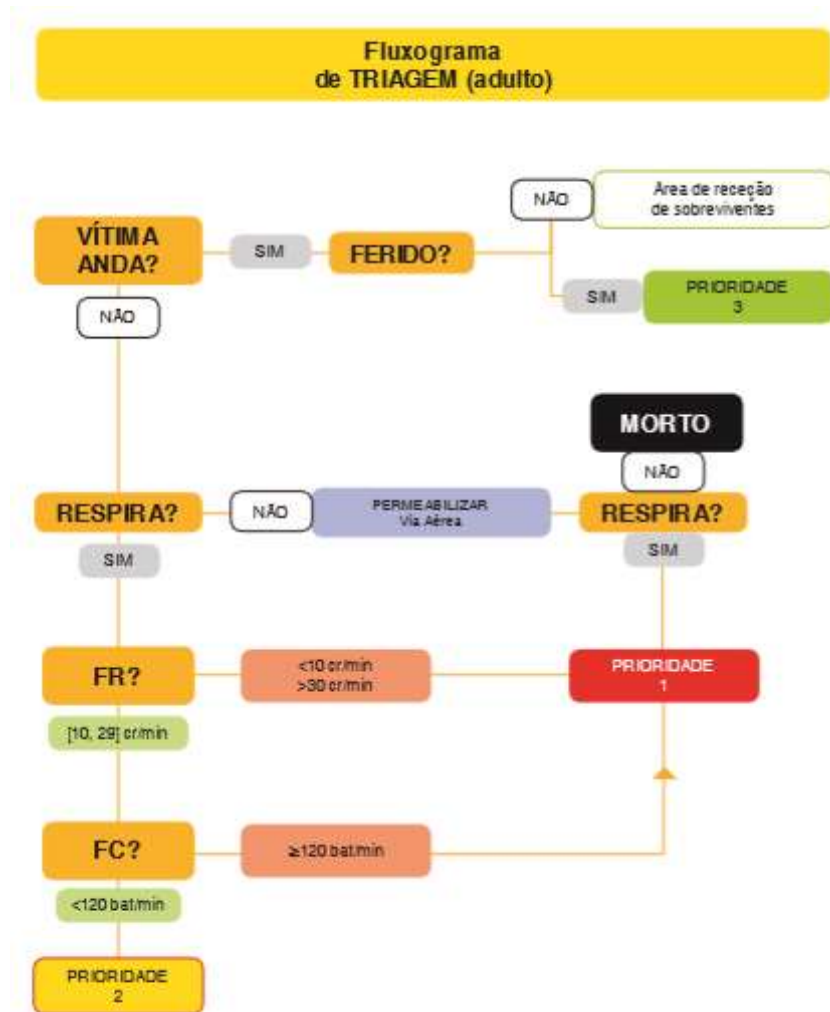


Figura 1 - Fluxograma de Triagem Primária do Adulto
 Fonte: INEM, 2012, p. 16

A triagem secundária é a continuidade da triagem primária e tem como objetivo triar um grande número de vítimas, embora com maior precisão e baseia-se no Triage Revised Trauma Score (TRTS) (figura 2). “Este método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e

Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS é igual à soma da Frequência Respiratória, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos.

A categorização das vítimas é atribuída segundo a pontuação obtida no TRTS, da seguinte forma:

- TRTS = [1, 10] Prioridade 1;

- TRTS = 11 Prioridade 2;

- TRTS = 12 Prioridade 3;

- TRTS = 0 Morto". (INEM, 2012, p. 20)

Abertura Olhos		Nota	Nota
Esquemas	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A. abertos verbais	3		
A. ab.	2		
Nenhuma	1		
Resposta Verbal		+	+
Orientada	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Confusa	4		
Discursos Inapropriados	3		
Discursos Incompreensíveis	2		
Nenhuma	1		
Resposta Motora		+	+
Obedece a comando	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Localiza	5		
Fuga à dor	4		
Flexão à dor	3		
Extensão à dor	2		
Nenhuma	1		
		=	=
ESCALA COMA GLASGOW TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/>			
ESCALA COMA GLASGOW TOTAL	13-15	4	<input type="text"/>
	9-12	3	<input type="text"/>
	6-8	2	<input type="text"/>
	4-5	1	<input type="text"/>
	3	0	<input type="text"/>
			+
Frequência	10-20	4	<input type="text"/>
	>20	3	<input type="text"/>
	6-9	2	<input type="text"/>
	5-5	1	<input type="text"/>
	0	0	<input type="text"/>
			+
TA Sistólica	90+	4	<input type="text"/>
	70-89	3	<input type="text"/>
	50-69	2	<input type="text"/>
	1-49	1	<input type="text"/>
	0	0	<input type="text"/>
			=
			TOTAL
			<input type="text"/>

12 = PRIORIDADE 3
 11 = PRIORIDADE 2
 10 < = PRIORIDADE 1

Figura 2 - Sistema de Pontuação do TRTS
 Fonte: INEM, 2012, p. 20

Para completar a aquisição de competências ao nível das situações de emergência, exceção e catástrofe, foi necessário colmatar a falta de experiências vividas através das fontes de conhecimento disponíveis. Foi assim importante a consulta do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, uma vez que:

“é um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excecional a adotar. De acordo com o definido na Lei de Bases de Proteção Civil, este Plano classifica-se como geral, quanto à finalidade, e como nacional, quanto à área geográfica de abrangência” (Ministério Administração Interna & Autoridade Nacional Proteção Civil, 2013, p. 5).

Este plano descreve e regulamenta a organização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, assim como evidencia as áreas de intervenção, bem como as estruturas de proteção civil neste contexto.

Nos EC em UCIP e BO, realizados no CHMT, foram também objeto de conhecimento os planos de emergência interno e externo desta instituição. No Plano de Emergência Externo a UCIP tem lugar na receção de vítimas vinda da zona vermelha, assim como o BO nos casos em que haja necessidade de cirurgia. O plano de emergência interno do CHMT estabelece as condutas a ter e os recursos a utilizar em caso de incêndio, explosão, fuga de gases, inundaçã, sismo, atentado e ameaça de bomba.

Para além disso, no BO, existe uma escala de prevenção de enfermeiros no turno da noite de forma a dar resposta a situações de emergência que obriguem ao funcionamento de mais do que uma sala operatória, existe ainda um protocolo, da responsabilidade do médico anestesista, que estabelece prioridades em caso de urgências múltiplas.

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

A prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos em Portugal é gerida através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) emanado pelo Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde nº 2902/2013 de 22 de Fevereiro.

Para que a prevenção de infeção seja eficaz, deverão ser cumpridas primariamente as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) na prestação de cuidados de saúde. A DGS (2013) fundamenta que as PBCI têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada com origem em fontes de infeção que estas sejam conhecidas ou não, para além disso têm também como finalidade a preservação da segurança quer dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os utilizadores dos serviços de saúde.

As PBCI assentam assim nos seguintes pressupostos (DGS, 2013):

1. Colocação de doentes
2. Higiene das mãos
3. Etiqueta respiratória
4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
5. Descontaminação do Equipamento Clínico
6. Controlo Ambiental
7. Manuseamento Seguro da Roupa
8. Recolha segura de resíduos
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

Para além das PBCI, como estratégia de prevenção e controlo de infeção existem ainda as precauções adicionais com base na via de transmissão de um microrganismo identificado. No CHMT, onde realizei os EC de UCIP e BO a necessidade destas precauções adicionais é sinalizada com sinalética própria de cores diferentes onde é descrita a via de transmissão e as precauções adicionais. Está sinalética é colocada junto à unidade do doente, de forma a informar os profissionais e visitas dos cuidados a ter.

Em consonância com as restantes competências e andando a par com as mesmas a prevenção da infeção torna-se assim uma preocupação de enfermagem e concretamente uma preocupação do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, dada a instabilidade e

suscetibilidade clínica destes doentes, as técnicas invasivas a que poderão ser sujeitos e o ambiente em que estão inseridos.

“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” (DGS, 2007, p. 4)

O Regulamento n.º 429/2018 (2018, p. 19364) descreve esta competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC

“Considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infecção e de resistência a Antimicrobianos”.

Neste aspeto, a DGS através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde refere que:

“A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevivência de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades”. (DGS, 2007, p.6)

Neste domínio penso ter alcançado os objetivos propostos ao longo dos EC, dominando as técnicas de assepsia e prevenção de infeção.

No SU do HSJ, como estratégia de prevenção de infeção existem kits de algaliação e kits de hemoculturas no sentido de minimizar a suscetibilidade à infeção. O objetivo da existência destes kits, é a reunião de todo o material necessário à realização dos procedimentos, bem

acondicionado, tentando desta forma que se cumpram todas as diretrizes no que diz respeito ao controlo de infeção, na realização destas técnicas.

Na problemática do controlo de infeção, relativamente aos doentes em Cuidados Intensivos, (Lima, Andrade e Haas, 2007, p. 343) referem:

“Em termos de infeção hospitalar a problemática é mais séria na unidade de terapia intensiva (UTI). Neste ambiente o paciente está mais exposto ao risco de infeção, haja vista sua condição clínica e a variedade de procedimentos invasivos rotineiramente realizados. É destacado que na UTI os pacientes têm de 5 a 10 vezes mais probabilidades de contrair infeção e que esta pode representar cerca de 20% do total das infeções de um hospital. Cabe ressaltar que o risco de infeção é diretamente proporcional à gravidade da doença, as condições nutricionais, a natureza dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, bem como ao tempo de internação, dentre outros aspetos”.

Destaco os protocolos existentes no que diz respeito ao rastreio séptico efetuados no acolhimento do doente na UCIP em Abrantes. Este é composto de colheitas para hemoculturas, uroculturas e colheita de exsudados.

O cuidar especializado em Cuidados Intensivos assume grande importância na enfermagem no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção. Noronha, Pinheiro, Silva e Garcia (2016, sp) referem no seu estudo:

“A sepse encontra-se entre os maiores causadores de mortalidade em unidade de terapia intensiva. O prognóstico e tratamento precoce estão diretamente relacionados à redução dessa alta incidência e letalidade. Desta forma, este estudo tem como objetivo descrever o papel da enfermagem na identificação precoce dos sinais de sepse em unidade de terapia intensiva. (...) A importância dos profissionais de enfermagem no reconhecimento precoce dos diversos espectros clínicos relacionados à sepse é de extrema relevância não só pelo diagnóstico, mas principalmente pela agilidade em traçar planos terapêuticos e estratégias resolutivas, frente a essa situação crítica e complexa”.

Outro dos aspetos relacionados com o controlo de infeção que se destacou nesta aprendizagem foi a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Na UCIP para apostar nesta prevenção é executada a higiene oral aos doentes em VM com clorexidina. O estudo de Beraldo e Andrade, (2008, p. 713) evidencia esta boa prática:

“Com base nos estudos analisados, concluímos que o uso tópico de clorexidina na higiene bucal de pacientes sob ventilação mecânica parece diminuir a colonização da cavidade bucal, podendo reduzir a incidência da PAVM. Em adição, esse procedimento é seguro e bem tolerável, já que não foram demonstrados efeitos colaterais em nenhum estudo”.

No BO a prevenção da infeção assume literalmente um papel preponderante no que diz respeito à prevenção. São diversos os fatores que poderão contribuir para o desenvolvimento de um processo infeccioso no período pós-operatório.

“O risco de infeção depende de muitos fatores relacionados com o doente (infeção pré-existente, idade avançada, obesidade, diabetes entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, tais como a duração do ato cirúrgico e a assepsia do procedimento cirúrgico. O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios”. (DGS, 2013, p. 6)

A AESOP (2006, p.47) refere que o controlo da infeção tem uma relação direta com a assepsia, assim como todos os procedimentos inerentes ao ambiente cirúrgico, comportamento dos profissionais e descontaminação de dispositivos médicos.

“A assepsia local, a técnica cirúrgica adequada, a manutenção da temperatura dos doentes e o controle homeostático da glicemia, bem como a correta preparação da pele e o uso de tricotomia, o mais próximo da cirurgia possível, e sem recurso a lâmina, contribuem definitivamente para a queda da taxa de infeção cirúrgica” (Fragata, 2010, p. 24).

Pela sua complexidade e tipo de procedimentos nele desenvolvidos um BO considera-se uma área crítica no que diz respeito à prevenção e controle de infeção, sendo assim requisito

mandatório uma assepsia progressiva atingindo o seu nível máximo no local de incisão cirúrgica.

A PBCI são assim diretrizes imperativas no BO. O ambiente controlado, respeitando os circuitos de doentes, profissionais e materiais adquire extrema importância no controle de infeção, tal como o uso de EPI e lavagem das mãos. Também o controle ambiental é rigoroso, através da limpeza e desinfeção de equipamentos e superfícies, que pode observar na limpeza das salas operatórias e unidades dos doentes.

Para além das PBCI os cuidados relativamente à Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico são mandatórios para o sucesso ao nível da prevenção e controlo da infeção.

“A infeção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infeção urinária e a infeção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, uma das infeções nosocomiais mais frequentes e está associada a alta morbilidade, mortalidade e custos; No Inquérito de prevalência efetuado em Portugal em 2012 e que abrangeu 103 hospitais, a infeção do local cirúrgico representou 18% das infeções hospitalares detetadas, tendo sido o tipo de infeção mais frequente nos serviços de Cirurgia” (DGS, 2013, p. 6)

É imperioso que se divulguem e cumpram as boas práticas, implementando também ações de prevenção a par com a realização de Vigilância Epidemiológica. Os microrganismos causadores de Infeção do Local Cirúrgico fazem parte da flora microbiana do próprio doente, embora em pequena quantidade, contudo encontram na ferida cirúrgica uma porta de entrada para o organismo ocasionado a sua proliferação (DGS, 2013).

Muitas vezes são os profissionais de saúde os veículos para a disseminação destes microrganismos, através das mãos ou do manuseamento incorreto de materiais e equipamentos. Para corrigir progressivamente estas falhas os profissionais deverão ser alvo de programas de treino e de divulgação de boas práticas, baseando-se na sua educação permanente. A equipa de enfermagem é quem manifesta maior preocupação no sentido da prevenção e controlo da infeção em detrimento de outros elementos da restante equipa multidisciplinar (Rocha e Lages, 2016).

CONCLUSÃO

Atualmente, os enfermeiros encontram frequentemente doentes com grandes necessidades, na satisfação de cuidados diferenciados. Perante o doente crítico, com uma grande instabilidade das suas funções vitais, recaem sobre os enfermeiros expectativas para que exerça cuidados de qualidade a um nível elevado, por parte da sociedade, do doente e da família. Os próprios enfermeiros através destas vivências experienciam diferentes emoções enquanto cuidados, procurando respostas com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

O leque de cenários e situações proporcionados pelos diferentes contextos dos EC, nomeadamente: SU, UCI e BO revelaram-se experiências altamente enriquecedoras, cimentando um painel de conhecimentos em áreas de cuidados diferenciados, permitindo assim desenvolver um espírito crítico e conseqüentemente uma procura de fundamentos, associados a uma prática baseada na evidência, incrementando o investimento pessoal. Foram também contributivas as excelentes condições oferecidas pelos vários contextos dos EC para concretização dos objetivos traçados para cada um deles. A resposta à exigência proporciona o desafio e motivação que remetem à realização pessoal e profissional, de forma a reagir face à complexidade do processo que conduz aos cuidados de qualidade

A passagem por contextos bastante diferentes daqueles que são a minha prática diária fez objetivar que a melhoria será sempre possível apesar das adversidades que a enfermagem muitas vezes acarreta.

A redação deste relatório foi encarada como um processo vigoroso e dinâmico, uma vez que permitiu toda uma introspeção e análise crítica de toda esta etapa que foi o MEPSC. A consciencialização dos aspetos facilitadores e limitadores no processo de aprendizagem permitiu a aquisição de competências especializadas dirigidas aos cuidados à PSC e esse foi o caminho escolhido no início desta jornada.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019* 4745, 4744–4750.
- Regulamento n.º 429/2018 - Anexo 1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica. (2018). *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 135 — 16 de Julho de 2018*, 19360–19362.
- Regulamento n.º 361/2015 Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 123 — 26 de Junho de 2015*, 17240–17243.
- Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. (2019). *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 25-09-2019)*, 128–155.
- Despacho n.º 9128/2012. (2012). *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 129 — 5 de Julho de 2012*, 23790–23791.
- Despacho n.º 1400-A/2015 2015-2020, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. (2015). *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 28 — 10 de Fevereiro de 2015*, 3882(2)-(10).
- AESOP. (2006). *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA Da Filosofia à Prática dos Cuidados* (Lusociência, Ed.). Loures.
- Aparecida, M., & Souza, G. De. (2010). *OS BENEFÍCIOS DA VISITA PRÉ- OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM PARA O CLIENTE CIRÚRGICO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA*. 2(2), 797–806.
- Barbosa, M. H., Oliva, Á. M. B., & de Sousa Neto, A. L. (2011). Ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico. *Revista Cubana de Enfermeria*, 27(1), 31–41.
- Bayog, K. M. S., Bello, D. M. C., Benabaye, J. M. P., Benegas, T. M. E., Benito, A. L. M., Berioso, M. A., ... Macindo, J. R. B. (2019). A conjoint analysis of the communication preferences of registered nurses towards mechanically ventilated patients. *International Journal of Nursing Practice*, (April 2018), 1–12. <https://doi.org/10.1111/ijn.12809>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Beraldo, C. C., & Andrade, D. (2008). Higiene bucal com clorexidina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(9), 707–714.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo. (2019). *Monitorização da Dor* (No. PT.GRL.008.05).
- CHULC. (2019). Política da Qualidade. Retrieved from <http://www.chlc.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/gabinete-de-gestao-de-programas-da-qualidade/politica-da-qualidade/>
- CHULC. (2019). Missão, Visão, Valores e Objectivos. Retrieved from <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, (30), 234–251.
- Crouch, R., & Williams, S. (2006). Patient dependency in the emergency department (ED): reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT). *Accident and Emergency Nursing*, 14(4), 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2006.06.005>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) atualizada a 31/10/2013*.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma 024/2013 - Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma 008/2019 Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa N.º 09 - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma de Orientação Clínica nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*.

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Ficha De Segurança Cirúrgica*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma 015/2013 Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*.
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V. de, Borgato, M. H., & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089–1095.
- Fragata, J. I. G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático*(10), 17–26.
- Fukuda, T., Sakurai, H., & Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. *PloS One*, 15(2), e0228458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª). Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Hains, I. M., Marks, A., Georgiou, A., & Westbrook, J. I. (2011). Non-emergency patient transport: what are the quality and safety issues? A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(1), 68–75.
- Hinrichsen, S. L., Oliveira, C. L. F., Campos, M., Possas, L., Sabino, G., & Vilella, T. D. A. S. (2011). Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação Em Saúde, jul./dez.*, 10–17.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS*. Lisboa: INEM.
- Jokiniemi, K., & Miettinen, M. (2020). Specialist Nurses' Role Domains and Competencies in Specialised Medical Healthcare: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 171–179. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=142987161&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Leach, R., Ward, J., & Sylvester, J. T. (2004). *Compendio de medicina intensiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, M. E., Andrade, D. de, & Haas, V. J. (2007). Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(3), 342–347. <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000300013>
- Lopes, C. M. de M., & Galvão, C. M. (2010). Posicionamento cirúrgico: Evidências para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2).
- Machado, N. (2013). *Enfermagem - Um Modelo De Melhoria Contínua Baseado Na Reflexão-Ação* (Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J. C., & Pimenta, G. (2014). Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 97–102. scielopt .
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., Almeida, M. P., ... Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52–61.
- Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., MüLLER, S., Gama, K., & Manso, T. (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: Incidência e fatores de risco. *Acta Medica Portuguesa*, 26(1), 12–16.
- Ministério Administração Interna, & Autoridade Nacional Proteção Civil. (2013). *Plano nacional de emergência de proteção civil*. Lisboa.
- Morgado, T., Seabra, S., Ferreira, F., Mendes, A., Mateus, F., Pereira, F., & Morais, M. E. (2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20, 112–129.
- Noronha, D. F., Pinheiro, E. I. O., Silva, J. L. da, & Garcia, C. P. de C. (2016). Identificação precoce da SEPSE em unidade de terapia intensiva. Retrieved from <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/759>

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao_7set2004.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º78/2017 Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação)* (p. 3). p. 3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 – 2001. In *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro). *Diário Da República, 1.ª Série — N.º 181 — 16 de Setembro de 2015*, 8059–8105.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. *Divulgar*.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2007). Delegação - Tomada de posição. In *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/riv16030>
- Perboni, J. S., Silva, R. C. da, & Oliveira, S. G. (2019). A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. *Interações (Campo Grande)*, 20. <https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica* (6ª edição). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Pimenta, C. A., Santos, E. M., Chaves, L. D., Martins, L. M., & Gutierrez, B. A. (2001). Controle da dor no pós-operatório. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 35(2), 180–183. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342001000200013>
- Ribeiro, M., Santos, S. L. dos, & Meira, T. G. B. M. (2006). REFLETINDO SOBRE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 109–115. [https://doi.org/10.1016/0021-9673\(94\)85088-7](https://doi.org/10.1016/0021-9673(94)85088-7)
- Rocha, J. P. J., & Lages, C. A. S. (2016). O Enfermeiro e a prevenção das infecções do sítio cirúrgico. *Cardernois UniFOA*, (30), 117–128. Retrieved from www.unifoa.edu.br/cadernos/ojs
- Rodrigues, Y. C. S. J., Studart, R. M. B., Andrade, Í. R. C., Citó, M. do C. de O., Melo, E. M., & Barbosa, I. V. (2012). Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 16(4), 789–795. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000400021>
- Santo, I. M. B. do E., Fontes, F. L. de L., Santo, P. M. do E., Santos, A. O. dos, Oliveira, E. P. de, Velozo, S. A. M. N., ... Carvalho, L. L. S. (2019). Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente e para a assistência. <https://doi.org/10.25248/reas.e559.2019>
- Teixeira, A., Martins, C., Dias, D., & Vieira, L. (2014). Questões éticas inerentes à passagem de turno dos doentes. *Sinais Vitais*, n.º115, 5–13. Retrieved from https://www.academia.edu/10982065/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflexão
- Toldo, M. P., Steffens, G. D., Hanuer, M. C., Rosa, A. P., & Silva, T. G. (2016). ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM SALA DE ESPERA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI). *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 15(4), 116–117.

**PARTE II – EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, ATRAVÉS DO
USO DE PROTOCOLOS/*CHECK-LISTS* NA SEGURANÇA DO DOENTE DURANTE O
TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR, ATUANDO NA REDUÇÃO DE EVENTOS
ADVERSOS**

RESUMO

Contexto: O transporte intra-hospitalar (TIH) é a transferência temporária ou definitiva, por profissionais de saúde, de doentes dentro do ambiente hospitalar, para fins diagnósticos ou terapêuticos. O TIH de doentes críticos está associado a complicações significativas. Para reduzir o risco de complicações para o doente esses transportes devem ser bem organizados, eficientes e acompanhados pela monitorização, equipamento e recursos humanos adequados.

Objetivo: identificar a melhor evidência possível na efetividade das intervenções de enfermagem, através do uso de protocolos/*check-lists* na segurança do doente durante o transporte intra-hospitalar, atuando na redução de eventos adversos e consequente aumento da segurança do doente, exigindo assim o aprimoramento de boas práticas neste sentido.

Metodologia: Foi desenvolvida uma revisão sistemática da literatura tendo a pesquisa sido realizado em português, inglês e espanhol, na plataforma eletrónica EBSCOhost e base de dados eletrónica PubMed.

Resultados: Após a pesquisa e eliminados os artigos que não obedeciam aos critérios de inclusão resultaram três estudos. Da sua análise resultou a evidência que a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar reduz significativamente quando são utilizados protocolos/*check-lists* para o transporte intra-hospitalar.

Conclusão: Através dos resultados obtidos conclui-se que a utilização de protocolos/*checklists* no transportes intra-hospitalares se torna eficaz na redução da ocorrência de eventos adversos, aumentando assim a segurança do doente. É de salientar que esta eficácia só é possível com formação e treino adequado, bem como atualização frequente dos instrumentos perante o avanço da ciência.

Palavras-Chave: Transporte de Doentes, Segurança de Doentes, Enfermeiros, *Checklist*, Efetividade

ABSTRACT

Context: Intra-hospital transport (IHT) is the temporary or permanent transfer, by health professionals, of patients within the hospital environment, for diagnostic or therapeutic purposes. IHT of critically ill patients is associated with significant complications. To reduce the risk of complications for the patient, these transports must be well organized, efficient and accompanied by adequate monitoring, equipment and human resources.

Objective: To identify the best possible evidence of the effectiveness of nursing interventions through the use of protocols/checklists on patient safety during intra-hospital transport, working to reduce adverse events and consequently increase patient safety, thus requiring the improvement of good practices in this regard.

Methodology: A systematic literature review was developed. Thus, a search was conducted in Portuguese, English and Spanish, on the electronic platform EBSCOhost and electronic database PubMed.

Results: After research and articles that did not meet the inclusion criteria were eliminated, three studies remain. From their analysis resulted in the evidence revealed that the occurrence of adverse events during intra-hospital transport significantly reduces when protocols/checklists are used.

Conclusion: Through the results obtained, the conclusion is that the use of protocols/checklists in intra-hospital transport becomes effective in reducing the occurrence of adverse events, thus increasing patient safety. It should be noted that this effectiveness is only possible with adequate training, as well as frequent updating of instruments within the advancement of science.

Keywords: Patient Transport, Patient Safety, Nurses, Checklist, Effectiveness

INTRODUÇÃO

O transporte intra-hospitalar (TIH) é a transferência temporária ou definitiva, por profissionais de saúde, de doentes dentro do ambiente hospitalar, para fins diagnósticos ou terapêuticos.

O TIH do doente crítico acontece sempre que se verifica a necessidade de cuidados adicionais, não disponíveis na unidade onde o doente se encontra com o objetivo de ser submetido a meios complementares de diagnósticos e intervenções terapêuticas, tais como transferências para o serviço de Imagiologia, Bloco Operatório ou Unidade de Cuidados Intensivos (Fernandes, Rodrigues, Haddad e Silva, 2017).

Knight et al. (2015) referem que o TIH de doentes críticos está associado a complicações significativas. Para reduzir o risco de complicações para o doente esses transportes devem ser bem organizados, eficientes e acompanhados pela monitorização, equipamento e recursos humanos adequados. Protocolos e diretrizes para transferências de doentes devem ser utilizados universalmente em todos os estabelecimentos de saúde. Os cuidados prestados durante o transporte e no local do exame ou procedimento de diagnóstico devem ser equivalentes ao nível de cuidados prestados no ambiente de origem.

Doentes em estado crítico são apresentados clinicamente como doentes com sinais vitais instáveis, condições altamente alteradas e mais de dois órgãos com função instável. Estudos anteriores também revelaram que TIH foi relatado como um procedimento arriscado, especialmente para doentes críticos. Mesmo o transporte mais curto pode levar a complicações com risco de vida e os fatores de risco que causam essas complicações, que incluem monitorização inadequada, medicação inadequada, dificuldades mecânicas e instabilidade cardiovascular e respiratória (Jiang, Wang, Zhang, Wang e Meng, 2016).

Nesse contexto, Silva, Amante, Salum, Martins e Werner (2016) alegam que é necessário enfatizar alguns aspetos relacionados com a ocorrência de eventos adversos durante o TIH, a saber: indisponibilidade de equipamentos para realização de testes à beira do leito, falta de ferramenta para orientar o TIH seguro, realização de testes em locais distantes do serviço de origem e resultados de testes que endossam a necessidade de manter a vigilância durante o TIH. Num estudo que analisou 262 TIH, foram identificados 32,8% de incidentes com equipamentos e 26% de eventos adversos no doente transportado. Os eventos adversos incluíram a diminuição dos valores de saturação periférica de oxigênio e a ocorrência de

instabilidade hemodinâmica. Um estudo observacional de 339 transportes encontrou 604 eventos adversos e outro encontrou 75,7% de eventos adversos quando os doentes foram transportados em ventilação mecânica.

Através do seu estudo, Silva, Amante, Salun, Martins e Minatti (2017) revelam a importância de avaliar as condições clínicas dos doentes e de qualquer equipamento disponível antes do TIH e de planeá-lo corretamente, fornecendo uma equipe qualificada e equipamentos que garantam a segurança do doente. Além disso, essa avaliação reduz a possibilidade de erros, incidentes e eventos adversos durante o TIH.

“Evidencia-se que o planejamento, a participação de profissionais qualificados e o uso de equipamentos adequados de monitorização são considerados essenciais para um transporte seguro, sendo fundamentais para a diminuição de intercorrências durante esse procedimento. Para melhor compreensão de todo o processo, o transporte intra-hospitalar pode ser dividido em três fases que são: o preparo do paciente, equipamentos e materiais; o transporte propriamente dito; e o regresso do paciente. A segurança do paciente durante todo o procedimento é necessária a fim de contribuir para um melhor prognóstico. Pode-se observar, desta maneira, que a existência de um instrumento que norteie as ações dos profissionais quanto à realização do transporte intra-hospitalar é de suma importância para a segurança do paciente, sobretudo daquele internado em unidade de terapia intensiva (UTI). Diante de estudos e da indissociável necessidade da realização de transporte intra-hospitalar, verifica-se o quanto é imperativo a busca por meios para a redução e até mesmo a eliminação dos eventos adversos relacionados a esse procedimento” (Morais e Almeida, 2013, p.138).

Surge assim a questão acerca da dificuldade de implementar equipes de transporte especializadas e sobre a experiência necessária dos profissionais para a tomada de decisões complexas e contínuas não apenas no atendimento clínico, mas também no transporte de doentes. O planejamento crítico do transporte de doentes é crucial para evitar possíveis instabilidades. Portanto, um número suficiente de profissionais deve ser assegurado, bem como os recursos materiais necessários para a monitorização adequada (Carneiro, Duarte e Magro, 2017).

Fernandes et al.(2017, p.70) referem ainda que:

“A tomada de decisão do TIH é de responsabilidade da equipe que assiste o paciente, portanto enfermeiro e médico assumem o compromisso de manter a qualidade da assistência, a segurança e integridade do paciente, realizando planejamento cuidadoso sobre todos os aspectos relevantes do transporte como: tempo estimado do transporte, previsão de possíveis complicações, avaliar a gravidade do quadro clínico do paciente, avaliar alterações hemodinâmicas no pré e pós-transporte, amenizar riscos com prévia checagem de materiais e equipamentos necessários para o TIH do paciente crítico”

Os transportes dentro do hospital ocorrem com muito mais frequência do que são considerados externos, e os doentes internados tendem a ficar mais doentes do que os transferidos de e para outras instalações. Sem dúvida, o risco de transporte deve ser pesado contra o benefício potencial para o paciente. Seja fora ou dentro do hospital, o transporte de doentes continua a ser uma problemática no contexto de saúde atual. Diagnósticos e centros avançados especializados no tratamento de doenças e condições difíceis exigem que os pacientes sejam transferidos, geralmente quando não estão estáveis. Um planejamento cuidadoso, monitorização e alocação de recursos, incluindo pessoal apropriado para o transporte, são extremamente importantes para garantir que os doentes permaneçam o mais seguros possível (Blakeman e Branson, 2013).

No seu estudo, Fanara, Manzon, Barbot, Desmettre e Capellier (2010) evidenciam que apesar das melhorias nas práticas de TIH, alguns riscos significativos ainda estão envolvidos. Atualmente, o treino básico, o bom senso clínico e a análise de risco/benefício são os únicos fatores decisivos. Um doente crítico, preparado e acompanhado por uma equipe inexperiente, é uma combinação arriscada. O desenvolvimento de equipamentos adaptados e o amplo uso de listas de verificação e programas de treino adequados aumentariam a segurança do TIH e reduziriam os riscos a longo prazo.

Vários métodos de análise contribuíram para a identificação de riscos relacionados ao TIH, tal como os estudos epidemiológicos e análises de sociedades de medicina intensiva. Nesses estudos, os eventos adversos associados ao transporte foram correlacionados com o paciente, organização do transporte, fatores de risco técnicos, humanos e coletivos. Esses riscos devem ser avaliados pelo médico antes de solicitar um procedimento diagnóstico ou terapêutica com

base numa análise de risco/benefício. Para além disso, vários estudos ainda identificaram fatores de proteção no sentido de minimizar eventos adversos relacionados ao transporte, como verificações de equipamentos durante o transporte, preparação do doente, sedação adequada e uma equipe de transporte experiente. A incidência e gravidade dos eventos adversos variam entre os estudos. Essas discrepâncias podem ser explicadas por diferenças na definição de eventos adversos. A definição, mais utilizada clinicamente, de um evento adverso é um evento que leva a uma mudança na terapia durante o transporte (Veiga et al., 2019).

Acerca da ocorrência de eventos adversos durante o transporte, (Pedreira et al., 2014) referem que:

“Durante o transporte, incidentes podem ocorrer e, embora alguns sejam inócuos, outros podem ser potencialmente fatais, podendo ser previsíveis. Os principais incidentes verificados em estudos clínicos foram: perda da leitura do eletrocardiograma, falha do monitor, infiltração inadvertida do tecido subcutâneo e desconexão da infusão de drogas vasoativas e sedação, que ocorreram em 34% dos transportes. Ao contrário do previsto, 60% desses eventos ocorreram nos transportes eletivos e 40% nos transportes de emergência; refletindo maior preparo e monitorização nas situações emergenciais e maior desatenção nas situações corriqueiras”.

Os eventos relacionados com o TIH parecem difíceis de evitar, mesmo quando uma equipe de transporte especializada realiza o transporte. As explicações incluem fatores relacionados com os membros da equipe e com as culturas profissional e organizacional. O transporte intra-hospitalar de doente pode ser visto como um aspeto excecional do cuidado ao doente e quase sempre requer participação e colaboração humana. Qualquer fator humano que comprometa a barreira de segurança durante o processo de TIH pode levar à ocorrência subsequente de eventos adversos. Falhas no comportamento de uma pessoa em relação ao processo de cuidar do doente (ou seja, falhas humanas) desempenham um papel importante na causa imediata de um evento adverso (Yang et al., 2017).

O TIH de doentes é um procedimento no qual as *check-list* são preconizadas por segurança e alguns autores publicaram suas ferramentas. Os benefícios das *check-list* incluem

padronização, promoção de cuidados baseados em evidências, comunicação aprimorada, uso de equipamento apropriado, minimização de erros e mitigação da falta de confiabilidade da memória (Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby, 2015).

Brunsveld-Reinders, Arbous, Kuiper e de Jonge (2015) elaboraram um estudo referente à criação de *check-lists* com o objetivo de maximizar a segurança no que diz respeito ao transporte de doentes. Da sua análise onze diretrizes existentes e cinco listas de verificação foram encontradas. Apenas uma lista de verificação abrangeu todas as três fases: pré, durante e pós-transporte. Recomendações e itens da lista de verificação são focados principalmente na fase pré-transporte. Os incidentes documentados mais frequentemente estão relacionados com a fisiologia do doente e ao mau funcionamento do equipamento, tendo ocorrido com mais frequência durante o transporte. Discutir os incidentes com médicos e enfermeiros resultou em recomendações importantes, como a introdução de uma lista de verificação padrão e a melhoria da comunicação com os outros departamentos. Essa abordagem resultou em uma lista de verificação geralmente aplicável, adaptável às circunstâncias locais. O *feedback* dos enfermeiros que usaram a lista de verificação foi positivo, o tempo de preenchimento foi de 4,5 minutos por fase.

Em Portugal as recomendações para o TIH foram emanadas pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) que faz considerações ao nível da coordenação do transporte, profissionais que acompanham o doente, equipamento que acompanha o doente e níveis de monitorização durante o transporte. São assim estas as recomendações (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, pp.13-15):

Coordenação do transporte

- Confirmação prévia de que a área, para onde o doente vai ser transportado, está pronta para o receber, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido ou a terapêutica programada;
- O médico responsável deverá acompanhar o doente ou, quando a responsabilidade do transporte é assumida por uma equipa diferente, deve efetuar-se uma transmissão formal do caso, médico a médico e enfermeiro a enfermeiro, no que diz respeito à situação clínica do doente e terapêuticas em curso, antes e após o transporte;

- Determinação do risco de "inoculação" ou "contaminação" por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas. Os doentes com estes riscos devem ficar para o fim dos procedimentos programados se a necessidade do exame não for emergente. Deve notificar-se o Serviço de modo a que todos os profissionais tenham proteção adequada à situação clínica em causa, antes da chegada do doente;
- Registo no processo clínico das indicações para o transporte e da evolução do estado do doente durante o mesmo.

Profissionais que acompanham o doente

- A determinação da necessidade e a composição da equipa de acompanhamento devem ser efetuadas em função de critérios objetivos, como o proposto no anexo 2;
- Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos;
- Um médico e um enfermeiro devem acompanhar o doente que apresente instabilidade fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente;
- Quando, em quaisquer circunstâncias, a responsabilidade do doente não é transferida para o serviço destino/recetor (inexistência de profissionais treinados naquela área), a equipa de transporte deve permanecer com o doente até ao fim dos procedimentos.

Equipamento que acompanha o doente

- Monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados ao doente, e insuflador manual (com válvula de PEEP);
- Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos;
- Ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FiO₂, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea.

- Fármacos de ressuscitação;
- Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, de modo a não interromper nenhuma das medicações já em curso;
- Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica;
- Os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local, onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. A carga da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura.

Monitorização durante o transporte

Níveis de monitorização, segundo a seguinte classificação: Nível 1 – Obrigatório; Nível 2 - Fortemente recomendado e Nível 3 – Ideal

Nível 1 – Obrigatório

- Monitorização contínua com registo periódico
- Frequência respiratória
- FiO₂
- Oximetria de pulso
- ECG contínuo
- Frequência cardíaca
- Pressão arterial (não invasiva)
- Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)
- Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente). O reequipamento de unidades e serviços deve prever, desde já, a aquisição de capnógrafos, para a desejável monitorização do CO₂ *end-tidal*.

Nível 2 - Fortemente recomendado

- Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)
- ECG com deteção de arritmias

Nível 3 – Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)

- Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central
- Medição da pressão da artéria pulmonar
- Medição da pressão intracraniana

Avaliação para o transporte intra-hospitalar*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 34 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow < 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Dióxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados: Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticoagulante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15ml/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco* (e EAM > 48 h) Sim, alto risco* (e EAM < 48 h)	0 1 2		
TOTAL ...			

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Inflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

Figura 3 - Avaliação para o transporte intra-hospitalar

Fonte: Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p. 33)

1. METODOLOGIA

“As revisões sistemáticas são desenhadas para ser metódicas, explícitas e passíveis de reprodução. Esse tipo de estudo serve para nortear o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando quais métodos de pesquisa foram utilizados em uma área” (Sampaio e Mancini, 2007, p. 83) . Enunciam-se assim de seguida os passos para a construção desta Revisão Sistemática da Literatura (RSL).

1.1. OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

No intuito de adquirir um conhecimento mais abrangente acerca da temática e através desta RSL pretende-se entender qual a efetividade da utilização de protocolos/check-lists pelos enfermeiros durante o transporte intra-hospitalar de doentes. A principal finalidade deste estudo foi rever sistematicamente a efetividade das intervenções de enfermagem, através do uso de protocolos/*check-lists* na segurança do doente durante o transporte intra-hospitalar, atuando na redução de eventos adversos.

A construção da questão de investigação teve como base o modelo denominado pelo acrónimo PICOD (*Population, Intervention, Comparison, Outcome, Design*) que define os Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados e tipo de estudo.

A partir deste modelo foi assim formulada a seguinte questão de investigação: Quais são os benefícios da utilização de protocolos/*check-lists* pelos enfermeiros na segurança do doente durante o transporte intra-hospitalar?

1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ARTIGOS E ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

Os critérios de inclusão devem enunciar de forma explícita a pergunta selecionada para a elaboração da revisão sistemática, incluindo os participantes, a intervenção e os resultados de interesse, para além disso os critérios de exclusão, devem também estar descritos de forma clara e registados (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

Com a definição dos critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1) pretendeu-se orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica de forma a incrementar a precisão dos resultados face à questão identificada. Para a definição de critérios foi utilizada a metodologia de PICOD

Quadro 2- Descrição da estratégia PICOD

P	Participantes	Doentes adultos sujeitos a transporte intra-hospitalar e Enfermeiros que cuidam desses doentes
I	Intervenção	Utilização de Protocolos/ <i>Check-lists</i> pela equipa de enfermagem
C	Comparação	Utilização de Protocolos/ <i>Check-lists</i> pela equipa de enfermagem Não utilização de Protocolos/ <i>Check-lists</i> pela equipa de enfermagem
O	<i>Outcomes</i> (Resultados)	Redução da ocorrência de eventos adversos durante o TIH: baixa de saturação de O ₂ , instabilidade hemodinâmica, falha da monitorização, infiltração inadvertida do tecido subcutâneo e desconexão da infusão de drogas vasoativas e sedação.
D	Desenho	Todo o tipo de estudos quantitativos

Nesta fase de traçar a estratégia de pesquisa, são desenvolvidas as palavras-chave através da consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) com base no que foi definido pelo PICOD.

Para esta revisão sistemática da literatura, procede-se a três etapas de pesquisa. Confirmada a inexistência de outro protocolo ou revisão sistemática da literatura com a problemática em questão nas bases de dados da Joanna Briggs Institute e a Cochrane Collaboration, inicia-se uma pesquisa livre em bases de dados PubMed e CINAHL, de forma a identificar os termos mais frequentes relativos ao tema, bem como bibliografia relevante.

Posteriormente, são delineadas palavras-chave e descritores validados em consulta nos *Medical Subject Headings* (MeSH) em português, inglês e espanhol. Como palavras chave surgem: *patient transfer, patient safety, nurses, checklist, effectiveness*

A pesquisa foi efetuada na base de dados PubMed e no Interface EBSCOhost, com seleção dos domínios de pesquisa: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; CINAHL Plus with Full Text e MedicLatina.

Os descritores acima referidos foram pesquisados nas bases de dados utilizando o operador booleano AND.

No sentido de alcançar os objetivos pretendidos foi ainda definido incluir artigos cujos idiomas sejam Português, inglês ou Espanhol, não se impondo limite temporal no sentido de garantir

que as boas práticas sejam englobadas. Procedeu-se de seguida à análise dos títulos e dos resumos dos mesmos e foram excluídos os que por esta leitura não cumpriam os critérios de inclusão definidos pela metodologia PICOD. Foram igualmente excluídas as revisões sistemáticas da literatura, por se pretenderem estudos primários.

1.3. SELEÇÃO DE ESTUDOS

Segundo o fluxograma PRISMA exposto pelo *Joanna Briggs Institute*, a selecção dos artigos que cumprem os critérios foi efetuada após a leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos os restantes, bem como aqueles que surgem repetidos nas diferentes bases de dados ou estejam inacessíveis. Numa segunda fase, procedeu-se à leitura e avaliação dos artigos na íntegra para sustentar a sua elegibilidade e, por último foram confirmados os critérios de inclusão.

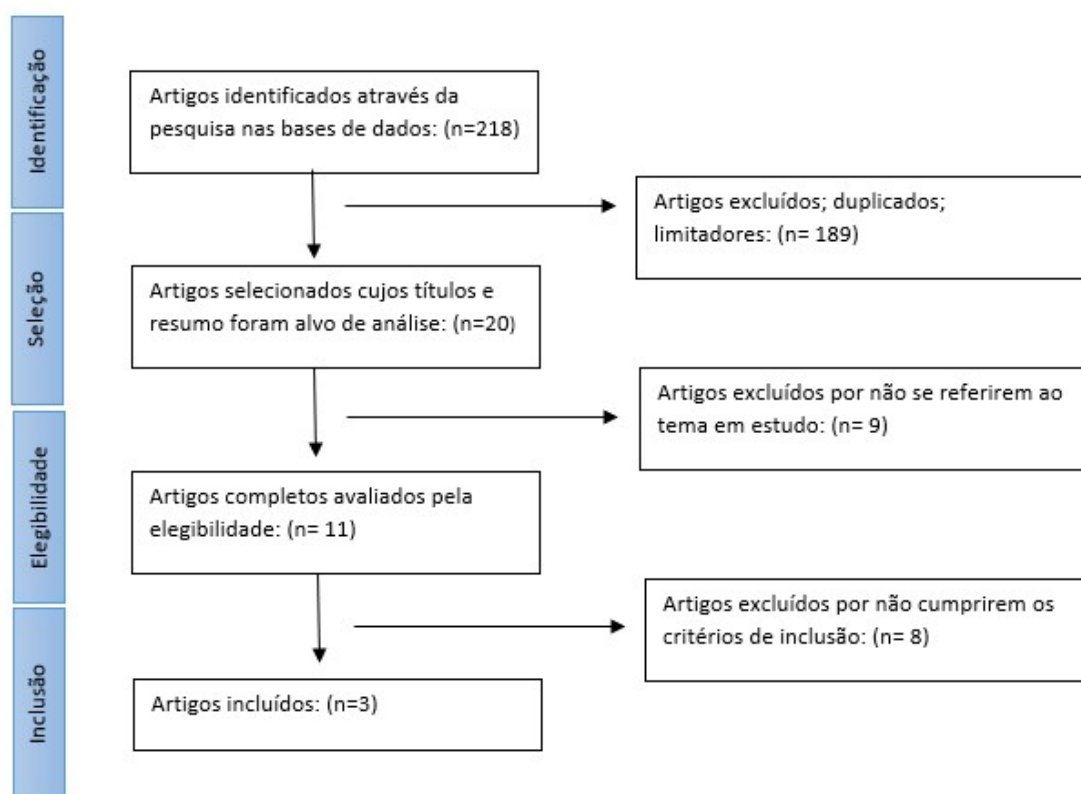


Figura 4 - Diagrama PRISMA

1.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

A qualidade metodológica foi avaliada por dois investigadores não havendo discrepâncias entre os dois. Os instrumentos de avaliação utilizados foram os recomendados pela *Joanna Briggs Institute* e adequados a cada tipo de estudo.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, após aplicação da metodologia referida anteriormente, foram selecionados três artigos científicos de elevada qualidade e evidência científica, sendo eles: Choi et al. (2012), Comeau et al. (2015) e Farnoosh, Hossein-Nejad, Beigmohammadi e Davarani (2018).

O quadro 3 demonstra os resultados, auxiliando na análise dos mesmos.

Os trabalhos nesta temática não são ainda muito frequentes na literatura mundial. Grande parte dos estudos mostra a sua evidência através de recomendações e *guidelines* para os transportes hospitalares. Para além disso, o enfoque da maioria deles é dominante ao nível dos transportes inter-hospitalares.

Os estudos selecionados para este trabalho referem-se a doentes sujeitos a TIH. No estudo de Choi et al. (2012) e Farnoosh et al. (2018) os TIH têm como serviço de origem o SU, enquanto que no estudo de Comeau et al. (2015) os TIH são de doentes internados em UCI.

Demograficamente, os estudos realizados têm como alvo os TIH de doentes adultos, embora no estudo de Choi et al. (2012) são considerados todos os doentes com idade acima dos 15 anos. Relativamente ao sexo, na resenha de Choi et al. (2012) e Farnoosh et al. (2018) são em maior número os indivíduos do sexo masculino, não havendo diferenças estatisticamente significativas a este nível antes e após a intervenção. No estudo de Comeau et al. (2015) não são evidenciados os dados demográficos da população.

No que diz respeito às intervenções no estudo de Choi et al. (2012) foi realizada a implementação de uma *checklist* para TIH seguro de doentes do SU, esta estratégia de intervenção foi subdividida em duas partes. Na primeira parte foi feita a formação dos transportadores. A segunda parte exigiu que todos os enfermeiros do SU verificassem a *checklist* antes de efetivarem o transporte. Relativamente à formação dos trabalhadores, esta consistiu em *guidelines* de transporte seguro e competências essenciais dos profissionais transportadores. No segundo momento, na verificação da *checklist*, era mandatário que os enfermeiros preenchessem a mesma antes da efetivação do transporte. Foram também definidos o que seriam considerados EA durante o TIH.

Nas mesmas linhas de investigação, o estudo de Farnoosh et al. (2018) teve como intervenção a implementação do protocolo de TIH no SU. Esta implementação assentou em três fases,

nomeadamente a fase pré-intervenção onde médicos e enfermeiros tiveram formação acerca de diretrizes para a segurança no transporte, treino de competências, suporte básico de vida e treino sobre avaliação do equipamento. De igual forma foram categorizados os possíveis EA que ocorressem durante o TIH.

Comeau et al. (2015) na sua investigação procederam também à implementação de uma *checklist* para TIH de doentes em UCI. Este estudo tem como objetivo o preenchimento da *checklist* em três momentos: antes do transporte, no local para onde o doente é transportado e após o transporte, no que diz respeito às necessidades do doente.

Tanto Choi et al. (2012) como Farnoosh et al. (2018) fizeram uma comparação dos resultados obtidos antes e após a implementação do respetivo protocolo/*checklist*. Por seu lado, Comeau et al. (2015) fizeram apenas o apuramento de EA ocorridos durante o TIH.

No trabalho de Choi et al. (2012) um total de 1482 doentes entre os 8807 doentes de urgência foram elegíveis para avaliação durante o período pré-intervenção. Destes, 597 (40,3%) doentes foram incluídos e 680 eventos de TIH foram pesquisados com sucesso. Durante o período pós-intervenção, 8605 doentes acorreram ao SU. Destes, 1541 doentes foram elegíveis e 539 doentes (35,0%) e 605 eventos de transporte foram incluídos. Dentro do período pré-intervenção, foram observadas diferenças significativas na ocorrência de TIH ($P = 0,007$) entre os doentes pesquisados e não-pesquisados, enquanto que não foram observadas diferenças durante o período pós-intervenção. Diferenças significativas na TA diastólica ($P = 0,048$) e frequência respiratória ($P < 0,001$) foram observadas entre os grupos de estudo pré e pós-intervenção, enquanto os outros fatores foram semelhantes entre os dois grupos participantes. Os locais para os quais os doentes foram transportados diferiram significativamente na pré e pós intervenção. Durante o período pré-intervenção, o número de doentes transportados para enfermarias em geral foi maior que no período pós-intervenção, enquanto os transportes para UCI, imagiologia e BO foram maiores durante o período pós-intervenção ($P = 0,005$). O índice de gravidade de emergência dos doentes foi semelhante em ambos os momentos. Uma verificação pré-transporte usando a *checklist* foi realizada em apenas 56,7% dos doentes do grupo pós-intervenção, os demais não foram verificados por enfermeiros do SU e transportados para os locais em estudo. A proporção de doentes que

sofreu algum dos EA descritos durante o período pós-intervenção foi menor que a do período pré-intervenção.

Quando todos os TIH foram analisados juntos, os EA diminuíram significativamente de 36,8% (IC 95%, 33,1-40,5) para 22,1% (IC 95%, 18,9-25,7) ($p = 0,001$). EA graves que afetaram o estado clínico do doente também foram significativamente menores, diminuindo de 9,1% (IC 95%, 7,1-11,5) para 5,2% (IC 95%, 3,6-7,4) ($p = 0,005$). Todos os tipos de EA mostraram uma diminuição significativa durante o período pós-intervenção em comparação com o período pré-intervenção. Relativamente à presença do médico, neste estudo evidenciou-se que para os doentes com nível 1 e 2 do *Emergency Severity Index* (ESI), a proporção foi significativamente maior durante o período pós-intervenção ($P = 0,019$), enquanto que nenhuma diferença foi observada nos grupos de nível 3 e 4 antes e após os períodos de intervenção. Com este estudo, os ganhos traduziram-se a vários níveis. Os locais para onde os doentes são transportados sofreram uma mudança no período pós intervenção, fazendo com que os doentes fossem transferidos para unidades com cuidados e vigilância mais específicas, tal como UCI e BO, ao invés de enfermarias de cuidados gerais, uma vez que a avaliação do estado do doente acabou por ser mais criteriosa, evidenciando alterações que solicitavam outro nível de cuidados. A diminuição de ocorrências de EA é também menor no período pós intervenção, uma vez que a *checklist* obriga a uma verificação sistemática, quer dos recursos humanos necessários e suas competências, equipamento necessário e sua funcionalidade, bem como do estado geral do doente.

Comeau et al. (2015) implementaram uma *checklist* para TIH, focando a investigação na ocorrência de EA. No seu estudo relatam 3 cenários de TIH e dos momentos de preenchimento da *checklist* reunindo os recursos considerados necessários em cada um dos momentos, evidenciando que em nenhum destes cenários ocorreram EA. Dos 2506 TIH realizados, 97,6% ($n = 2445$) não apresentaram complicações ou EA relatados. Foram descritas complicações em 2,4% dos transportes ($n = 61$) que exigiram intervenção, durante ou imediatamente após o transporte. A complicação mais frequente foi a baixa de SatO_2 que ocorreu em 10 doentes. A baixa percentagem de EA ocorridos traduz o benefício que a utilização da *checklist* traz para a segurança durante o TIH. A *checklist* é adequada para preparar doentes para o transporte pelos profissionais dos serviços de origem e para triagem de doentes que necessitam de recursos adicionais. A facilidade no seu preenchimento foi também considerada como

favorável. As limitações deste projeto incluem a incerteza de que a *checklist* seja usada em todos os TIH, apesar do seu uso obrigatório, assim como muitas das *checklist* preenchidas apresentarem dados incompletos. Não foi possível usar 13% das *checklist* deste estudo devido a dados incompletos. O enfoque deste estudo acaba por ser a segurança do doente, mas ainda assim o uso da *checklist* pode ser benéfica para unidades que não possuem recursos para equipas de transporte dedicadas e/ou médicos disponíveis para todos os transportes.

Na investigação de Farnoosh et al. (2018) foi implementado um protocolo de TIH no SU. Foram estudados 207 doentes, 105 dos quais antes da intervenção e 102 após a intervenção. Relativamente aos problemas relacionados com a equipe multidisciplinar e comunicação entre profissionais as variáveis estudadas foram: o pessoal que não acompanha o doente, falta de conhecimento, falta de atenção, preparação inadequada do equipamento, preparação inadequada do doente, preparação inadequada da equipa de transporte, inexperiência e falha de comunicação entre as equipas. O estudo destaca que a falta de conhecimento e atenção, e também a preparação inadequada do equipamento, do doente e da equipe de transporte diminuíram significativamente no período pós-intervenção. No que diz respeito às falhas de equipamento usado no TIH as variáveis estudadas foram: depleção de O₂ nas botijas, remoção de sonda nasogástrica, equipamento de ventilação, acesso endovenoso e deslocamento do cateter urinário. Destas variáveis destaca-se que a ocorrência de depleção de oxigênio na botija, 11,4% na pré-intervenção e 2% na pós intervenção ($p=0,003$), e remoção da sonda nasogástrica 8% na pré-intervenção e 2% na pós intervenção ($p=0,002$), diminuiu significativamente no período pós-intervenção. Os EA durante o TIH estudados foram: TA alterada, aumento da frequência cardíaca, arritmias, paragem cardiorrespiratória, diminuição da Saturação de O₂, agitação, hipoxemia, hemorragia e vômito. A taxa de complicações como hipoxemia, agitação, alterações da TA e aumento da frequência cardíaca diminuiu, o que é indicativo da eficácia da execução do protocolo na diminuição das complicações mencionadas. Além disso, a frequência de complicações como hemorragia durante a transferência, insuficiência cardíaca e arritmia também diminuiu, mas o efeito da implementação do protocolo nelas não pode ser estatisticamente confirmado e, embora os casos tenham diminuído após a implementação do protocolo, essas alterações não podem ser consideradas como índices de eficácia do protocolo durante esse período. Na fase pré-intervenção, um total de 81 doentes (77,2%) e na fase pós-intervenção, um total de 93 doentes (91,4%) passaram

pelo processo de TIH sem qualquer EA ($p = 0,002$). No geral, antes da implementação do protocolo dos 105 doentes estudados, um total de 35 doentes (33,3%) foi afetado por EA durante a transferência, mas após a implementação do protocolo essa taxa diminuiu para 11 doentes (10,8%) dos 103 doentes estudados e essa diminuição foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Assim, parece seguro dizer que a realização do protocolo de TIH especializado em doentes do SU tem sido eficaz na redução EA.

Silva et al. (2017) afirmam no seu estudo que o TIH deve ser estruturado com o planeamento correto, uma equipe qualificada em cuidados intensivos e equipamentos para monitorizar e apoiar o doente durante o transporte. Essas precauções reduzirão evidentemente a probabilidade de falhas ou complicações durante o transporte. Através desta RSL confirma-se a efetividade da utilização de *checklists* como instrumento válido que conduz a um planeamento correto e estruturado e consequente gestão adequada de recursos humanos e materiais na realização dos TIH, uma vez que se comprovou que a utilização destes instrumentos reduz a ocorrência de EA.

A par com a utilização de instrumentos que sistematizem e orientem as precauções necessárias para o TIH, é importante refletir no papel da formação e treino neste sentido. Knight et al. (2015) dizem que não se pode falar das complicações do TIH sem abordar a importância do equipamento e do pessoal. Embora os TIH devam ser reservados para testes e procedimentos de diagnóstico com maior probabilidade de afetar diretamente os cuidados, de igual importância é a presença de pessoal adequadamente treinado, equipamento funcionando adequadamente, documentação adequada e *checklists* pertinentes. A eficácia das *checklist*/protocolos acaba por também estar agregada a um treino eficaz das equipas, bem como da funcionalidade dos equipamentos. Estas condições são evidenciadas nos estudos selecionados, uma vez que o sucesso na redução de EA verificou-se após implementação de intervenções ao nível da atividade formativa.

Deste estudo destaca-se ainda a importância na documentação de EA ocorridos. O conhecimento dos EA mais frequentes torna-se um método eficaz de definir intervenções que se tornem eficazes na sua diminuição. O facto de estes eventos serem reportados permite a

delineação de estratégias futuras e consequentemente construção de instrumentos que visem garantir acima de tudo a segurança do doente.

Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão: Metodologia PICOD

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Choi et al. (2012)</p> <p>A before- and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients</p>	<p>Doentes com idade superior a 15 anos que foram transportados para enfermarias, UCI, imagiologia ou BO no período de 17 de maio de 2010 a 30 de outubro de 2010.</p> <p>Foram estudados 680 TIH antes da implementação da checklist e 605 TIH após implementação da checklist.</p>	<p>Implementação de checklist para transporte intra-hospitalar seguro de doentes do SU.</p> <p>A intervenção foi realizada em 2 partes. A primeira parte consistiu em educar os transportadores. A segunda parte exigiu que todos os enfermeiros do SU verificassem a checklist antes de efetivarem o transporte.</p> <p>A checklist integrava 28 itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 itens gerais; - 8 itens relacionados com o equipamento de transporte; - 7 avaliações relacionadas com o estado clínico do doente; - 8 itens relacionados com tubos e linhas; - 3 itens relacionados com as macas/camas de transporte. <p>Foram definidos como EA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de pulseira de identificação do doente; 2. Desconexão do tubo de O₂, deslocação da botija ou suprimento de O₂ residual insuficiente para o transporte, desconexão da monitorização do doente (ECG, SatO₂, TA), monitores e bombas de infusão com mau funcionamento ou alarmes barulhentos; 3. Qualquer diminuição da TA sistólica abaixo de 90 mmHg, qualquer aumento da TA sistólica acima de 200 mmHg, qualquer diminuição da SatO₂ abaixo de 90%, agravamento da dispneia, paciente não sedado sob EET ou qualquer agravamento do estado de consciência; 4. um tubo endotraqueal mal fixado, linhas endovenosas, arteriais, de cateteres centrais ou tubo desconectados, dobrados ou obstruídos ou velocidade alterada da infusão de fluidos; 5. grade lateral não-elevada, rodas não-fixadas ou falta de acessórios nas macas/camas. <p>Os EA descritos no ponto 3 foram considerados EA graves.</p>	<p>Foi feita uma comparação dos EA ocorridos durante o TIH, através dos dados presentes na checklist, antes e após a intervenção.</p>	<p>Os locais para os quais os doentes foram transportados diferiram significativamente na pré e pós intervenção. Durante o período pré-intervenção, o número de doentes transportados para enfermarias em geral foi maior que no período pós-intervenção, enquanto os transportes para UCI, imagiologia e BO foram maiores durante o período pós-intervenção (P = 0,005)</p> <p>A proporção de doentes que sofreu algum dos EA descritos durante o período pós-intervenção foi menor que a do período pré-intervenção.</p> <p>Quando todos os TIH foram analisados juntos, os EA diminuíram significativamente de 36,8% (IC 95%, 33,1-40,5) para 22,1% (IC 95%, 18,9-25,7) (p = .001). EA graves que afetaram o estado clínico do doente também foram significativamente menores, diminuindo de 9,1% (IC 95%, 7,111,5) para 5,2% (IC 95%, 3,6-7,4) (p = 0,005).</p> <p>Todos os tipos de EA mostraram uma diminuição significativa durante o período pós-intervenção em comparação com o período pré-intervenção.</p>	<p>Estudo prospetivo pré e pós intervenção</p>

Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão: Metodologia PICOD (continua)

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Comeau, Armendariz-Batiste, & Woodby, (2015)</p> <p>Safety First! Using a Checklist for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients</p>	<p>Doentes de 4 UCI de adultos sujeitos a transporte intra-hospitalar, entre maio de 2011 a julho de 2014.</p> <p>Foram realizados 2506 transportes.</p>	<p>Implementação da checklist para transporte intra-hospitalar em UCI para adultos.</p> <p>A checklist é composta por duas páginas. A primeira fornece instruções para enfermeiros e fisioterapeutas antes do transporte, e uma seção deve ser concluída assim que chegarem à área de destino. A segunda página é uma ferramenta de triagem de doentes. Esta página foi projetada para auxiliar a equipe na identificação de doentes de alto risco ou com maior probabilidade de sofrer instabilidade ou complicações durante o transporte. Se um doente se enquadra em 1 de 2 categorias de maior risco, são necessárias etapas e/ou recursos adicionais. No caso de doentes de maior risco, é necessário que um médico esteja presente durante todo o transporte.</p>	<p>-----</p>	<p>Dos 2506 TIH realizados, 97,6% (n = 2445) não apresentaram complicações ou EA relatados. Foram descritas complicações em 2,4% dos transportes (n = 61) que exigiram intervenção, durante ou imediatamente após o transporte.</p> <p>A checklist é adequada para preparar doentes para o transporte pelos profissionais dos serviços de origem e para triagem de doentes que necessitam de recursos adicionais.</p> <p>A checklist pode ser benéfica para unidades que não possuem recursos para equipes de transporte dedicadas e/ou médicos disponíveis para todos os transportes.</p>	<p>Estudo transversal</p>

Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão: Metodologia PICOD (continuação)

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Farnoosh, Hossein-Nejad, Beigmohammadi, & Seyed-Hosseini-Davarani (2018)</p> <p>Preparation and Implementation of Intrahospital Transfer Protocol for Emergency Department Patients to Decrease Unexpected Events</p>	<p>207 utentes do SU, com níveis de triagem 1 e 2, com necessidade de transferência temporária ou permanente para outras unidades.</p> <p>Foram estudados 105 doentes antes da implementação do protocolo e 102 doentes após implementação do protocolo.</p> <p>Doentes para os quais a lista de verificação não foi preenchida ou foi preenchida incompletamente por qualquer motivo ou aqueles que foram transferidos para algum lugar fora do hospital foram excluídos do estudo.</p>	<p>Implementação do Protocolo de Transportes Intra-hospitalares no Serviço de Urgência.</p> <p>Este protocolo consistia em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação sobre diretrizes para segurança no transporte; - Treino de competências; - Suporte Básico de Vida; - Treino sobre avaliação do equipamento. <p>Foi utilizada uma lista de verificação de complicações e EA que integrava:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas relacionados com a equipe multidisciplinar e comunicação entre profissionais; - Falha de equipamento; - Alteração do estado geral do doente. <p>Este estudo foi dividido em 3 fases: pré-intervenção, intervenção e pós intervenção.</p> <p>Antes da implementação do protocolo (pré-intervenção) médicos e enfermeiros tiveram formação acerca do preenchimento da lista, após a implementação do protocolo (pós intervenção) a lista de verificação foi preenchida novamente.</p>	<p>Foi feita uma comparação das complicações e EA ocorridos durante o TIH, através dos dados presentes na lista de verificação de complicações e EA, antes e após a implementação do protocolo.</p>	<p>Problemas relacionados com a equipe multidisciplinar e à comunicação entre profissionais: a falta de conhecimento e atenção, e também a preparação inadequada do equipamento, do doente e da equipe de transporte diminuíram significativamente no período pós-intervenção.</p> <p>Frequência de falha do equipamento durante o TIH: a taxa de depleção de oxigénio na botija e remoção da sonda nasogástrica diminuiu significativamente no período pós-intervenção.</p> <p>Frequência de EA e o estado do doente no processo de TIH nas fases pré e pós-intervenção do estudo: na fase pré-intervenção, um total de 81 doentes (77,2%) e na fase pós-intervenção, um total de 93 doentes (91,4%) passaram pelo processo de TIH sem qualquer EA ($p = 0,002$). No geral, antes da implementação do protocolo dos 105 doentes estudados, um total de 35 doentes (33,3%) foi afetado por EA durante a transferência, mas após a implementação do protocolo essa taxa diminuiu para 11 doentes (10,8%) dos 103 doentes estudados e essa diminuição foi estatisticamente significante ($p < 0,001$).</p>	<p>Estudo prospetivo pré e pós intervenção</p>

CONCLUSÃO

O TIH de doentes considera-se uma problemática atual e que exige o pensamento crítico da enfermagem, uma vez que, com o avanço tecnológico e científico, estão cada vez mais disponíveis uma série de recursos a nível de meios complementares de diagnóstico e terapêutica que não podem ser centralizados no local onde o doente se encontra, exigindo assim a sua deslocação. Com enfoque na segurança do doente, torna-se assim fundamental que as recomendações emanadas sejam cumpridas, exigido para isso um instrumento que complemente a sua efetividade.

Esta RSL serve assim para a consciencialização da importância dos protocolos/*checklists* na redução da ocorrência de efeitos adversos durante o TIH e conseqüente aumento da segurança do doente, exigindo assim o aprimoramento de boas práticas neste sentido.

Através desta investigação conclui-se que a utilização de protocolos/*checklists* no TIH se torna eficaz na redução da ocorrência de EA. É de salientar que esta eficácia só é possível com formação e treino adequado, bem como atualização frequente dos instrumentos perante o avanço da ciência.

Na minha prática diária, num serviço de UMC, com deslocações frequentes de doentes, considero fundamental a utilização destes instrumentos com vista à segurança do doente e conseqüentemente gestão dos recursos. Acaba por ser feito de forma empírica e não estruturada e que quando ocorrem EA exigem uma reflexão em equipe com o objetivo de evidenciar as boas práticas, que conduzem a ganhos para o doente na prestação de melhores cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and Intra-hospital Transport of the Critically Ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008 LP – 1023. <https://doi.org/10.4187/respcare.02404>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care (London, England)*, 19(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Carneiro, T. A., Duarte, T. T. da P., & Magro, M. C. da S. (2017). CRITICAL PATIENT TRANSPORT: A CHALLENGE FOR THE 21ST CENTURY. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1), 70–76. <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201709>
- Choi, H. K., Shin, S. Do, Ro, Y. S., Kim, D. K., Shin, S. H., & Kwak, Y. H. (2012). A before- and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 30(8), 1433–1440. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.10.027>
- Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety first! using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16–25. <https://doi.org/10.4037/ccn2015991>
- Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care (London, England)*, 14(3), R87. <https://doi.org/10.1186/cc9018>
- Farnoosh, L., Hossein-Nejad, H., Beigmohammadi, M.-T., & Davarani, S.-H. (2018). Preparation and Implementation of Intrahospital Transfer Protocol for Emergency Department Patients to Decrease Unexpected Events. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 2(3), e29. <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.50>
- Fernandes, M. M. M., Rodrigues, A. H., Haddad, J. G. V., & Silva, J. V. da. (2017). Significados e procedimentos adotados no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos: o discurso do sujeito coletivo. *Enfermagem Brasil*, 16(2), 69–79. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123551382&site=ehost-live>
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 12, pp. 549–556. scielo .
- Jiang, X. X., Wang, J., Zhang, W., Wang, X. J., & Meng, X. H. (2016). Safe transport combined with prospective nursing intervention in intra-hospital transport of emergency critically ill patients. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 9(7), 13166–13171.
- Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., ... Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 5(4), 256–264. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>
- Morais, S. A., & Almeida, L. F. (2013). Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)*, 12(3), 138–146. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7541>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*.
- Pedreira, L. C., Santos, I. de M., Farias, M. A., Sampaio, E. e. S., Barros, C. S. M. A., & Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Revista Enfermagem*, 22(4), 533–539.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). ESTUDOS DE REVISÃO SISTEMÁTICA: UM GUIA PARA SÍNTESE CRITERIOSA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83–89.
- Silva, R. da, Amante, L. N., Salum, N. C., Martins, T., & Werner, J. (2016). ADVERSE EVENTS DURING INTRA-HOSPITAL TRANSPORTATION IN INTENSIVE CARE UNIT. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(12), 4459–4465. <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201604>

Silva, R. da, Amante, L. N., Salun, N. C., Martins, T., & Minatti, F. (2017). Visibility of intrahospital transport in an intensive care unit: a descriptive study. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 38(3), 1–6. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0048>

Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. de, & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 31(1), 15–20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>

Yang, S.-H., Jerng, J.-S., Chen, L.-C., Li, Y.-T., Huang, H.-F., Wu, C.-L., ... Sun, J.-S. (2017). Incidence of patient safety events and process-related human failures during intra-hospital transportation of patients: retrospective exploration from the institutional incident reporting system. *BMJ Open*, 7(11), e017932–e017932. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017932>

REFLEXÃO FINAL SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A aquisição e desenvolvimento de competências especializadas desenrola-se em torno de um processo multidimensional, irremittente e exigente. Este requer uma mobilização de conhecimentos baseados na evidência, refletindo-se nas boas práticas e consequentemente na procura de cuidados de excelência.

O caminho percorrido ao longo da frequência do MEPSC permitiu um crescimento pessoal e profissional que culmina na especialização na arte do cuidar. A componente teórica agregada à prática clínica, exigiram uma prática reflexiva ao longo do desenrolar deste Curso, que considero ser bastante enriquecedora na construção do saber.

A aquisição de conhecimento, a partilha de experiências e aprendizagens e o desenvolvimento de competências especializadas, comuns e específicas, nesta jornada deixam como herança, uma busca incessante pelo saber tendo como objetivo a melhoria continua dos cuidados de enfermagem.

Como Enfermeira Especialista, pretendo desenvolver um papel ativo na melhoria dos cuidados juntos dos meus pares, partilhando saberes e fazendo da prática reflexiva uma constante no seio da equipa, na abordagem ao doente crítico.

Apesar da frequência do MEPSC estar a terminar, fica a motivação da aprendizagem contínua e a sabedoria que este percurso trouxe e que servirão futuramente para me tornar uma melhor profissional.